

Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling voor de AWBZ

*Conny Bellemakers
Gerard van Beusekom
Anja van den Bogaert
Flip Buurmeijer
Nico Dam
Tineke van Ee
Rita van Gorcum
Sylvia Hoekstra
Annemarie van Hout
Chantal IJland
Joop Jaspers
Susan Jedeloo
Frederike Jörg
Tom Kamsma
Hans Kraayeveld
Juul van Ogtrop
Ying-Li O
Guus Schrijvers
Ria Tijmensen
Ton Uivel
Elly van der Veen
Marleen Vermeer
André Vis
Lisanne van de Weerdhof*

Igitur, Utrecht Publishing & Archiving Services
(<http://www.igitur.nl>)

© By the authors

ISBN 90-6701-011-1

NUR 882

Omslagontwerp: Margriet Pronk
Foto: Dick Hageman

Inhoudsopgave

Ten geleide	9
Deel I <i>Ontwikkelingen 1998 – 2005</i>	11
Hoofdstuk 1	13
<i>Conny Bellemakers</i>	
Bezielid bezig zijn met indiceren: De indicatiestelling als empowermentproces voor burgers met functiebeperkingen en indicatiestellers	
1.1 Inleiding	13
1.2 De kwestie van rol- en perspectiefkeuze	14
1.3 Disability studies:theoretisch kader en positionering	15
1.4 Visie op indicatiestelling op beleidsniveau, in de praktijk en binnen Disability Studies	17
1.5 Het ideale indicatiestellingproces vanuit ervaringsdeskundig perspectief	27
1.6 Bezielid zijn met indicatiestelling anno 2005	39
Hoofdstuk 2	43
<i>Tineke van Ee</i>	
De zorgvrager in de nieuwe ontwikkelingen van de AWBZ	
2.1 Inleiding	43
2.2 De ontwikkeling van de indicatiestelling	43
2.3 Indicatiestelling onder CIZ-regie	44
2.4 De rol van zorgaanbieders	45
2.5 Vrije keus voor de zorgvrager?	46
2.6 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	46
2.7 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	47
Hoofdstuk 3	49
<i>Nico Dam, Chantal IJland</i>	
Vereenvoudiging van indicatiestelling op de agenda	
Proloog: een inleiding	49
De aanloop: een stukje geschiedenis	49
De aanleiding: functiegerichte indicatiestelling	51
De voorzet: modeltraject gestandaardiseerde indicatiestelling	52

De campagne: een serie startbijeenkomsten	54
Het resultaat: vereenvoudiging op de agenda	56
Epiloog: een kleine beschouwing	57

Deel II De goede voorbeelden **59**

Hoofdstuk 4 **61**

Marleen Vermeer

De cliënt staat centraal: keuzeondersteunende informatie aan cliënten ten behoeve van de indicatiestelling

4.1	Het Klaverblad	61
4.2	De start van het project <i>Zicht op Zorg</i>	62
4.3	De realisatie van het project www.zichtopzorg.nl	65
4.4	Voorwaarden voor het project	66
4.5	De uitvoering van het project	66
4.6	Bereikte resultaten	70
4.7	Sterke en zwakke punten van het project	71
4.8	Het toekomstperspectief van de site	73

Hoofdstuk 5 **75**

Tom Kamsma

Het loket regelt samenhang

5.1	Inleiding	75
5.2	Geschiedenis	75
5.3	Organisatie	77
5.4	Normen en taken	80
5.5	Bereikte groepen	81
5.6	Toekomst	82

Hoofdstuk 6 **87**

Hans Kraayeveld

Geïntegreerde indicatiestelling voor de AWBZ en de WVG: een praktijkvoorbeeld

6.1	Inleiding	87
6.2	Het RIO Zaanstreek, de praktijk	88
6.3	De huidige situatie	88
6.4	Het RIO Zaanstreek, de theorie achter de praktijk	89
6.5	Oplappingsrichtingen die binnen het RIO Zaanstreek gekozen zijn	91
6.6	De toekomst	100

Hoofdstuk 7	103
<i>Anja van den Bogaert</i>	
Doe wel en zie om: GGZ indicatiestelling op de rails	
7.1 Inleiding	103
7.2 Indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg vóór 1 april 2003	104
7.3 Indicatiestelling na 1 april 2003	105
7.4 Tot slot	109
Hoofdstuk 8	113
<i>Annemarie van Hout, Ria Tijmenssen</i>	
Een bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing voor de stad Utrecht ‘Een kwestie van verantwoordelijkheid’	
8.1 Inleiding	113
8.2 Geschiedenis	113
8.3 Het OZU-project: de komst van het BWZ (zorgtoewijzing in de praktijk)	115
8.4 De ontmanteling: wat ging er mis en hoe gaat het nu	118
8.5 De toekomst	121
Hoofdstuk 9	125
<i>Elly van der Veen</i>	
Regionale transferpunten en indicatiestelling	
9.1 Inleiding	125
9.2 Indicatiestelling door RIO Eemland/CIZ locatie Amersfoort in MMC	125
9.3 Eigen beoordeling van beschreven werkwijze	130
9.4 Aanbevelingen	130
Hoofdstuk 10	133
<i>André Vis</i>	
Trajectbegeleiding en transferafdeling	
10.1 Introductie van deelnemende instellingen	133
10.2 Aanleiding vanuit patiëntenperspectief	135
10.3 Aanpak, doelgroep en productontwikkeling	136
10.4 Trajectbegeleiding en Transferafdeling in de praktijk	137
10.5 Effecten en aandachtspunten	139
10.6 Praktijkevaluatie	141
10.7 Toekomstperspectief en ontwikkelingen binnen de AWBZ	141

Hoofdstuk 11	143
<i>Rita van Gorcum</i>	
Goede zorgtoewijzing binnen een zorgketen	
11.1 Inleiding	143
11.2 De opzet in Almere	143
11.3 Het indicatieorgaan in Almere	144
11.4 De taken van het LIA	145
11.5 De keten	146
11.6 De samenwerking in de keten	148
11.7 Effecten van de samenwerking	149
11.8 Veranderingen in de keten	151
Hoofdstuk 12	153
<i>Susan Jedeloo, Guus Schrijvers</i>	
Het kan eenvoudiger: aanbevelingen voor vereenvoudiging van de indicatiestelling op basis van tachtig goede en slechte casus uit het werkveld	
12.1 Inleiding	153
12.2 Aanleiding voor het onderzoek	153
12.3 Bevindingen	154
12.4 Wat is er te bereiken door vereenvoudiging van het proces?	158
12.5 Nadelige gevolgen van vereenvoudiging	159
12.6 Mogelijke financiële gevolgen van vereenvoudiging	161
12.7 Conclusies	162
Hoofdstuk13	165
<i>Sylvia Hoekstra</i>	
De ICF (International Classification of disabilities, handicaps and human Functioning) als instrument voor zorgbehoeftenonderzoek	
13.1 Inleiding	165
13.2 Historie ICIDH/ICF	166
13.3 Doelstellingen ICF	166
13.4 Relatie classificatie ICF en ICD	167
13.5 De structuur van de ICF	167
13.6 Coderingssysteem ICF	170
13.7 Toepassingen ICF	172
13.8 Ontwikkelingen in de toekomst	173

Deel III Wat goede voorbeelden mogelijk maakt **177**

Hoofdstuk 14 **179**

Juul van Ogtrop

Gebruikelijke zorg. Werkdocumenten voor de indicatiestelling

14.1	Inleiding	179
14.2	Weegfactoren	179
14.3	Sociale omgeving van essentieel belang: algemeen gebruikelijk	180
14.4	De Algemene Aanvaarde Standaard Verzorging (AASV)	181
14.5	Mantelzorg	181
14.6	Kennisnetwerk Indicatiestelling	182
14.7	Werkdocument in hoofdlijnen	182
14.8	De praktijk: werken met werkdocument	183
14.9	Vrijwilligheid van mantelzorg	184
14.10	Overbelasting	185
14.11	Relatie arbeid en zorg	185
14.12	Ouderlijke zorgplicht en AWBZ	186
14.13	Een kwestie van keuze: snel toewijzen of zorgvuldig afwijzen	186

Hoofdstuk 15 **189**

Joop Jaspers, Lianne van de Weerdhof

Zorgtoewijzing en Zorgregistratie: de zorgketen in beeld.

Ervaringen van de VGZ-kantoren

15.1	Ontstaansgeschiedenis	189
15.2	De zorgketen in beeld	191
15.3	Van indicatiestelling tot zorgkantoor	192
15.4	Zorgtoewijzing	194
15.5	Voordeel voor alle betrokkenen	195

Hoofdstuk 16 **197**

Ying Li O, Gerard van Beusekom, Guus Schrijvers, Ton Uivel

**De West-Friese Zorggroep De Omring en scenario's voor Verzorging
en Verpleging op basis van Indicatiestelling**

16.1	Inleiding	197
16.2	Beschrijving van de gegevens	198
16.3	Zorggegevens	200
16.4	De prognosemethode	201
16.5	Scenario's voor verzorging en verpleging	202
16.6	Het demografisch scenario	204

16.7	Het Omring-scenario voor wonen met zorg	206
16.8	Het Omring-scenario en zijn consequenties	209
16.9	Conclusie en aanbevelingen	212

Deel IV De Toekomst **215**

Hoofdstuk 17 **217**

Flip Buurmeijer

De indicatiesteller als poortwachter: streng maar rechtvaardig

17.1	Inleiding	217
17.2	Toegangsbeoordeling	217
17.3	Wettelijke aanspraken	219
17.4	Centralisatie Indicatiestelling	220
17.5	De aanpak	221
17.6	Uitvoeringsbeleid	221
17.7	De keten	222
17.8	Tenslotte	223

BIJLAGE: LIJST VAN AFKORTINGEN **225**

Ten Geleide

In de periode 1998 – 2005 werd de indicatiestelling voor zorgverlening professioneel. Het jongste AWBZ-kind groeide op tot een volwassen discipline die snel, transparant en streng maar rechtvaardig oordeelt over de rechten op zorg van mensen met beperkingen. Dit boek doet hierover verslag. In het eerste deel komen de ontwikkelingen in de genoemde periode aan de orde. Conny Bellemakers beschrijft die in hoofdstuk 1 als patiënt, professional en beleidsmaker. Tineke van Ee doet dat in hoofdstuk 2 als manager van het Regionaal Indicatie Orgaan dat tot 1 januari 2005 in Friesland bestond. Nico Dam en Chantal IJland schetsen de vereenvoudiging van de indicatiestelling die anno 2004 volop aan de gang is (hoofdstuk 3).

Dan volgen in deel 2 tal van goede voorbeelden die in de periode 1998 – 2005 tot stand zijn gekomen. Aan bod komen keuze cliënt ondersteunende informatie op een website (Marleen Vermeer, hoofdstuk 4) het gemeentelijke loket (Tom Kamsma, hoofdstuk 5), een gemeenschappelijk loket voor de AWBZ en de WVG (Hans Kraayeveld, hoofdstuk 6), één loket voor de geestelijke gezondheidszorg (Anja van den Bogaert, hoofdstuk 7), gemeenschappelijke zorgtoewijzing (Annemarie van Hout en Ria Tijmens, hoofdstuk 8), een ziekenhuistransferpunt (Elly van der Veen, hoofdstuk 9), een ziekenhuistransferafdeling (André Vis, hoofdstuk 10) en goede zorgtoewijzing binnen een zorgketen (Rita van Gorcum, hoofdstuk 11). Voor een deel bestaan de goede voorbeelden in deel twee niet meer. Ze gingen ter ziele bij de aankondiging van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en door concurrentie tussen zorgaanbieders. Met spijt doen de betreffende auteurs daarover verslag. Deel twee eindigt met een overzicht van 163 goede en slechte cliëntgebonden voorbeelden van indicatiestelling, die in een onderzoek werden opgetekend (Susan Jedeloo en Guus Schrijvers, hoofdstuk 12).

Goede voorbeelden komen niet zo maar tot stand. Achter de schermen is daarvoor in de periode 1998 - 2005 veel werk verzet. Deel 3 doet daarover verslag. Er kwam een gemeenschappelijke ICF-taal tot stand (Sylvia Hoekstra, hoofdstuk 13), een gemeenschappelijk afwegingskader (Juul van Ogtrop, hoofdstuk 14), een samenhangende registratie (Joop Jaspers en Lianne van de Weerdhof, hoofdstuk 15) en een scenario-aanpak om met verzamelde gegevens de toekomstige zorgvraag in kaart te brengen (Ying Li O en anderen, hoofdstuk 16). Wat zal de toekomst brengen voor cliënten die voor hun functioneren op zorg zijn aangewezen? Flip Buurmeier geeft hierop een antwoord. Eén en dezelfde, strenge maar rechtvaardige

poortwachter gaat cliënten voor zowel de AWBZ, de WMO en andere voorzieningen indiceren (hoofdstuk 17).

Voor de keuze van de onderwerpen en de daarbij uitgenodigde sprekers is de redactie verantwoordelijk. Alle auteurs hebben een grote expertise op het gebied van hun onderwerp: zij waren in de periode 1998 - 2005 allen professionele kartrekkers. Zij werken verspreid in Nederland. De redactie is hun zeer erkentelijk voor het schrijfwerk dat zij vaak in de avonden en weekeinden uitvoerden.

Dit boek sluit de pioniersfase 1998 - 2005 van de indicatiestelling in Nederland af. Het kondigt ook een begin aan van een nieuwe decentrale periode van indicatiestelling. De redactie spreekt de hoop uit dat dit boek inspiratie oplevert om die eenheid van toegang tot AWBZ, WMO en andere voorzieningen voor mensen met beperkingen te behouden. Ons maakt het niet uit wie de indicatiestelling gaat uitvoeren en wie daarvoor eindverantwoordelijkheid draagt. Als die maar onafhankelijk, professioneel, integraal, doelmatig en snel blijft.

Guus Schrijvers
Wendy Legierse
Nico Dam
Juil van Ogtrop
Frederike Jörg

Deel 1

Ontwikkelingen 1998 – 2005

1 Bezielde bezig zijn met indiceren: de indicatiestelling als empowermentproces voor burgers met functiebeperkingen en indicatiestellers

Conny Bellemakers, cliënt, wijkverpleegkundige en oud-indicatieadviseur te Utrecht

1.1 Inleiding

In de periode van juli 2003 tot augustus 2004 heb ik liefst zes keer een herindicatie ondergaan voor toegekende zorg. Het ging om een nieuwe elektrische rolstoel (Wet Voorzieningen Gehandicapten), verlenging van de vervoersvoorziening (Wet-REA), machtiging voor de nieuwe regeling 'zittend ziekenvervoer' (Ziekenfondswet), indicatie voor het nieuwe bovenregionaal vervoersysteem (Valys), herbeoordeling van de hulpbehoevendheidsvoorziening ex WAO en een herindicatie in het kader van de gemoderniseerde AWBZ.

In de aangegeven periode heb ik me meermaals afgevraagd of er buiten directe collega's en mezelf in Nederland nog deskundigen voorhanden zijn, die zich regelmatig en systematisch verdiepen in de persoonlijke, financiële, maatschappelijke en politieke betekenis van indicatiestelling(en) zoals hierboven geschetst. De kloof tussen het oorspronkelijke uitgangspunt van het ontwikkelde indicatiebeleid, cliëntgerichtheid, en huidige (her)indicatiepraktijken lijkt almaar groter te worden. Deze constatering zette mij aan tot het schrijven van dit inleidende hoofdstuk.

Hierin benut ik de ervaringskennis en -deskundigheid die ik ontwikkeld heb als cliënt van indicatieorganen en -commissies, en als externe cliëntvertegenwoordiger binnen landelijke adviesorganen. Hiernaast maak ik gebruik van mijn kennis van Disability Studies (Van Wijnen, 1992). Met behulp van deze kennisbronnen probeer ik de normatieve kern van het indicatiestellingproces te herschrijven. Feitelijk gaat het om een ervaringsdeskundige weergave van de ideale indicatiestelling.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst sta ik stil bij de kwestie van rol- en perspectiefkeuze. Centraal staan persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van het tijdelijk, respectievelijk blijvend, inwisselen van geaccepteerde en gewaardeerde beroepsrollen voor die van cliënt of cliëntvertegenwoordiger.

Hierna buig ik mij over ontwikkelde visies op indicatiestelling, respectievelijk op beleidsniveau, op basis van concrete indicatiepraktijken, en binnen Disability Studies. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) ontwikkelde in samenwerking met het College van Ziekenhuisvoorzieningen (CZV) de beleidsvisie die nog steeds dominant is. Ik geef de definitie en indicatievoorwaarden weer, en reflecteer vervolgens op wat ik in de rol van cliëntvertegenwoordiger in sociaal maatschappelijk opzicht geleerd heb over het indicatiestellingproces. Dan stap ik over naar de praktijk van indicatieorganen en -commissies. Vanuit het cliëntperspectief, en voortbordurend op de kennis en inzichten die ik binnen het beleidscircuit heb opgedaan, beschrijf ik hoe de indicatievoorwaarden geïmplementeerd zijn in hedendaagse indicatiepraktijken en met welke kwesties burgers die hulpbehoevend zijn, zoal te maken krijgen.

In de visie van Disability Studies, onderzoekers op indicatiestelling, is het sociale model de empowermentbron in plaats van het individuele of medisch model, dat afhankelijkheid creëert. Hiermee zijn twee belangrijke aspecten van mijn ideale indicatieproces geduid. Een gefaseerde beschrijving van dit ideale proces volgt. Ten slotte plaats ik mijn versie van het indicatieproces binnen de huidige politiek-bestuurlijke context.

1.2 De kwestie van rol- en perspectiefkeuze

De gezondheidszorg heb ik eerst leren kennen als Hbo-verpleegkundige en nadien als Gezondheidswetenschapper. Op 28-jarige leeftijd kreeg ik last van chronische aandoeningen. Deze leidden vrij snel tot een diversiteit aan functiebeperkingen. Welbewust heb ik indertijd, samen met maatschappijkritische situatie- en bondgenoten, de leefwereld van burgers met functiebeperkingen als primaire kenniswerkplaats gekozen. Hierboven heb ik summier vijf sociale rollen van mezelf aangeduid: verpleegkundige, gezondheidswetenschapper, chronisch patiënt, cliëntvertegenwoordiger en onderzoeker.

Ik heb ondervonden dat een flexibele combinatie van sociale rollen, inclusief bijbehorende kennisbronnen, praktijken en ervaringen, in het dagelijkse sociale verkeer dikwijls problemen oplevert.

Wie, zoals ik, vanuit sociaal-politieke overwegingen structureel van rol én van perspectief wisselt, doet een andersoortige ervaring op. Als je je langdurig identificeert met en verbindt aan mensen met een functiebeperking, en met hen 'verbetering van hun maatschappelijke positie' als werkdoel kiest, dan word je in de ogen van onze maatschappij niet méér maar minder waard. (Toonaangevende sleutelfiguren binnen de brede patiënten- en gehandicaptenbeweging, zoals Yolanda Koster en Jan Troost, krijgen op landelijk bestuurlijk niveau vaak een vicevoorzitterschap aangeboden, nooit het voorzitterschap). Je wordt deze maatschappelijke transformatie tot tweederangs burger gewaar in de vorm van geringe status, beloning (Voor een discussie over de financiële waardering van 'inzet ervaringsdeskundigheid' verwijst ik naar de notulen van de Commissie Arbeidsgehandicapten & Perspectief/Ministerie van SZW, 2000-2004), ondersteuning en negatieve beeldvorming.

Mensen met functiebeperkingen die deze identiteit maatschappelijk en politiek inzetten, gelden in het maatschappelijk verkeer dikwijls als 'verdacht'. Hebben deze 'beroepspatiënten' hun ziekte of handicap eigenlijk wel voldoende verwerkt? 'Ziek zijn' of 'een functiebeperking hebben' zijn privé-zaken. Over het algemeen geldt: 'Normaal meedoen en niet zeuren'.

1.3 Disability Studies: theoretisch kader en positionering

De multidisciplinaire studierichting 'Disability studies' is in de jaren tachtig opgekomen als de academische tegenspeler van gehandicapten-rechtenactivisten, en als reactie op de tekortkomingen van traditionele politieke, beleid- en onderzoekparadigma's.

Binnen Disability Studies speelt het gebruikte perspectief op burgers met een functiebeperking een belangrijke rol. 'Disability studies', onderzoekers van het eerste uur, hebben gaandeweg twee modellen van disability onderscheiden: het individueel-medische perspectief (zie hiervoor paragraaf 2) en het sociaal-politieke perspectief. (Zie de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, mei 2001) (In het Nederlands: Internationale Classificatie over het menselijk functioneren). Het Engelse begrip 'disability' betekent zowel 'beperking' als 'handicap'. In Nederland gebruiken we hiervoor verschillende termen. Een persoon kan een lichamelijke beperking hebben. Als door aanpassingen in de maatschappij of door voorzieningen en/of hulpmiddelen deze beperking zo gecompenseerd kan worden dat deze persoon niet belemmerd wordt in zijn maatschappelijk functioneren, dan is hij in de begrippen van de ICF niet gehandicapt. Aansluitend bij de ICF wordt in dit artikel zoveel mogelijk gesproken over mensen met een beperking of aandoening. (Om stijltechnische en pragmatische redenen worden soms ook de woorden gehandicapte of chronisch zieke gebruikt). Michael Oliver (1996) heeft de twee modellen van disability als volgt samengevat:

Het sociale model

theorie van sociale onderdrukking
sociaal probleem
sociale actie
zelfhulp
individuele/collectieve verantwoordelijkheid
ervaring
bevestiging
collectieve identiteit
discriminatie
gedrag
rechten
keuze
politiek
sociale verandering

Het individuele model

theorie van de persoonlijke tragedie
persoonlijk probleem
individuele behandeling
medicalisering
professionele dominantie
expertise
aanpassing
individuele identiteit
vooroordeel
houdingen
zorg
beheersing
beleid
individuele aanpassing

Toelichting op het sociale model

De kern van het sociale model bestaat uit de opvatting dat de grootste belemmeringen voor de meeste mensen met functiebeperkingen niet somatisch maar sociaal van aard zijn. Handicap wordt geproduceerd door een gecompliceerd samengaan van een groot aantal factoren, waaronder heersende vooroordelen, discriminatie, ontoegankelijkheid, het huidige sociale beleid, de organisatie van sociale arrangementen en heersende culturele waarden.

Ervaren problemen en belemmeringen van mensen met een beperking of aandoening op het gebied van sociale participatie of arbeidsparticipatie zijn geen onvermijdelijk en exclusief gevolg van lichamelijke of psychische stoornissen, maar zijn producten van de interactie tussen de sociale en fysieke omgeving en mensen die niet op standaardwijze functioneren of eruitzien. Aldus verplaatst het sociale model het accent van individuen en pathologieën naar instituties en ideologieën.

Het model benadrukt dat dominante ideologieën en instituties de maatschappelijke participatie van mensen met functiebeperkingen belemmert en uitsluit, en van hen tweederangsburgers maakt. Een typisch voorbeeld vormt de visie van 'beleidbepalend en politiek Nederland' op de indicatiestelling en de wijze waarop deze visie vertaald wordt in de praktijk van alledag.

Toelichting op het individuele model

Het individuele model, zoals hierboven weergegeven, is gebaseerd op de veronderstelling dat psychische, fysiologische en functionele afwijkingen primaire obstakels vormen om als gehandicapte persoon sociaal en maatschappelijk mee te (kunnen) doen. Disability wordt gedefinieerd als 'een stoornis of beperking gelegen in de persoon en in het persoonlijk functioneren'. Volgens de samenleving zijn medici als topdeskundigen op het gebied van gezondheid en ziekte de eerst aangewezenen om deze hulp te bieden (Bellemakers en Van Houten 1996).

Voorbeelden zijn: indicatiestellingen door de Regionale Indicatieorganen (RIO's) (Bellemakers, 2001), uitvoeringspraktijken (Bellemakers, 2005) van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), zorg (care) op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Bellemakers, 2003), WAJONG- en WAO-procedures, (Bellemakers, 2000), lokale zorgpraktijken op basis van categorale bijzondere bijstand.

Het dagelijks leven medicaliseert in rap tempo! Vervolgens krijgt de betreffende persoon te maken met grote sociale controle. "For the disabled recipient of aid, Big Brother is always watching" (Longmore 2003: 240). Mensen met een beperking of aandoening hebben vervolgens weinig keuze. Zij dienen, om in aanmerking te komen voor zorg en voorzieningen, de rol van afhankelijke cliënt met verve te vervullen (Bellemakers 1998: 72).

De functiebeperkte of chronisch zieke persoon die tegen deze sociale opvatting ingaat, loopt gerede kans geëtiketteerd te worden als 'slecht aangepast', 'vol zelfmedelijden', als 'iemand die niet het hoofd weet te bieden aan zijn toestand' (zie ook paragraaf 2).

Veel chronisch zieke of functiebeperkte burgers zoeken hun leven lang alleen en in stilte naar manieren om de rol van afhankelijke incompetente cliënt, de sociale stigmatisatie en discriminatie het hoofd te bieden.

1.4 Visie op indicatiestelling op beleidsniveau, in de praktijk en binnen Disability Studies

In deze paragraaf geef ik kort de visie van de NRV op indicatiestelling weer. (Het bestuur van de RvZ omvat, in tegenstelling tot dat van de NRV, geen cliëntvertegenwoordiger(s) c.q. ervaringsdeskundige professional(s). Dit praktijkvoorbeeld onderbouwt de in hoofdstuk 2 geschetste problematiek rondom het vervullen van niet alledaagse rollensets en een bewuste perspectiefwisseling richting sociaal-politieke identiteit van functiebeperkte burger).

Daarna duid ik een aantal sociale kwesties rondom indicatiestelling aan, waarvan ik me in mijn rol als cliëntvertegenwoordiger bewust ben geworden. Vervolgens stap ik over naar de praktijk van het indiceren. Van binnenuit tip ik kwesties aan die grote invloed hebben op het dagelijks leven van functiebeperkte burgers met een langdurige hulpbehoefte. Tenslotte schets ik kort de visie van Disability Studies onderzoekers op indicatiestelling. Het sociale model en zelfregie nemen hierin een belangrijke positie in.

Visie van de Nationale raad voor de Volksgezondheid (NRV)

Uiteindelijk kozen de NRV en het CZV voor de volgende definitie:

‘Indicatiestelling is het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieveerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang’ (1994;9).

Volgens de NRV ‘moet de indicatiestelling informatie opleveren op grond waarvan verantwoorde beslissingen omtrent de inzet en financiering van zorg mogelijk zijn, mede ter effectuering van de zorgaanpakken, zoals vastgelegd in wetgeving, overeenkomsten en polissen (1994;9). Behalve een instrument om hulpbehoeften vast te stellen, zorgalternatieven aan te reiken, het zorgaanbod te optimaliseren, de kwaliteit te bevorderen en adviezen te verstrekken (1994;12), is de indicatiestelling volgens participanten, waaronder de VNG, ook een kostenbeheersinginstrument. De Raad heeft zorginhoudelijke voorwaarden voor indicatiestelling ontwikkeld (1994;11- 14). Hier volgt een samenvatting:

- A. De hulpvraag van een individuele patiënt dient het uitgangspunt van indicatiestelling te vormen. Bij het vaststellen van de hulpbehoefte wordt rekening gehouden met de mogelijkheden van het patiëntensysteem. Concreet gaat het hier om de beschikbaarheid en inzetbaarheid van de mantelzorg. Voorts stelt de raad dat ook rekening gehouden dient te worden met de individuele preferenties van de hulpvrager en met diens levensperspectief.

- B. In de indicatiestelling wordt de hulpvraag integraal benaderd. Bij het stellen van de indicatie dient niet alleen rekening gehouden te worden met persoonlijke aspecten maar ook met omgevingsfactoren. Concreet verwijst de Raad naar het sociale milieu en de huisvesting.
- C. De indicatiestelling moet gestructureerd plaatsvinden. De indicatiestelling dient volgens een uniforme procedure en op basis van eenduidige criteria plaats te vinden, zodat het proces toetsbaar is.
- D. De inbreng van de noodzakelijke zorginhoudelijke deskundigheid moet zijn gegarandeerd. Volgens de raad dient de indicatiestelling gebaseerd te zijn op het bio-psychosociale model. Indiciestellers dienen over de hierbij behorende deskundigheden te beschikken.
- E. Indiciestelling (zorgindicatie) moet onafhankelijk plaatsvinden van de (vooral bedrijfsgebonden en financiële) belangen van zorgaanbieders, financiers/zorgverzekeraars. Tevens is de indicatiestelling neutraal ten opzichte van het subjectieve belang (overvragen) van de hulpvrager.
- F. Indien mogelijk dient indicatiestelling, naast de aangewezen zorgfuncties, tevens een of meer zorgalternatieven aan te geven. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de doelmatigheid en de adequaatheid van de zorg en de individuele subjectieve voorkeuren van de hulpvrager. Hierbij hoeven de zorgalternatieven voor de hulpvrager niet als 'second-best' te worden gezien. De Raad beschouwt het formuleren van de zorg en haar alternatieven als een keuzeproces tussen de hulpvrager en de indiceerder(s).
- G. Binnen het proces van indicatiestelling dient duidelijk te zijn wanneer er een mogelijkheid voor een second opinion aanwezig is.
- H. De geldigheidsduur van de indicatiestelling dient beperkt te zijn. De termijn van geldigheid is afhankelijk van de aard van de hulpbehoefte en wordt per geval vastgesteld.
- I. Er dient sprake te zijn van een urgentiebepaling. Aangegeven wordt op welke termijn de geïndiceerde hulp beschikbaar dient te zijn.

Reflectie van een cliëntvertegenwoordiger

Ik herinner me dat mijn collega-cliëntvertegenwoordigers en ik redelijk tevreden waren met bovenstaande uitkomst van de vergaderdebatten. In de toepassing van termen als 'levensperspectief', 'integrale benadering' en 'keuzeproces', lazen we de weerklank van onze pleidooien (NRV, 1994;12). We gingen ervan uit dat dit alles in dagelijkse praktijken een concrete plek zou krijgen. Nu zijn we tien jaar verder. Het NRV-dossier roept nu gemengde gevoelens bij mij op.

Tweedeling in werkende - en hulpbehoevende burgers

Globaal onderscheiden onze maatschappij en hierbinnen functionerende beleidscircuits twee groepen burgers: werkende en hulpbehoevende burgers. De wijze van functioneren van de eerste categorie wordt als normaal beschouwd. Huizenbouw, de inrichting van de bebouwde omgeving, het verkeer en vervoer, het onderwijs, de arbeidsmarkt en (straks) de gezondheidszorg, zijn op hun behoeften ingericht. Het functioneren van 'niet-productieve burgers' wordt gespiegeld aan deze notie van normaliteit. Nog steeds domineert de overtuiging dat mensen met een disfunctionerend lichaam of psyche geen maatschappelijke waardevolle en bruikbare kennis en vaardigheden kunnen voortbrengen.

Dominantie van de beleidscategorieënbenadering en de impact

In mijn beginperiode als extern cliëntvertegenwoordiger had ik oorspronkelijk het idee dat met 'het centraal stellen van burgers of patiënten', 'concrete mensen binnen hun biografische en sociale context' bedoeld werden. 'Zorg op Maat' interpreteerde ik daarom als zorg die aansloot bij het bestaansperspectief van mensen die om een of andere reden zorg nodig hadden. Zo interpreteerde ik ook het NRV-criterium 'de hulpvraag van de individuele patiënt vormt het uitgangspunt van de indicatiestelling'.

Pas toen zorgaanbieders, zorgkantoren en indicatiestellers in het land dit uitgangspunt verdedigden terwijl zij een ketenzorgbeleidsplan voor patiënten met CVA vermarkten, werd ik de kloof gewaar tussen mijn en hun zorgperceptie. De CVA-patiëntencategorie vormt een dergelijke beleidsclassificatie. Individuele en sociale problemen worden, voor zover mogelijk, vertaald in CVA-zorg standaardtermen. Zo wordt de hulpvraag van de individuele CVA-patiënt geïnterpreteerd. Overige persoonlijke informatie valt af als zijnde niet relevant. De vraag is echter hoe velen onder hen vervolgens zorg krijgen die daadwerkelijk aan hun ervaren behoeften en problemen tegemoet komt.

In de eerste plaats worden wij door deze benadering steeds opnieuw gereduceerd tot een aandoening of functiebeperking. Die aandoening of functiebeperking bepaalt vervolgens nagenoeg volledig ons verdere levensperspectief.

Op de tweede plaats treft deze benadering alle mensen die meerdere aandoeningen en/of functiebeperkingen onder de leden hebben. Volgens het RIVM heeft momenteel 25-40% van de chronisch zieke burgers te kampen met co-morbiditeit.

Wantrouwen tegenover functiebeperkte burgers

Het aangewezen raken op hulp van derden brengt aanzienlijke 'kosten' met zich mee voor betrokkenen, in de vorm van verlies van zelfbepaling, privacy en toename van bestaanskwetsbaarheid. Toch komt steeds opnieuw de vraag bovendrijven of een hulpvrager er 'wel alles aan gedaan heeft om zijn of haar conditie en situatie te optimaliseren'? Dat een functiebeperking voor betrokkenen een probleem is waarmee hij of zij levenslang aan de slag moet, gaat het voorstellingsvermogen van menigeen te boven. De controledrang is groot.

Beperkt burgerschap

Momenteel wordt circa 20-25% van de bevolking gemarginaliseerd en sociaal uitgesloten op grond van hun onvermogen zichzelf 'in' de rol van werkende gezonde burger te passen, zichzelf 'maatschappelijk normaal' te gedragen. (Van Houten & Bellemakers, 2002).

Zelden maakt iemand zich druk over wat deze massale sociale uitsluiting onze maatschappij kost. Discussies gaan over de vraag hoeveel middelen onze maatschappij wil opbrengen om uitgestotenen en gemarginaliseerden maatschappelijk gezien te laten meedoen.

Indicatiestelling als beheersingsinstrument gebruiken?!

In de loop van tien jaar verschoven moeizame collectief ontwikkelde beleidsstandpunten en verdwenen gangbare professionele inzichten vaak abrupt uit het bewustzijn, onder invloed van nieuwe politieke leidsmannen. Tijdens de debatten rondom de totstandkoming van de NRV-nota Indicatiestelling uit 1994 is ernaar gestreefd om de indicatiestelling los te koppelen van het debat over de schaarse middelen. Dit thema bleef door de jaren heen een hoofdthema binnen zorg(verzekerings)debatten. 'De schaarse beschikbare zorg dient zo rechtvaardig mogelijk verdeeld te worden', luidt de algemene opvatting! Hiermee was en bleef de afstand naar het benutten van de indicatiestelling als beheersingsinstrument klein. Onlangs heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) twee stappen teruggezet. In een recente nota over de toekomst van de AWBZ (2004) schrijft het CVZ dat de indicatiestelling tot dusver ontoereikend is als beheersingsinstrument. Doordat de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling in het nieuwe beleid bij het Rijk gelegd is, zal de indicatiestelling wel gaan werken als beheersingsinstrument. Intussen blijkt uit krantenartikelen dat zorgaanbieders onder druk van de overheid nog een stap verdergaan. Zo las ik in een artikel in de Volkskrant (27 augustus 2004) dat de AWBZ-instellingen een akkoord met staatssecretaris Ross van Volksgezondheid hadden gesloten. Zij zegden toe met hetzelfde budget meer hulp te bieden. Dit gebeurt door de beschikbare zorgtijd over meer mensen te verdelen. Dit kan best omdat volgens de AWBZ-instellingen de werkelijke zorgbehoefte in de praktijk van alledag vaak verschilt, in neerwaartse richting, van wat de RIO's op hun formulieren schrijven. Diezelfde AWBZ-instellingen claimen nu, bij monde van hun koepelorganisaties, dat op indicatiestellingen gespaard kan worden door hen hiertoe formeel te mandateren. Hiermee zal de stem en inbreng van hulpvragende burgers definitief tot zwijgen worden gebracht.

Kracht van het medisch model in eigen huis

Mensen met een chronische aandoening of beperking verenigen zich nog steeds voornamelijk op basis van die ziekte of handicap. In het eigen huis wonen circa 150 belangenorganisaties waaronder de Reumapatiëntenbond, de Parkinsonvereniging, de Vereniging der Blinden en Slechtienden en de Dwarslaesievereniging. De dominantie van de beleidscategorieënbenadering en het schaarstedebat heeft ertoe bijgedragen dat mensen met dezelfde aandoeningen of beperkingen geleerd hebben zichzelf door die bril te bekijken en evenzo over zichzelf te praten en te

denken. In de loop van de afgelopen tien jaar heb ik veel collega-clientvertegenwoordigers zichzelf horen introduceren in beleidsgremia met “ik ben Annie en ik ben reumapatiënt respectievelijk MS-er, diabetes etc.” Alsof alle problemen en behoeften die bij hen en situatiegenoten leven, voortkomen uit pathologische en functionele individuele afwijkingen. De kracht waarmee het medisch model in eigen kring gehandhaafd wordt, maakt het uiterst moeilijk om publiekelijk voortdurend maatschappijkritische ‘tegenvragen’ te stellen.

Geloof in maakbaarheid blijft groot

Hoe krachtig het medisch denken is, blijkt ook uit het feit dat zowel in eigen huis als in de wereld eromheen de gedachte volop leeft dat vrijwel alle ziektes bestreden, en handicaps overwonnen kunnen worden. Burgers die er niet in slagen problemen op het gebied van disability ‘op te lossen’, hebben kennelijk gefaald hun aandoening of handicap te overwinnen. Deze zelfde personen worden overigens wel geacht de belangen van hun achterban te behartigen.

Waarde van professionele distantie en deskundigheid is subjectief

Het CVZ stelt dat het vaststellen van beperkingen wel objectief vast te stellen is, echter het bepalen van de hoeveelheid zorg die nodig is blijft een glijdende schaal. Wat de medische validering van indicatiestellingen tot een hete sociale kwestie maakt, is het feit dat naast medisch-technische aspecten ook persoonlijke opvattingen, normen en waarden van zorgprofessionals een doorslaggevende rol spelen in indicatiestellingprocessen. Subjectieve ideeën en opvattingen over leven met beperkingen en eigen ervaringen op het gebied van hulpbehoevendheid, vormen de normatief-professionele basis voor indicatiepraktijken. Helaas rust op deze handelswijze van zorgprofessionals een groot maatschappelijk taboe. Deze geest moet vooral in de fles blijven! Omwille van de continuïteit van inganggezette maatschappelijk-politieke beheersprocessen dient het beeld van objectieve en terzake deskundige professionals overeind te blijven. Manifeste persoonlijke betrokkenheid en zorgbelang maken het volgens andere professionals nagenoeg onmogelijk voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers om rationeel te denken en handelen.

Visie op de praktijk van het indiceren

Anno 2004 staat in indicatiepraktijken nog steeds het medisch model van disability centraal. Dit is onverlet alle pogingen om hier verandering in aan te brengen, zoals de introductie van de ICF in indicatieprotocollen. (Zie hoofdstuk 3). Op grond van hun deskundigheid en professionele distantie weten medici bij uitstek wat goed voor functiebeperkte burgers is: wat de beste rolstoel is, welke thuiszorg aangewezen dient te worden, of iemand aan het werk kan (blijven), welke paramedische therapie helpt. (Crewe & Zola, 1983, 2001; Oliver, 1991; Morris, 1993; Van Houten & Bellemakers, 1996, 2004).

Het sociale model van disability komt als referentiekader niet aan bod in indicatiepraktijken. Er is nauwelijks aandacht voor de wijze waarop sociale, economische en politieke instituties mensen met functiebeperkingen discrimineren,

de wijze waarop de bebouwde omgeving functioneert als een barrière om maatschappelijk te participeren, en de wijze waarop allerhande maatschappelijke en professionele vooroordelen hindernissen opwerpen voor mensen met beperkingen.

Reflectie van een cliënt

In het volgende deel gebruik ik het sociale model als referentiekader om te reflecteren op de implementatie van de indicatievoorwaarden en op betekenissen die indicatiepraktijken hebben voor langdurig zorgbehoevende burgers en hun bestaan. Ik doe dit zonder last of ruggespraak.

Van indicatievoorwaarden naar dagelijkse praktijk

Hoe geven indicatiestellers concreet vorm aan de eerder geformuleerde voorwaarden? Hieronder volgt mijn interpretatie van dat proces.

- A. Burgers met functiebeperkingen die aangewezen raken op collectief betaalde zorg, worden meteen aan het begin van een indicatiestelling gereduceerd tot hun patiëntenrol. De mate van hulpbehoefendheid en afhankelijkheid staat centraal gedurende het hele proces. Op enig moment wordt een professionele inschatting gemaakt van iemands functionele mogelijkheden en onmogelijkheden. De geformuleerde hulpvraag is de uitkomst van het interpretatieproces dat de indicatiesteller doorloopt aan de hand van aangewezen protocollen en wetgeving. Indien iemand zich tot het RIO wendt voor zorg thuis dan wordt vanaf het begin van het huisbezoek of telefoongesprek alle verstrekte informatie gewikt en gewogen, en vertaald in een mogelijk mantelzorgaanbod en beschikbare AWBZ-zorgfuncties. Indien de verstrekte informatie niet in dit zorgmodel past, dan wordt volstaan met een korte verwijzing naar wetgeving op andere beleidsterreinen. Het kan ook zijn dat de indicatiesteller hiertoe onvoldoende in staat is. Dan 'valt verstrekte informatie in het niet'. Net als bij veel andere zorgprofessionals het geval is, neigen indicatiestellers ertoe alleen te horen wat zij willen horen. In medisch vakjargon heet dit fenomeen 'prepared ear'.
- B. Integrale benadering van de hulpvraag betekent in de praktijk dat de indicatiesteller de hulpvraag interpreteert en verbindt met zorgarrangementen ex-AWBZ, Welzijnswet en Wet Voorzieningen Gehandicapten.
- C. Structurering van de indicatiestelling krijgt vorm via het zorgindicatiebesluit, beleids- en procedurele protocollen, en werkdocumenten voor claimbeoordelingen die betrekking hebben op aangeduide wetgeving.
- D. Via een deeltijd cursus bij STOC in Bunnik proberen de meeste RIO's hun medewerkers bij te scholen en aldus hun deskundigheid te bevorderen. Binnen deze opleiding concentreert de aandacht zich op het leren hanteren van centraal ontwikkelde formulieren-sets en computerprogramma's.

- E. De onafhankelijkheid van de indicatiestelling heeft praktisch vorm gekregen door deze onder te brengen bij regionale indicatieorganen. (Sinds 1 januari 2005 bij het Centrum Indicatiestelling Zorg, één landelijke organisatie, uitvoeringsorgaan van beleid dat op departement VWS is ontwikkeld.).
- F. De NRV beschouwde het formuleren van de zorgfuncties en zorgalternatieven als een keuzeproces tussen hulpvrager en indiceerder(s). In dagelijkse indicatiëpraktijken is nauwelijks sprake van een dialoog. De indicatiesteller kiest welke zorg het meest doelmatig en adequaat is. De subjectieve voorkeur van de cliënt kan tot uiting komen als deze na het afgeven van de indicatiëbeschikking besluit om de geïndiceerde zorgfuncties deels voor andere zorgfuncties in te ruilen. Deze mogelijkheid biedt de AWBZ vanaf 1 april 2003.
- G. Het recht op een second opinion staat vermeld in een algemene voorlichtingsbrochure van de RIO's, die cliënten soms aan het begin van het intakegesprek overhandigd krijgen.
- H. Aan de geldigheidsduur van een indicatiëbesluit is een maximum van vijf jaar gesteld.

Menu van zorgverstrekkings en voorzieningen

Zo bezien lijken het leven en de persoon in kwestie samen te vallen met het door de indicatiesteller geschetst cliëntprofiel en voorgeschreven ondersteuningspakket aan voorzieningen. Al voeden veel indicatiëpraktijken en zorgpraktijken deze overtuiging, in werkelijkheid worden levens van mensen met functiebeperkingen niet gedefinieerd door hun zorggebruiker zijn. Zorggebruiker is een sociale constructie, evenals patiënt, gehandicapte of mantelzorger! Het gebruik van sociale constructies verdoezelt het zicht op de dagelijkse werkelijkheid van deze mensen.

Sociale identiteit van mantelzorgers

Vanaf het begin van mijn patiëntencarrière heb ik weerzin ontwikkeld tegen het algemene gebruik van de term 'mantelzorger'. Op een gegeven moment hoorde ik hoe situatiegenoten en cliëntvertegenwoordigers hun partner, kind of vriend(in) publiekelijk voorstelden als 'mantelzorger'. Kennelijk hadden zij, in navolging van politici, beleidsmakers en zorgverleners, deze sociale constructie volkomen geïnternaliseerd.

Net als niet-functiebeperkte burgers wil ik graag persoonlijke intieme relaties kunnen onderhouden, vriendschappen aangaan en goede buren zijn. Realisatie van deze basale behoeften komt onder grote spanning te staan als je afhankelijk wordt van hulp van anderen. Mensen die om elkaar geven zijn uit persoonlijke betrokkenheid geneigd waar mogelijk voor elkaar te zorgen en elkaar te ondersteunen. Langdurige hulpbehoefte van een gezinslid of bevriende buur brengt met zich mee dat op dit gebied veel gevraagd wordt van naasten: van het huishouden alleen draaien en dagelijks helpen met persoonlijke zorg, tot het

verlenen van hand en spandiensten zoals chaufferen, oppassen, begeleiden buitenshuis, administratie doen, samen informatie zoeken en doornemen, het coördineren van zorg en uiteenlopende crises.

De keuzevrijheid en het recht op een eigen leven van zowel de hulpbehoevende persoon als hulpbiedende naasten staan al vele jaren onder druk omdat deze informele en 'vrijwillige' hulp als voornaamste zorgbron is aangemerkt. Hedendaags zorgbeleid is gebaseerd op het uitgangspunt dat mensen primair voor zichzelf en elkaar moeten zorgen. In een werkdocument voor indicatiestellers is door de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) vastgelegd welke mantelzorg in AWBZ-verband onder gebruikelijke zorg valt. Ongeacht hun overige maatschappelijke activiteiten, worden naasten ouder dan 18 jaar bijvoorbeeld verondersteld om twee uur per dag huishoudelijke activiteiten te verrichten. Hierbij is overige informele zorg, zoals hierboven beschreven, niet meegerekend. Hierdoor is en blijft het zorgjok zwaar, zowel voor het ontvangende lid als voor de hulpbiedende leden van de familie of vriendenkring.

Op individueel niveau trachten langdurig hulpbehoevende burgers, als zij voor een persoonsgebonden budget (PGB) gekozen hebben, voor zichzelf en hun zorgende naasten enige bestaansruimte te creëren. Dit doen zij door voor specifieke hulpactiviteiten andere mensen in te huren en soms door zorgende naasten de keuze te bieden hen voor een deel van hun zorgactiviteiten te betalen. Overige partijen in de zorgsector zien dit met lede ogen aan.

Groei en bloei van de indicatie-industrie

Ik ben geen uitzondering. Veel volwassen burgers met functiebeperkingen zien zich geconfronteerd met een optocht van indicatiecommissies en indicatiestellers van indicatieorganen (AWBZ, WVG, welzijnsvoorzieningen), Zorgverzekeraars (ZFW, aanvullende pakketten, subsidieregelingen), UWV's (WAJONG, WAO, voormalige WAZ, Wet-REA, WSW, WiW), en algemene en ziektespecifieke particuliere fondsen. Maar voor de meeste medewerkers van indicatieorganen en zorgbeleidsorganen houdt hun werkdomein op bij de poort van de eigen organisatie. Doorgaans ontbreekt bij hen het inzicht in het concrete functioneren van indicatieprofessionals die elders werkzaam zijn. De eigen professionele autonomie geeft hen beleidsruimte om zich louter te beperken tot de eigen specialisatie, discipline of organisatie.

Burgers met een functiebeperking kunnen zich een dergelijke kokervisie niet permitteren, zeker niet als zij nog (iets van) een eigen leven overeind willen houden. Noodgedwongen moeten zij voor zichzelf 'een weg kappen door dit oerwoud van regels en dienstverleners' (Bellemakers, 1999). Zoals in de inleiding naar voren kwam, is tot nu toe geen instantie of onderzoeker bezig om vanuit geschetst burgerschaps perspectief de structuur, het functioneren en gangbare indicatiestellingprocessen aan een kritische analyse te onderwerpen.

Maatschappelijke onderdrukking

Ik heb de indruk dat indicatiestellers en hun organisaties nauwelijks stil staan bij de vraag: 'wat doet deze burger, hoe leeft hij of zij, terwijl er gewacht wordt op de uitkomsten van de zoveelste herindicatie?' Doet dit er voor zorgprofessionals gewoon niet toe? Gaat men er stilzwijgend vanuit dat je jezelf en je leven in de *stand-by* positie zet of dat je een spaarpot achter de hand hebt om de voorziening, zorg of ondersteuning intussen te financieren? Of denkt men dat (sociale) zorg met terugwerkende kracht ontvangen kan worden en financierbaar is; dat dienstverleners na verrichte prestaties eindeloos willen wachten op hun salaris c.q. de betaling van hun nota's? Het besef dat persoonlijke zorg en ondersteuning een basale menselijke behoefte is, evenals behoefte aan voedsel, huisvesting en veiligheid, is nauwelijks doorgedrongen. (Crewe & Stone, 1983).

De maatschappelijke noodzaak van intensieve, almaar terugkerende en inperkende sociale controle in de vorm van herindicaties wordt kennelijk groter geacht dan de wens van hulpbehoevende burgers om als medemens en volwaardig lid van de samenleving erkend te worden.

Het sociale model als empowermentbron

Bij veel mensen met functiebeperkingen speelt, in het proces naar een groeiende strijdbaarheid, het sociale model van disability als referentiekader een cruciale rol. Empowerment begint met het besef dat je ook als functiebeperkte burger een waardevol persoon en lid van de samenleving bent. Hierop volgt de overtuiging dat je het recht en de capaciteiten hebt om op zelf gekozen wijze te participeren in de samenleving. (Bellemakers, 1998).

Naast veranderingen in het zelfbeeld, gaat de strijd ook om veranderingen in sociale arrangementen. Als de aandacht eenmaal verlegd is van een individuele probleembenadering in de zin van onmogelijkheden op het gebied van fysiek en/of psychisch functioneren, naar een sociale benadering gebaseerd op het benoemen van obstakels in de dagelijkse sociale participatie, dan doemen nieuwe vragen op. Het gaat niet langer om de vraag 'hoe kunnen we mensen die iets mankeren tegen redelijke kosten nog een beetje laten meedoen' maar om vragen als: 'waarom sluiten we al jarenlang zoveel mensen uit van maatschappelijke deelname en waarom volharden we hierin' (Crewe & Zola 1983, 2001; Douwe van Houten, 2004; Noam Chomsky, 2004).

Bovenstaande is van toepassing op indicatiearrangementen. Zo bezien betekent het faciliteren van empowerment binnen indicatiepraktijken dat binnen deze praktijken de volgende waarden centraal staan:

- Er bestaat een individueel recht op bepaalde typen (sociale) zorg;
- Het sociale model van disability is het dominante referentiekader;
- Het indicatiestellingproces gaat uit van individuele behoeften;
- Bevordering van keuze- en controlemogelijkheden: zelfregie.

De eerste drie waarden zijn al aan de orde geweest en komen opnieuw aan bod in de volgende paragraaf, waarin ik de ideale indicatiestelling beschrijf. Eerst sta ik nog even expliciet stil bij 'de notie van kiezen en controle uitoefenen'. Binnen Kantel Konsult, waar ik werk, gebruiken we voor deze notie het begrip *Zelfregie*.

Zelfregie

De traditionele opvatting van onafhankelijkheid/zelfregie is dat mensen zoveel mogelijk alles zelf moeten doen. Ook indicatiestellers hanteren dit criterium. Als gevolg hiervan werd mij tijdens de herindicatie in juli 2003 te verstaan gegeven dat ik minder uren huishoudelijke zorg kreeg toegekend dan de jaren ervoor, omdat ik 'zittend in mijn rolstoel zelf stof kon vegen en ander licht huishoudelijk werk kon doen'. De indicatiesteller en nadien haar bestuur stonden er niet bij stil dat deze activiteit een grote aanslag op mijn beperkte voorraad fysieke energie omvat. Als ik hun overtuiging zou delen en ernaar zou handelen, dan zou ik niet meer toekomen aan voor mij waardevolle activiteiten, zoals het schrijven van dit hoofdstuk.

Gelukkig biedt het persoonsgebonden budget (PGB) mij de mogelijkheid eigen prioriteiten te stellen. Het PGB is een prima instrument om zelfregie uit te oefenen. Prioriteiten kunnen stellen is een vaardigheid op het gebied van zelfregie. Andere vaardigheden op dit gebied zijn: effectief communiceren met anderen om informatie te krijgen, standpunten meedelen en behoeften gerealiseerd krijgen, identificeren van hulpbronnen en deze leren gebruiken, benoemen en vergelijken van keuzes, besluiten nemen, zich committeren aan lange termijn doelen en deze nastreven via een gefaseerd plan, ontwikkelen van opeenvolgende plannen, inschatten van risico's, gevolgen voorzien en beoordelen van mogelijke risico's, managen van (medische, financiële, sociale) crisissituaties en problemen oplossen. Alom wordt verondersteld dat de meeste volwassenen deze vaardigheden in meer of mindere mate bezitten. Veel mensen met een functiebeperking hebben dit nooit geleerd of gepraktiseerd. Redenen hiervoor kunnen gelegen zijn in hun beperking of in hun omgeving. Het gaat dan niet alleen om de fysieke omgeving maar ook en vooral om de sociale verwachtingen en activiteiten van invloedrijke personen als ouders, leraren, dokters, indicatiestellers en andere professionals.

Mensen met functiebeperkingen gaan gebukt onder de traditionele opvatting over zelfredzaamheid. Simon Brisenden (1989;9) verwoordde dit als volgt:

"It teaches us that unless we can do everything ourselves we cannot take our place in society. We must be able to cook, wash, dress ourselves, make the bed, write, speak and so forth, before we can become proper people, before we are 'independent'".

Tegenover deze traditionele opvatting staat de visie van de Independent Living Beweging op het gebruik van het concept onafhankelijkheid/zelfregie:

“In a practical and commonsense way to mean simply being able to achieve our goals. The point is that independent people have control over their lives, not that they perform every task themselves. Independence is not linked to the physical or intellectual capacity to care for oneself without assistance: independence is created by having assistance when and how one requires it”.

In onze notie van zelfregie staat het denk- en bewustwordingsproces centraal. Zelfregie is voor ons niet een concreet zorgdoel of werkdoel. Dit laatste maakt zelfregie voor de buitenwereld problematisch. Een denkproces is immers veel moeilijker te operationaliseren in een zorgprogramma, document en cursus dan specifieke cognitieve en fysieke gedragingen. Dit verklaart waarom de meeste traditionele zorgprogramma's gericht op onafhankelijkheid/zelfregie hoogstens proberen om reeds bestaande, en voor zorgverleners herkenbare, capaciteiten bij cliënten te promoten. Crewe & Zola (1983, 2001) verbreden de notie van zelfregie tot beschouwingen over de kwaliteit van leven. Zola schetst hieronder zijn leefstijl en de mijne.

“It is not always necessary that persons do everything for themselves, or do always what they are capable of doing, such as walking long distances, if that effort proves healthy but exhausting. The energy lost in physical exertion cannot be used elsewhere. A powered wheelchair might well diminish the amount of exercise an individual gets, but at the same time it enormously increases his or her social capabilities and networks (p. 58)”.

1.5 Het ideale indicatiestellingproces vanuit ervaringsdeskundig perspectief

In actuele indicatiepraktijken in de zorg en sociale zekerheid staat een bepaalde wet of regeling met het bijbehorende protocollenboek en de uitvoerende organisatie centraal, niet de burger met een functiebeperking die als persoon overeind wil blijven en maatschappelijk wil participeren. Binnen deze systeembenadering valt de persoon uiteen in een aantal sociale constructen. Het leven wordt gereduceerd tot enkele beleidsterreinen waarop politici, beleidsmakers en dienstverleners ieder hun gang gaan en vaak tegengestelde doelen formuleren. Het kan echter ook anders. Het ideaal is een indicatieproces waarin de empowerment van zowel de burger met een functiebeperking als van de indicatiesteller(s) centraal staat. Als ieder ander heeft de burger recht op een bepaalde levensstandaard, een standaard die adequaat is voor de gezondheid, welzijn en maatschappelijke participatie en op bescherming van deze standaard wanneer werkloosheid, ziekte, disability of ouderdom aan de orde is (United Nations 1948, Universal Declaration of Human rights). Naast deze rechten heeft de burger ook plichten, bijvoorbeeld om te leven als een goed burger en om sociaal te participeren. In een kabinetsperiode waarin de constructivistische benadering en technocratische bezuinigingsmaatregelen hoogtij vieren, is het moeilijk te blijven geloven in de gevarieerde samenleving met indicatieprocedures die resulteren in een exponerende ervaring voor betrokkenen. Mijn eigen twijfel

hierover wordt ook gevoed door eigen indicatie-ervaringen, indicatiedocumenten van situatiegenoten en recente publicaties over zorg en sociale zekerheid. Van huis uit ben ik echter een praktische idealist. Ik laat me in dit hoofdstuk leiden door de gedachte dat bijsturing mogelijk is wanneer je een praktisch en haalbaar alternatief schetst en daarvoor passie weet op te wekken en een draagvlak weet te creëren. Bij het uiteenzetten van mijn visie op het ideale indicatieproces binnen een gevarieerde samenleving maak ik gebruik van het denkkader van Jenny Morris (1993:160; 1997: 33). Zij onderscheidt enerzijds een indicatiestelling die gebaseerd is op medische stoornissen en afwijkingen respectievelijk op de afhankelijkheid die daarbij verondersteld wordt en op voorzieningen die daaraan gekoppeld zijn. Anderzijds schetst zij een indicatiestelling die behoeftegericht is, waarbij het gaat om het identificeren van wat noodzakelijk is om onafhankelijk te leven. Professionals die op basis van de actuele behoeften van de persoon in kwestie willen indiceren, dienen uit te gaan van de volgende vragen:

- Wat wil de persoon bereiken / veranderen in zijn leven?
- Welke problemen / barrières ervaart de persoon hierbij?
- Wat zou helpen?

Erkend wordt dat bestaande ondersteuningsmogelijkheden - waaronder eerder beschreven welzijnsvoorzieningen en zorgproducten - enkel middelen zijn, en dat deze voorzieningen wellicht niet de meest passende manier zijn om aan een behoefte tegemoet te komen.

Zo kom ik tot een weergave van het ideale indicatieproces in vier fasen:

- het doordenken en ontwerpen van een eigen leefstijl/levensplan;
- het verhelderen van problemen en barrières die iemand ervaart in zijn of haar dagelijks leven;
- het identificeren van behoeften aan mogelijke hulpbronnen;
- het bepalen van de verzekeringsindicaties/claimbepaling(en).

Aan iedere fase wijd ik een paragraaf. Ik eindig met een reflectie op wat een dergelijk indicatieproces vergt van indicatiestellers, welke kantelingen zij moeten maken.

Doordenken en ontwerpen van een eigen leefstijl/levensplan

Aan het begin van mijn patiëntcarrière vroeg een hoogleraar Neurologie mij eens midden in een lichamelijk onderzoek of ik tevreden was met mijn leven. Ik herinner me dat ik verbijsterd reageerde. Had ik net uitgebreid mijn klachten beschreven en de wijze waarop deze het leven waaraan ik verknocht was onmogelijk maakten, kwam hij met deze vraag aanzetten terwijl ik geacht werd allerlei oefeningen te demonstreren.

Hoe kon ik überhaupt tevreden zijn terwijl het ene na het andere levensdoel dat ik mezelf gesteld had, in rook leek op te gaan omdat ik zo in de kreukels lag en mijn gezondheidsperspectief ongewis was? In de jaren erna heb ik regelmatig aan deze

vraag teruggedacht. Deze medische professor bleek een van de weinige doktoren die bewust een moment aandacht schonk aan hoe ik tegen mijn leven aankeek. Verreweg de meeste van mijn dokters hebben feitelijk geen idee hoe mijn dagelijks leven er concreet uitziet en wat ik zoal aan activiteiten onderneem. Laat staan dat een van hen uit zichzelf informeert naar mijn levensdoelen en toekomststromen.

In de jaren tachtig hield ook de Nederlandse chronisch zieken- en gehandicaptenbeweging zich amper bezig met het levensperspectief van mensen met een functiebeperking of chronische ziekte. Het nationale bewustzijn dat je, ook als je ziek of beperkt bent, recht hebt op een eigen leven groeide vooral door toedoen van activiteiten van de Nederlandse stichting Independent Living (ILN). Van het eerste bestuur van ILN (1990) maakten deel uit: Rob Jordaans, Aline Saers, Jan Clips, Theo Zwetsloot, Conny Bellemakers, Maria van Dongen, Dyne Kauwenhoven en Lies van der Loo.

Toen mijn collega-vertegenwoordigers en ik in 1994 de NRV opriepen om indicatiestellers rekening te laten houden met het levensperspectief van de hulpvragende burger, vielen ons in beleidskringen maar ook in eigen huis kwalificaties ten deel als wereldverbeteraars en utopisten. Hulpbehoevende burgers met een functiebeperking waren immers nauwelijks meer gewend om ergens verantwoordelijkheid voor te dragen.

Veel tijd, informatie en training was ermee gemoeid om mensen uit de brede chronisch zieken- en gehandicaptenbeweging ervan te doordringen dat simpele zaken als 'zelf bepalen aan welke rollen of activiteiten jij je beperkte energie wilt besteden' of 'de wens uiten dat je meer het huis wilt verlaten dan je nu feitelijk doet', de kern vormen van deze benadering.

Dit proces van groeiend bewustzijn laat onverlet dat als indicatieprofessionals morgen hun onderzoek zouden beginnen met de vraag 'Hoe wilt u eigenlijk leven', deze vraag door menige hulpbehoevende burger zwijgend en met enige argwaan ontvangen zal worden.

Op dit terrein ligt belangrijk werk voor de brede chronisch zieken- en gehandicaptenbeweging, hun ondersteuners en zorgprofessionals. Allereerst dient het belang van levensplannen opnieuw inzichtelijk gemaakt te worden. Een dergelijk plan dwingt je als hulpbehoevende burger om je huidige situatie en je toekomst kritisch onder ogen te zien, om aan derden aan te geven wat voor jouw kwaliteit van leven inhoudt, en het gesprek hierover gaande te houden. Het dwingt betrokken instanties en dienstverleners om ondersteuning en zorg meer op elkaar af te stemmen en hierover maatschappelijke verantwoording af te leggen. Ook dwingt het de politiek om tweederangs burgerschap te bestrijden.

Voorts dienen interactieve methoden nader ontwikkeld en geïmplementeerd te worden om concrete informatie over het gewenste levensperspectief/levensplan boven tafel te krijgen. Independent Living heeft hiertoe de contouren van een persoonlijk dossier ontwikkeld. In de verstandelijk gehandicaptensectoren hebben deskundigen een mindmapmethode *Persoonlijk Ontwikkelingsplan* (POP)

ontwikkeld. In de GGZ-sector is ervaring opgedaan met de rollenbenadering. In de arbeidsreïntegratie spreekt men sinds kort over persoonlijke participatieplannen voor jongeren met een chronische ziekte of handicap (CWP, 2004). Naast actief burgerschap, sociale betrokkenheid en de notie van inclusie, is diversiteit kenmerkend voor deze methodieken. Gestandaardiseerde levensplannen met identieke levensdoelen zijn uit den boze.

Belemmerend hierbij is dat het patiëntperspectief 'bestaanszekerheid' biedt. Als je ziekte eenmaal formeel erkend is, dan heb je recht op bepaalde zorg en ondersteuning. Ter verduidelijking volgen hieronder verschillende concrete uitwerkingen van de vraag 'Hoe wil je leven?' Het antwoord kan een reactie zijn op een scala aan behoeften.

Als niet precies achterhaald wordt wat de exacte betekenis van de mededeling is, dan kan de oplossing van de indicatiesteller niet gepast zijn. Zodoende wordt overheidsgeld over de balk gesmeten terwijl de behoefte van de betreffende persoon niet gerealiseerd is.

Een puber met een chronische aandoening stelt:

- ik wil meekomen op school,
- ik wil met vrienden op het sportveld of in het winkelcentrum rondhangen,
- ik wil niet zo vaak naar het ziekenhuis gaan,
- ik wil samen met mijn vrienden eten en uitgaan,
- ik wil doorstuderen,
- ik wil een baantje op zaterdag,
- ik wil mijn rijbewijs halen.

Een vrouw met een chronische ziekte die intermitterend optreedt, formuleert haar levensperspectief/levensplan als volgt:

- ik wil de kinderen vaker zien,
- ik wil regelmatig voedsel eten waar ik van houd,
- ik wil een time-out,
- ik wil hulp in de huishouding bij een terugval,
- ik wil controle over de pijnbestrijding,
- ik niet meer zo vaak naar het ziekenhuis gaan,
- ik me niet geïsoleerd voelen,
- ik wil me gemakkelijker door het dorp verplaatsen.

Een gehandicapte jongeman stelt: 'ik wil een baan'.

Hij wil dat bijvoorbeeld:

- om gewaardeerd te worden,
- om deel uit te maken van de gemeenschap,
- om zichzelf te onderhouden,
- om gelijke mogelijkheden te hebben,

- om te ervaren dat hij een bijdrage kan leveren,
- om rechtvaardig en inclusief behandeld te worden,
- om erkenning te krijgen voor zijn aspiraties en support bij het realiseren,
- om erkenning te krijgen voor zijn vaardigheden en gelegenheid om deze verder te ontwikkelen,
- om nieuwe mensen te ontmoeten en een sociaal leven te hebben,
- om keuzes te hebben,
- om controle over het leven te vergroten,
- om risico's te mogen nemen.

Een chronisch zieke hoogopgeleide vrouw stelt: 'Ik wil regelmatig de centrale bibliotheek in de stad bezoeken'.

Zij wil dat bijvoorbeeld:

- om een veelvoud aan tijdschriften en kranten in te zien,
- om andere mensen die graag lezen te ontmoeten te spreken,
- om lezingen van schrijvers bij te wonen,
- om assistentie te krijgen bij het zoeken naar specifieke literatuur,
- om haar leesvaardigheid op het gebied van buitenlandse literatuur op peil te houden,
- om recente CD's en DVD's te lenen.

Een alleenstaande oude man stelt: 'ik wil meer uitgaan'.

Hij wil dat bijvoorbeeld:

- om minder op zichzelf te zijn,
- om nieuwe mensen te ontmoeten,
- om oude vrienden te zien,
- om activiteiten te ondernemen die hij graag doet,
- om meer te voelen dat hij lid is van de samenleving,
- omdat zijn buurman housemuziek draait waar hij horendol van wordt,
- omdat hij thuis mishandeld wordt.

Een vrouw van middelbare leeftijd met diverse functiebeperkingen stelt: 'ik wil niet zelf koken'

- omdat het haar teveel energie kost,
- omdat zij niet graag alleen eet,
- omdat zij niet goed koken kan,
- omdat zij niet wijs wordt uit haar dieet,
- omdat het dieet in haar ogen niet te pruimen is,
- omdat zij het gezellig vindt om met een ander in de keuken bezig te zijn,
- omdat zij niets om warm eten geeft.

Cruciaal in deze fase is dat de hulpvragende burger vrijuit, zonder commentaar en zonder bij voorbaat ingeperkt te worden met verwijzingen naar beperkte bronnen of gangbare opvattingen, zijn levenswensen op tafel kan liggen.

Verhelderen van in het dagelijkse leven ervaren problemen

Na de vraag 'hoe wilt u leven', dringt de vraag zich op 'kun je dit ook realiseren?' Het gaat om het verhelderen van ondervonden problemen en te voorziene barrières. Omdat zorgprofessionals zichzelf als experts en hulpvragende burgers als leken beschouwen, ook op het gebied van eigen lichaam, zorg en leven, zijn zij gewend om de problemen *voor* hulpvragende mensen te definiëren in plaats van *met* hen. Met de beste bedoelingen betrekken zij doorgaans alles wat de persoon inbrengt, op die persoon en zijn of haar fysieke of psychische beperkingen, respectievelijk tot de zorgbeleidscategorie waarin hij of zij ingedeeld is. Anderzijds benoemen hulpvragende mensen ook problemen. Kijk maar naar de praktijk van het bezwaar aantekenen en de afhandeling daarvan, problemen die voortkomen uit de wijze waarop de samenleving is ingericht en functioneert. Tot dusver krijgen deze barrières ('participatieproblemen' in ICF-taal, 2002) nauwelijks aandacht tijdens indicatiestellingen. Beleidsmakers, bestuurders, zorgaanbieders en indicatiestellers beschouwen de maatschappelijke en sociaal-politieke context min of meer als vaststaand gegeven. Informatie over problemen die hieruit voortkomen voor (groepen) burgers, wordt tijdens intakes en indicatiestellingen als niet relevant terzijde geschoven, en bij de verwerking van verstrekte informatie verwijderd uit het systeem. Om de vraag naar ondervonden en te voorziene problemen bij de realisatie van een levensplan volledig te kunnen beantwoorden, dienen hulpvragende burgers en indicatiestellers beiden uitgebreid te reflecteren op participatievraagstukken.

Het sociale model van Mike Oliver (1996) kan hierbij een prima hulpmiddel zijn. Mensen met een functiebeperking kunnen met behulp van het model de moed vinden om het negatieve zelfbeeld en het geringe zelfvertrouwen aan de orde te stellen, om vernederende en discriminerende praktijken te beschrijven en acties ertegen in gang te zetten. Het sociale model stelt hen in staat om hun situatie weer te geven in de zin van *mensenrechten* in plaats van *zorg* en om behoeften te verwoorden onder verwijzing naar het gelijke kansen debat in plaats van patiëntenrechten.

Volgens Morris (1997, p. 24) hebben Engelse burgers met een functiebeperking al in 1988 zeven gebieden geïdentificeerd waaraan hard gewerkt dient te worden als de maatschappij hen op gelijkwaardige wijze wil laten participeren:

- Informatie om het maken van keuzes mogelijk te maken;
- Ondersteuning bij het maken van die keuzes;
- Huisvesting die toegankelijk, bruikbaar, aanpasbaar en goedgesitueerd is;
- Technische hulp of voorzieningen;
- Persoonlijke assistentie wanneer dit nodig is;
- Vervoer om te kunnen functioneren binnen de samenleving;
- Toegang tot alle publieke en semi-publieke gebouwen.

Identificeren van behoeften aan mogelijke hulpbronnen

Nederlandse indicatiestellers hebben momenteel een beperkt pakket aan mogelijke hulpbronnen in gebruik. Hieruit maken zij, volgens vaste regels, een keuze ter compensatie van gediagnosticeerde problemen. Concreet gaat het om mantelzorg, vrijwilligerswerk, zogenaamde ‘voorliggende voorzieningen’ uit de Welzijnswet, AWBZ-zorg (in natura of via een persoonsgebonden budget) en verwijzingen naar voorzieningen uit de Wet Voorzieningen Gehandicapten of Wet-REA. Met het aanreiken van deze hulpbronnen lijken hun hulpmogelijkheden bepaald, ook al laat de dagelijkse werkelijkheid van mensen met functiebeperkingen zien dat er wettelijk en praktisch gezien veel meer hulpbronnen voorhanden zijn.

In de praktijk zijn het steeds indicatiestellers en andere zorgprofessionals die het pakket, de feitelijke omvang en reikwijdte van hulpbronnen, bepalen. Zij zijn het die keuzes maken uit genoemde hulpbronnen, de volgorde bepalen waarin mensen over deze hulpbronnen kunnen beschikken, en specifieke combinaties van hulpbronnen bedenken en aanbieden. Zo is in indicatiekringen bepaald dat volwassen kinderen en partners van een hulpbehoevend gezinslid dagelijks twee uur in het eigen huishouden dienen te werken.

Als een alleenstaande persoon aangeeft niet zelf te kunnen koken, dan worden ‘tafeltje dekje’ of diepvriesmaaltijden standaard als passende oplossing naar voren geschoven. Zorgaanbieders weten letterlijk een gesloten zorgcirkel te realiseren. Stichtingen voor thuis- en/of ouderenzorg hebben samen met wooncorporaties en gemeenten woonzorgvoorzieningen ontwikkeld. Wie hierop aanspraak wil maken, wordt veelal geacht integrale hulppakketten af te nemen en concreet af te zien van in de AWBZ vastgelegde keuzeruimte. Thuiszorgorganisaties hebben buiten kantooruren samen met regionale stichtingen voor ouderenzorg één vorm van oproepbare zorg voor zelfstandig wonende hulpbehoevende burgers ontwikkeld. Stichtingen voor gehandicaptenzorg hebben criteria geformuleerd voor de uitvoering van ondersteunende en activerende begeleiding. Maximaal vier keer per jaar mag een jonge bewoner van een woonvorm in het zuiden van het land met een personeelslid naar een theater, bioscoop, markt en dergelijke, ongeacht de uitkomst van de indicatiestelling.

Mensen met een functiebeperking kunnen, mits zij over een AWBZ-zorgindicatie beschikken, zelf bepalen of zij aanspraak willen maken op beschreven hulpbronnen. Maar als de keuze eenmaal is gemaakt, dan verwachten zorgaanbieders doorgaans dat zij zich vervolgens helemaal aanpassen aan hun voorwaarden. Wie niet met het beschikbaar gestelde zorgaanbod uit de voeten kan, kan opteren voor een persoonsgebonden budget, zo luidt de algemene opvatting. Sinds 1 april 2003 is het recht op een persoonsgebonden budget vastgelegd in de AWBZ. Vergeleken met naturacliënten hebben budgethouders na de indicatiestelling feitelijk meer beleidsruimte om andere accenten aan te brengen of om de vijf ambulante AWBZ-zorgfuncties tegen elkaar uit te wisselen (geldt niet voor het AWBZ-vervoer). In de dagelijkse praktijk twifelen veel zorgprofessionals, waaronder indicatiestellers, echter vaak openlijk aan de bekwaamheid van mensen met functiebeperkingen om

zelf te bepalen hoe hun behoeften gerealiseerd dienen te worden. Budgethouders weten dat zij met argwaan worden gadeslagen en gecontroleerd.

In plaats van zorgarrangementen van budgethouders als bedreigend te zien, zouden deze praktijken ook een voorbeeldfunctie moeten vervullen voor ondersteunend en zorgverlenend Nederland. Als geen ander lijken mensen met een persoonsgebonden budget of hun vertegenwoordigers de integrale benadering toe te passen die nodig is voor de realisatie van een biografisch arrangement. Met integrale benadering doel ik op de betaalde, sociale, technologische, financiële, emotionele ondersteuning maar ook op zelfvertrouwen, netwerken en dergelijke, die je nodig hebt om je levensdoelen te realiseren. Zoals gezegd identificeren mensen met functiebeperkingen in hun leven meer hulpbronnen en gebruiken zij hulpbronnen op een andere manier dan zorgverleners voor ogen hebben. Budgethouders leren bijvoorbeeld gaandeweg dat je méér, flexibelere en goedkopere hulp kunt organiseren. Zij beseffen dat je de beschikbare mantelzorgbron ook op termijn intact kunt laten, door het gezinslid dat als primaire verzorger functioneert en dat op zijn of haar beurt worstelt met de mogelijkheid om een eigen leven te leiden, een reële keus te bieden tussen (meer) (werk)activiteiten buitenshuis of (ook) een baan rondom het huis. Het belang van deze keuzevrijheid voor het hulpvragend en hulpverlenend gezinslid strekt zich verder uit dan het traditionele zorgbeleidsterrein waarop indicatiestellers werkzaam zijn.

Uit (re)integratiepraktijken van ernstig functiebeperkte burgers valt te leren dat de emotionele, morele en praktische steun van eigen partner, kinderen en vrienden de primaire hulpbron zijn bij het op eigen kracht een plek verwerven op de arbeidsmarkt, en niet de reïntegratiemedewerker van de UWV. (Dijkman, 2003). Afhankelijk van het gewenste levensperspectief of levensplan valt de combinatie van ter zake doende hulpbronnen dikwijls radicaal anders uit dan nu in het zorgbeleid en in zorgpraktijken aan de orde is. Indiciestellers kunnen hulpvragende burgers praktische hulp bieden bij het identificeren van mogelijke hulpbronnen. Dit kunnen zij doen door bijvoorbeeld te toetsen of de persoon in kwestie ook alle voorzieningen en tegemoetkomingen ontvangt waarop hij of zij recht heeft en of dit op het juiste niveau gebeurt. Hiertoe hoeft de indicatiesteller zich niet als sociaal-juridisch expert te ontwikkelen. De professional dient wel te weten waar, of bij wie, hierover advies ingewonnen kan worden. En er zou natuurlijk gebruik gemaakt kunnen worden van een eenvoudige checklijst.

Zorgindicatie loskoppelen van de verzekeringsindicatie

Nu is de fase aan de orde waarin bekeken wordt of, en in welke mate, geïdentificeerde hulpbehoeften passen in voorhandenzijnde zorgarrangementen en daarbij behorende claims.

Vanaf de oprichting van de RIO's hebben indicatiestellers, in overeenstemming met de veranderende inzichten bij de overheid, afwisselend *indicatieadviezen* en *indicatiebesluiten* afgegeven. Op dit moment sturen indicatieorganen *indicatiebesluiten* naar de zorgkantoren. Echter, in een nota augustus 2004 pleit het

CVZ opnieuw voor loskoppeling van de zorgindicatie en de verzekeringsindicatie. CVZ doet dit om de zorgverzekeraars de macht terug te geven over de besteding van de financiële middelen. Aan de hand van de zorgindicatie dient de zorgverzekeraar straks een beslissing te nemen over de verzekeringsaanspraak.

Ik pleit eveneens voor loskoppeling, maar mijn beweegredenen zijn professioneel-normatief van aard. Mijn eerste reden is dat indicatiestellers momenteel direct en indirect behoorlijk door financiers en politiek-bestuurlijk Nederland onder druk gezet worden om hun indicatiestellingen te beperken tot het verzekerde en voorhandenzijnde aanbod. In actuele indicatiepraktijken heeft de zorgindicatie ten opzichte van de verzekeringsindicatie inmiddels volledig het onderspit gedolven. Het letselschadekarakter is dominant aanwezig. Het feit dat indicatiestellers nu een indicatiebesluit moeten afgeven, versterkt deze ontwikkeling.

Het tweede motief komt uit de praktijk van mensen met een functiebeperking.

Momenteel starten veel burgers die aangewezen raken op collectief betaalde hulp het indicatiestellingproces met minimale verwachtingen. Overheid, financiers, zorgaanbieders en indicatiestellers doen er in hun indicatiepraktijken alles aan om de verwachtingen van hulpbehoevende burgers laag te houden. Met Morris definieer ik deze gang van zaken als een onderdrukkende praktijk:

“(...) it is important to acknowledge that we all have aspirations - most of which cannot be achieved in the immediate future - and indeed aspirations are an important motivating force in most people's lives. Moreover, it is very oppressive to lower people's expectations. We all need to dream of better things and an assessment which stops people dreaming - for fear of disappointment - is an experience of oppression in itself”. (1997, 42).

Mijn derde beweegreden berust op het volgende inzicht.

Als mensen niet in staat gesteld worden om behoeften te uiten waaraan nu nog niet tegemoet gekomen kan worden, dan is er weinig vooruitzicht op veranderingen bij zorgaanbieders en andere dienstverleners. Veranderingen die ervoor zorgen dat de zorgaanbieders meer moeite doen om daadwerkelijk aan behoeften tegemoet te komen, of om hulpbronnen zodanig te realloceren dat behoeften worden gerealiseerd die in het verleden niet (h)erkend werden. Als er helemaal niet voldoende middelen of hulp voorhanden zijn om aan geïdentificeerde behoeften tegemoet te komen, dan dient deze boodschap overgedragen te worden in plaats van dat de eigen inschatting van de situatie ondermijnd wordt doordat geuite behoeften niet serieus genomen worden.

Hieronder volgen twee voorbeelden van niet erkende, collectief ervaren behoeften van mensen met een functiebeperking:

- 1 Behoefte aan persoonlijke hulp verdient erkenning als basisbehoefte, net als voedsel, onderdak en gezondheidszorg. Persoonlijke assistentie is noodzakelijk voor de overleving van het individu, aangezien een ernstig functiebeperkte persoon zonder dit type hulp vaak niet kan participeren in het onderwijs, op de arbeidsmarkt, in vrije tijd of in het politieke leven van de gemeenschap.

Because of its indispensable nature, attendant care takes on the character of an inalienable right, with status comparable to a civil right (Crewe & Stone 1983, 2001; 159).

Verstrekking van persoonlijke assistentie dient onafhankelijk van de hoogte van het inkomen of van iemands beroep plaats te vinden. Het recht op deze verstrekking zou alleen gerelateerd moeten worden aan iemands functionele status of capaciteiten c.q. mogelijkheden. (Noam Chomsky, 2004: *Hegemony or Survival*).

- 2 Behoeftte aan een limiet voor het disability managementwerk dat mensen met een functiebeperking dagelijks moeten verrichten, bijvoorbeeld een uur per dag. Analoog aan de pogingen om de administratieve lasten voor organisaties en zorgprofessionals te bewaken en verminderen, zou de overheid bij ieder (sociaal) zorgarrangement bewust stil dienen te staan bij de consequenties die de inrichting en het functioneren van dat arrangement heeft voor de hoeveelheid disability managementwerk van individuele burgers.

Voor erkenning en het doorgeven van geïdentificeerde behoeften zoals hierboven beschreven, zijn mensen met een functiebeperking aangewezen op het werk van indicatiestellers.

Kantelen van huidige indicatiestellers

Het bewerkstelligen van een omslag in denken en doen, een kanteling, bij indicatiestellers kent een bottom up en top down benadering.

Bottom up kan dit proces in gang gezet worden met praktijkvoorbeelden die inzichtelijk maken dat collega's soms een andere werkwijze hanteren.

In 1990, daags nadat ik van de bedrijfsvereniging formeel vernomen had dat ik definitief afgekeurd was, belde de betrokken arbeidsdeskundige mij thuis op. Tijdens voorgaande contacten hadden wij kort met elkaar enthousiast over het gebruik van een computer en de mogelijkheden van MS DOS gesproken. Omdat ik nog op vrijwillige basis voor mijn voormalige werkgever, de Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad, actief was, wist ik dat mijn voormalige collega's in diezelfde periode een MS DOS-cursus kregen aangeboden. Als vrijwilliger kwam ik helaas niet voor deelname in aanmerking. Dat betreurde ik, temeer omdat de Raad aan het beleidswerk van vrijwilligers uiteindelijk dezelfde kwaliteitseisen stelde als aan die van betaalde medewerkers: allen zouden voortaan nog maar mondjesmaat kunnen terugvallen op secretariële ondersteuning van het centrale bureau.

De arbeidsdeskundige deed mij een voorstel waarvoor ik hem nu nog dankbaar ben. Als ik binnen twee weken zelf een computer zou aanschaffen, zou hij op zijn eerstvolgende vrije middag bij mij MS DOS komen installeren. Op de volgende vrije middag zou hij mij de beginselen van MS DOS bijbrengen. Zo gezegd, zo gedaan! Uiteindelijk mocht ik zijn cursusmateriaal integraal houden.

Na de abrupte start van wat een langjarige patiëntcarrière beloofde te worden, was hij de eerste die openlijk zijn vertrouwen in mijn mogelijkheden kenbaar maakte. Hij

deed dit zonder zich verder nog iets gelegen te laten liggen aan mijn al maar dikker wordend medisch dossier of aan het feit dat de criteria van de arbeidsongeschiktheidsregeling die hij moest uitvoeren op mijn situatie volledig van toepassing waren. Op deze wijze stond hij letterlijk aan de wieg van mijn carrière als cliëntvertegenwoordiger binnen landelijke beleidsorganen en mijn arbeidsreïntegratie in 1998.

Waar je ook bezig bent met indiceren, als indicatiesteller heb je altijd de keuze om je werk instrumenteeltechnocratisch te doen, een specifieke regeling uit te voeren volgens strikte interpretatie van de administratieve criteria, of om te proberen samen met de hulpvragende persoon een situatie te doorgronden om van daaruit openingen te creëren op weg naar een beter leven. Door het strikt naleven van de regels beschermt de indicatiesteller zich tegen problemen met collega's, werkgever en controlerende instanties. Ik realiseer me goed dat de druk vanuit organisaties in de sociale zekerheid groot is om te indiceren conform aanwezige fysieke, financiële en personele voorzieningen, en om daarbij bestede tijd, dienstverlening en deskundigheid te rationeren.

'Op safe spelen' houdt de hulpvrager echter afhankelijk en maakt hem of haar machteloos. Als je durft af te wijken van de regels, gangbare theorieën en dienstverleningsmethoden kritisch tegen het daglicht houdt, de dialoog aangaat met de hulpvragende burger, hem of haar aanzet om zelf keuzes te maken en besluiten te nemen, en jij je daarvoor verantwoordt binnen je eigen organisatie, dan lever je in mijn ogen pas echt kwaliteit. Deze houding en werkwijze vergen veel eigenwaarde en zelfvertrouwen. In feite heb ik hierboven een Catch 22 positie van indicatiestellers beschreven. Beide werkwijzen kunnen voor hen namelijk leiden tot een empowerende ervaring. Voor mensen die voor alles zekerheid zoeken in hun werk, vormen wetgeving en protocolhandboeken empowermentbronnen. Voor anderen zijn persoonlijke uitdaging, professionele groei, coachingmogelijkheden en zorgethiek empowermentbronnen.

Als we een kanteling bij indicatiestellers teweeg willen brengen dan zullen we hen allereerst bewust moeten maken van de kern van empowerment. Dit kan gebeuren via empowermenttrainingen. Deze zouden gericht dienen te zijn op het vergroten van het inzicht in de werking van empowerment en depowerment voor henzelf, respectievelijk voor hulpvragers. Het gaat erom dat zij zich bewust worden hoe divers ervaringen, inzichten en bronnen op empowermentgebied voor iedereen zijn. Daarnaast is het belangrijk dat indicatiestellers gaan beseffen welke invloed zij kunnen hebben op het empowermentproces van anderen. Met name de rol van informatieverstrekker die zij vervullen, de wijze waarop zij communiceren met de hulpvrager, en het feit of zij de individualiteit van de ander erkennen, zijn in dit opzicht van belang. Voorts zullen we hen moeten voorzien van een reeks empowermentbronnen en -strategieën, waarmee zij hun eigen manoeuvreerruimte op de werkvloer kunnen vergroten. Hiertoe zou bijvoorbeeld op beroepsgroepenniveau een professionele ethiek ontwikkeld dienen te worden. Als die krachtig genoeg is, dan hebben indicatiestellers in de praktijk iets om op terug te vallen in moeilijke werksituaties.

Tijdens de empowermenttrainingen zouden de volgende concepten en thema's gericht aan de orde moeten komen:

- *Het sociale model van disability*. Het inzicht in dit referentiekader dient vergroot te worden en vaardigheden dienen aangeleerd te worden om aspecten hiervan een plek te geven in dagelijkse praktijken.
- *Hulpbehoevendheid en afhankelijkheid*. Indiciestellers dienen kennis en inzicht te verwerven in de verschillende opvattingen hierover en in de wijze waarop deze overtuigingen kunnen doorwerken in attitudes, gedragingen en wensen van hulpvragers (en van claimbeoordelaars, politici!).
- *Ondersteuning via bondgenootschap*. Veel zorgprofessionals voelen zich niet geroepen, laat staan veilig in deze rol. Idealiter functioneren indicatiestellers echter als bondgenoten in de persoonlijke en sociale strijd. Zij doen dit door mensen te ondersteunen in de articulatie van wat zij willen bereiken, welke belemmeringen zij hierbij ondervinden en hoe deze belemmeringen het hoofd geboden kunnen worden.
- *Ondersteuning bij communicatie*. Tijdens de indicatiestelling moet de visie van de persoon in kwestie gehoord worden, zeker ook indien deze persoon problemen ondervindt op het gebied van communiceren. Er kan niet volstaan worden met het ondervragen van een mantelzorgverlener; een ouder, partner of kind (tegenstrijdige belangen). Ook kunnen oudere burgers zich terughoudend opstellen met het uitdrukken van hun behoeften, uit angst dat zij hun huis moeten verlaten en op grond van een hele reeks andere vooronderstellingen.
- *Ontwikkeling en instandhouding van een dialoog*. Deze vaardigheid dient intensief geoefend te worden. Tot dusver lijken indicatiestellers vooral geleerd te hebben om binnen enkele minuten de inbreng van een cliënt te interpreteren binnen de eigen traditioneel professionele kaders, en van een etiket te voorzien. Informatie die niet hierin past, valt verder buiten het indicatiestellingproces. Zij passen op deze manier censurering toe.

Door indicatiestellers te ondersteunen in hun empowerment, faciliteren we de empowerment van hulpvragende burgers.

Top down kan de empowerment van indicatiestellers versterkt worden via morele en praktische steun vanuit de eigen sociale context, de centrale overheid, het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) en zorgfinanciers, zorgaanbieders en reguliere opleidingen. Genoemde partijen zullen garant moeten willen staan voor enkele randvoorwaarden om de ideale indicatiepraktijken te realiseren. Het gaat om de intentie om het burgerschap van hulpbehoevende burgers centraal te stellen in indicatieprocedures, om verzamelde informatie over niet erkende hulpbehoeften en gewenste hulpbronnen bij strategische beleidsplanning te betrekken, om indicatiestellers meer professionele body te geven en om de zorgindicatie los te koppelen van de verzekeringsaanspraak.

Zonder aangegeven bottom up en top down aanpak zal de gewenste kanteling bij indicatiestellers niet (kunnen) plaatsvinden.

1.6 Beziëld bezig zijn met indicatiestelling anno 2005

Het einde van mijn denkexercitie over indicatiestelling komt in zicht. Als cliëntvertegenwoordiger, cliënt en disability studies onderzoeker, functionerend op het kruispunt van verschillende beleidsnetwerken en (sociale) zorgarrangementen, voel ik me nagenoeg onzichtbaar. Geschetste brede kennis en inzichten heb ik verworven door de persoonlijke en sociale strijd aan te gaan met ervaren fysieke beperkingen en sociale, maatschappelijke en culturele barrières. Voor deze ervaringsdeskundigheid op het gebied van indicatiestellingprocessen heb ik zwaar betaald. Onverlet mijn kennis van zaken en mijn mondige houding, bleven vernederende en onderdrukkende ervaringen mij niet gespaard. Empowerment ervaar ik door dit alles te delen met mijn naasten en met situatie- en bondgenoten. Deze relaties voeden voor een belangrijk deel mijn beziëling. Een ander stukje beziëling komt voort uit mijn fascinatie voor de concepten ‘afhankelijkheid’ en ‘onafhankelijkheid’. Steeds meer raak ik doordrongen van de paradox die er op zorgbeleidsgebied bestaat tussen hulpbehoevendheid en eigen regie. ‘Ernstig hulpbehoevend zijn’ betekent in de ogen van veel zorgprofessionals dat je niet meer in staat bent om zelf aan te geven wat je nodig hebt, hoe je een probleem wilt oplossen en hoe je wilt leven. Daarom dienen bij voorkeur medische experts te bepalen wat passende zorg en ondersteuning voor je is.

Intussen hanteert de overheid te pas en te onpas het principe van de ‘eigen verantwoordelijkheid’. Onder deze noemer schuift dit kabinet zoveel mogelijk problemen af op de burgers. Wie ondanks ernstige hulpbehoevendheid toch mentale, emotionele en existentiële zelfredzaamheid vertoont, geldt in sociale zorgkringen al gauw als verdacht. ‘De regie vasthouden’ terwijl je hulpbehoevend bent, betekent dat je in een *Catch 22* positie terechtkomt. Het thema van de eigen regie zal de komende jaren zeker de debatten over indicatiestellingen blijven beheersen.

Wat frappant is aan de agenda van deze debatten, is dat wel vaak gesproken wordt over de fragmentatie van de zorg en voorzieningen, maar zelden over de fragmentatie van indicatiestellingen. En al helemaal niet over de vraag wat hiervan de impact is op de kwaliteit van leven van burgers die dat allemaal moeten ondergaan. Het stelselperspectief is de bril waarmee indicatiëproblematiek alom waargenomen en geanalyseerd wordt. Vanuit dit perspectief zien dominante partijen drie zorgregimes. Aan de ene zijde onderscheiden zij het AWBZ-zorg-wonen-welzijn regime, aan de andere zijde het gezondheidszorgregime en aan de overzijde het sociale zekerheidsregime. Volgens dit kabinet is er op deze terreinen een te ruim stelsel van aanspraken ontstaan. Primair doel is om het stelsel beheersbaar, betaalbaar, bestendig en solidair te laten blijven. Met behulp van positieve en negatieve incentives worden maatschappelijke organisaties, dienstverleners en burgers geprikkeld om hier hun steentje aan bij te dragen. In het heersend denken zijn zij de instrumenten om aangegeven sociale arrangementen binnen de perken te houden. Of en hoe deze arrangementen bijdragen aan het eigen levensperspectief en

maatschappelijke participatie van individuele burgers, valt buiten het kader van de huidige politiek-bestuurlijke orde. Het heersend denken is dat 'als je niet gewoon kunt meedoen, dan moet je de oorzaak daarvan bij jezelf zoeken en daar iets aan doen.' Het kabinet predikt: 'The Lord helps those who help themselves'.

Met dit essay hoop ik het bewustzijn van landelijke politici, bestuurders, zorgaanbieders en onderzoekers te prikkelen, en door te laten dringen dat gehuldigde principes dringend aan verandering toe zijn.

We moeten streven naar een samenleving die strijdt om naar iedere burger toe rechtvaardig te handelen, een samenleving die rechten en aanspraken van mensen respecteert en omarmt, die diversiteit hoog in het vaandel heeft, en ieder individu de moeite waard acht om je voor in te zetten.

"What we do to the disabled today, we will have done to ourselves for tomorrow"
(Nancy Crewe, 1983, 2001;34).

Literatuur

- 1 Barnes C., Oliver M., Barton L. Disability Studies Today. Polity Press. Cambridge UK 2002.
- 2 Bellemakers C. Hoe modern is de AWBZ? Over maatschappelijke participatie van lichamelijk gehandicapte burgers onder de vernieuwde AWBZ. Zorg & Financiering 2004.
- 3 Bellemakers C. Waar blijft de eigen regie? Indicatiestelling door RIO verre van onafhankelijk. Versie, tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek. nr.1, maart. Koninklijke van Gorkum BV Assen 2001.
- 4 Bellemakers C. Disability Manager. Over Disability Management om maatschappelijk te participeren. Gepubliceerd door Elsevier als Cahier bij Versie nr 4 1999.
- 5 Bellemakers C. Het washandje als meetinstrument. Er is verschil tussen zorg verlenen en een dienst verrichten. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 1998;21:650-53.
- 6 Bellemakers C. Empowerment van mensen met een functiebeperking. Empowerment, eigenmachtig worden in de hulpverlening. NIZW Utrecht (p 67-78) 1998.
- 7 Bellemakers C, Houten van D. Het leven en de zorgen van mensen met een chronische ziekte. In: Tijdschrift voor Praktische Humanistiek 1996;2:12-24.
- 8 Bellemakers C. Patiënt en Indicatiestelling. NRV Magazine 1995;2;1.
- 9 Brisenden S. A Charter for Personal Care. Progress,16, Disablement Income Group, London 1989.
- 10 College van Zorgverzekeringen. Rapport Toekomst AWBZ, Diemen aug. 2004.
11. Crewe N.M., Zola I.K. Independent Living for physically disabled people, Universe.com. Inc, San Jose New York, Lincoln Shanghai 1983, 2001.

12. Crow L. Including all of our lives: Renewing the social model of disability. 1996.
13. Dijkman K. (ed.). De Rode Loper. De kracht van mensen met een arbeidshandicap in twaalf persoonlijke verhalen. Uitgave van de Commissie Arbeidsgehandicapten & Werk, uitgeverij SWP, Amsterdam 2003.
14. Hoorn E. van e.a. De Kleine Zelfbeschikking en de herovering van Vraagsturing. Essays over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing. IGBP Amsterdam 2003.
15. Houten D. van. De standaardmens voorbij. Over zorg, Verzorgingsstaat en Burgerschap. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 1999.
16. Houten D. van. De gevarieerde samenleving. Over diversiteit en gelijkwaardigheid. De Tijdstroom, Utrecht 2004.
17. Houten D. van, Bellemakers C. Equal Citizenship for All. Disability Policies in the Netherlands: empowerment of marginals. Disability & Society 2002;17;16:171-85.
18. Janssen K. Blijvende strijd om de regie. GLANS! Het persoonsgebonden budget toen, nu en straks. Per Saldo Utrecht 2001.
19. Jacobs G. De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk. SWP Amsterdam 2001.
20. Lens P. (red). Zieke dokters. Uitg. Van der Wees, Utrecht 1999.
21. Lister R. Citizenship. Feminist Perspectives. London Macmillan 1997.
22. Longmore P.K. Why I burned my book and other essays on disability. Temple University Press. Philadelphia 2003.
23. Morris J. Community care: working in partnership with service users. Venture press Birmingham 2003.
24. Morris J. (ed). Encounters with Strangers: Feminism and Disability. The Women's Press Ltd Namara Group, London 1996.
25. Morris J. Independent Lives. Community care and disabled people. Macmillan press ltd London 1993.
26. Morris, J. Pride against Prejudice. Transforming Attitudes to Disability. The Women's Press Ltd Namara Group, London 1991.
27. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Nota Indicatiestelling. Zoetermeer, januari 1990.
28. Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Nota Indicatiestelling en Zorg op Maat. Zoetermeer, oktober 1994.
29. Oliver M. Understanding Disability. From Theory to Practice. MacMillan, Basingstoke 1996.
30. Pfeiffer D. The Philosophical Foundation of Disability Studies. Disability Studies Quartely 2002;22;2:3-23. (www.cds.hawaii.edu)
31. Postma A. Zonnebloem. Algemeen Dagblad, 3 juni 2004.
32. Scotch R.K. Paradigms of American Social Research on Disability: What's New? Disability Studies Quartely 2002;2:23-34. (www.cds.hawaii.edu)
33. Stone D. The disabled state. Temple University Press, Philadelphia U.S. 1984
34. Storm-Bosch J. Zorg zonder ziel. Zorgvisie nr. 5, Aan den Lijve p.8.

35. Wijnen A. van Concept-advies 99-01. Gehandicaptenstudies in ontwikkeling. College van Advies, Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad, Utrecht 1999.
36. Zola I.K. Missing Pieces: a chronicle of living with a disability. Temple University Press, Philadelphia 1982.
37. Zwetsloot C., Zwetsloot H. Theo Zwetsloot. Tienduizend dagen strijd in een rolstoel. Kodiak, Hilversum 2001.
38. www.kantel.nl

2 De zorgvrager in de nieuwe ontwikkelingen van de AWBZ

Tineke van Ee, oud-directeur Strategie en Ontwikkeling RIO Fryslân

2.1 Inleiding

De modernisering AWBZ, de ontwikkeling van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de wijzigingen in de werkwijzen bij indicatiestelling zullen voor de zorgvrager vergaande gevolgen hebben. Tot nu toe klinken er alleen maar positieve geluiden uit de kring van zorgvragers. Wellicht heeft dat te maken met het feit dat de informatie zich beperkt tot hoofdlijnen en uitgangspunten. Snelheid, protocollering, rechtsgelijkheid en functiegericht in plaats van aanbod gericht, daarmee kan eenieder instemmen. De uitwerking van deze uitgangspunten vindt op dit moment vooral achter de schermen plaats. Meestal nog niet in de praktijk maar achter het bureau. De trajecten van implementatie die hieraan zijn verbonden worden echter zo voortvarend aangepakt, dat het de vraag is of de uitgewerkte modellen een redelijke experimenteerfase zullen doormaken. De kans is aanwezig dat de zorgvrager pas werkelijk in de gaten heeft wat de veranderingen betekenen op het moment dat deze al zijn vastgesteld en doorgevoerd.

2.2 De ontwikkeling van de indicatiestelling

Indicatiestelling door een onafhankelijk orgaan is tot stand gekomen door lobby vanuit de cliëntorganisaties. De zorgvrager moest in de gelegenheid gesteld worden om zelf vorm te geven aan de zorg die hij nodig had. Daarvoor was het van belang dat die zorgbehoefte onafhankelijk van de belangen van de zorgaanbieder werd vastgesteld.

In 1998 werden de RIO's opgericht. Landelijk beleid, waarbij de gemeenten verantwoordelijk werden voor de uitvoering. Dicht bij de burger en aansluitend op gemeentelijk beleid. Al snel bleek dat de wijze van indicering zo dicht bij het aanboddenken lag, dat de onafhankelijkheid door veel zorgvragers niet als zodanig werd ervaren. Dat was het eerste probleem van de indicatiestelling. Zo was het indertijd mogelijk dat een zorgbehoefte persoon die naar het verzorgingshuis wilde, een afwijzende beslissing van het RIO kreeg. Het RIO was van mening dat de zorg die de persoon nodig had niet in het verzorgingshuis hoefde te worden geboden. De klant moest voor zorg thuis opnieuw een indicatie aanvragen. Al snel

kwam hierin een omslag. Er was dan weliswaar bij de eerste aanvraag geen sprake van een verzorgingshuis, maar wel van allerlei andere vormen van zorg die thuis geboden konden worden. Geen afwijzing dus, maar een indicatie voor die zorgproducten die wel noodzakelijk waren.

Het Persoons Gebonden Budget (PGB) vormde een tweede probleem voor de indicatiestelling. De indicaties zoals die werden vastgesteld, pasten niet in een vaststelling voor budgetten voor PGB. Er waren verschillende soorten PGB mogelijk, die elk een eigen indicatietraject kenden: voor verpleging en verzorging, voor verstandelijk gehandicaptenzorg en voor de geestelijke gezondheidszorg. Derde punt was dat indicatiestelling AWBZ een op zichzelf gerichte activiteit vormde. Er werd nauwelijks gekeken naar andere vormen van zorgverlening of zorgondersteuning. Voor de klant betekende dat meerdere trajecten voor naast elkaar lopende voorzieningen. Soms betekende het ook een overlap in tegenstrijdige trajecten. Zo kon het voorkomen dat een persoon op de wachtlijst stond voor opname in een instelling, terwijl er tegelijkertijd een aanvraag liep voor vergaande aanpassingen aan de woning waar de cliënt (wellicht nog maar kort) woonde.

Binnen de modernisering AWBZ werd de stap gezet van Aanbodgericht indiceren naar Functiegericht indiceren. Binnen het functiegericht indiceren is ook geïntegreerde beoordeling van de totale zorgbehoefte van de klant een uitgangspunt, wat wil zeggen dat het onderzoek niet beperkt is tot het AWBZ-deel, maar dat er ook nagegaan wordt wat er eventueel verder nodig is. Het functiegerichte indicatietraject doet dus uitspraak over de totale zorgbehoefte van de klant en beoordeelt welke delen van de benodigde zorg in aanmerking komen voor AWBZ-financiering. Andere vormen van zorgverlening of -ondersteuning kunnen in het dossier van de klant geduid worden. Met een dergelijke indicatiebeschikking kan de klant naar zorgaanbieders om te kijken waar en van wie hij de zorg wil ontvangen. De klant bepaalt, binnen de marges van de indicatiestelling, zelf wat hij wil.

2.3 Indicatiestelling onder CIZ-regie

Vanaf 1 januari 2005 is de verantwoordelijkheid voor indicatiestelling verlegd van de gemeenten naar het landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ heeft zich ten doel gesteld de snelheid van indiceren flink te verhogen. Het aantal indicaties dat per medewerker wordt behandeld zal van 550 naar 900 worden gebracht. Een groot aantal indicatietrajecten wordt geprotocolleerd en gemandateerd naar de zorgaanbieder.

De zestien regionale bureaus van het CIZ krijgen een belangrijke rol als toegangspoort tot zorg toebedeeld, maar moeten die rol vervullen in de helft van de tijd die nu beschikbaar is. De klant kiest al een zorgaanbieder voordat hij de indicatie krijgt. Deze zorgaanbieder verzamelt de benodigde informatie binnen vastgestelde protocollen en stelt de indicatie.

De mandatering van indicatiestelling aan zorgaanbieders zal betekenen dat in de meeste gevallen de beoordeling van de zorgbehoefte door een RIO-medewerker beperkt blijft tot het achteraf toetsen van informatie die de zorgaanbieder aanlevert.

Slechts incidenteel zal het RIO zelf onderzoek verrichten. De cliëntregistratie bij het RIO wordt hoofdzakelijk gevuld met informatie zoals die door de zorgaanbieder wordt verstrekt. De registratie kan daarmee dan ook niet meer worden gezien als de basisinformatie op grond waarvan de indicatiesteller een onafhankelijke beoordeling kan geven.

Het CIZ zal een UWV-constructie krijgen. Een aanduiding van de toekomst die de nodige onrust veroorzaakt. Tot nu toe blinkt het UWV niet uit in zorgvuldigheid, transparantie en individuele beoordeling. Kort geleden is een onderzoek gepresenteerd waaruit blijkt dat de blik binnen deze organisatie vooral gericht is op aantallen. Aantallen dossiers die verwerkt moeten worden. De inhoudelijke beoordeling heeft daar fors onder te lijden.

Zorg onderscheidt zich van andere wet- en regelgeving omdat bij het vaststellen van de zorgbehoefte niet enkel objectiveerbare informatie een rol speelt. De stoornis, handicap of ziekte is niet de enige maat waarop beoordeling plaatsvindt. De sociaal-maatschappelijke omgeving van de zorgvrager en de individuele mogelijkheden om binnen beperkingen toch optimaal te functioneren zijn eveneens van belang. Het gaat om het beoordelen van de zorgbehoefte van de klant binnen zijn sociale context en leefeenheid.

2.4 De rol van zorgaanbieders

Zorgaanbieders worden ten opzichte van elkaar in een concurrentiepositie geplaatst. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat hij klanten aan zich bindt op grond van goede dienstverlening, klantgerichte zorg en scherpe prijs-kwaliteitverhouding. De cliënt kan zich op deze markt oriënteren voordat hij een keuze maakt voor een bepaalde zorgaanbieder. De uitwerking van het concurrentiemodel in de praktijk is echter anders. Veel geld en energie wordt door zorgaanbieders besteed aan 'het binnenhalen van klanten'. Er worden klantadviseurs benoemd, die de cliënt met 'onafhankelijk' advies rechtstreeks naar de eigen werkgever leiden. Dure advertentiecampaagnes vertellen de klant: 'Hebt u zorg nodig? Wij regelen het voor u'. Individuele personen worden benaderd met de vraag welke zorg ze denken nodig te hebben. Niet voor niets wordt aan het RIO de vraag gesteld waarom er vijf bezoeken nodig zijn voordat er een indicatie wordt afgegeven. Het was voor de klant niet duidelijk geworden dat slechts één van deze vijf bezoekers een RIO-medewerker was. De overige vier kwamen vanuit organisaties die voor deze klant graag wat wilden doen.

Zorgvragers komen er na een ziekenhuisopname achter dat opeens hun 'eigen' hulp niet meer komt. 'Nee mevrouw, u hebt ervoor gekozen om van deze zorgaanbieder de zorg te ontvangen'. In de afhankelijke positie van ziekenhuispatiënt heeft de cliënt ingestemd met wat hem werd voorgedragen.

2.5 Vrije keus voor de zorgvrager?

Eigenlijk zou elke Nederlander zich, zolang hij nog goed gezond is, moeten verdiepen in de manier waarop hij zorg zou willen ontvangen als hij van zorg afhankelijk zou worden. Maar zolang hij gezond is, is dat iets waar hij niet over na wil denken. Het gevolg hiervan is dat veel zorgvragers opeens in de situatie geplaatst worden waarin zij zorg nodig hebben en dan eigenlijk te weinig weten om een echte keuze te kunnen maken. Op dat moment zijn ze meestal in een situatie waarin ze beïnvloedbaar zijn, en laten ze zich leiden door adviezen uit de omgeving.

Ruim de helft van de zorgvragers bij het RIO is ouder dan 80 jaar. Nog eens 25% is ouder dan 65 jaar. De grootste groep zorgvragers bevindt zich dus in een hoge leeftijdsklasse. Een groep waarvoor duidelijkheid en transparantie extra belangrijk is.

2.6 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ heeft in de afgelopen decennia een grote wijziging ondergaan. Van een wet die enkel bestemd was voor onverzekerbare risico's, is hij uitgegroeid tot een wettelijke regeling waarbinnen bijna elke vorm van zorg en hulp mogelijk is. Ook zorg die mensen normaal gesproken zelf regelen. Mede hierdoor is de wet veranderd in een niet te voorzien financieel probleem voor de overheid. Ook vergrijzing en individualisering spelen hierin een grote rol. In de komende jaren zal de AWBZ worden teruggebracht naar haar oorspronkelijke doelstelling. Een wettelijke regeling die onverzekerbare risico's kan opvangen. Het gaat dan om langdurige, complexe zorgbehoefte, praktisch altijd gekoppeld aan zorg in een verblijfsinstelling. Deze wijziging zal gelijk oplopen met het in werking treden van de WMO. De opzet is om de procedures voor de AWBZ-indicatiestelling verder te vereenvoudigen, een trend die al sedert 2002 te onderkennen is. Zo was het in Z.O. Friesland mogelijk om van 2002 naar 2004 het percentage standaardroutes terug te brengen van 60% naar 30%, onder gelijktijdige verhoging van de percentages voor directe en verkorte procedures, die minder tijd kosten voor zorgvrager en voor indicatiestellers.

De zorgfuncties

De functie zegt iets over de aard en inhoud van de zorgvorm waar een zorgvrager recht op heeft. Op zich zegt de functie niets over de plaats waar die zorg geboden moet worden. Die kan zowel thuis als in een instelling plaatsvinden. Verblijf is hierbij een eigen functie die apart gewogen wordt.

Geïntegreerde beoordeling van de zorgvraag

De geïntegreerde beoordeling heeft twee kanten. De totale zorgbehoefte van de klant wordt in beeld gebracht, zodat de zorg die nodig is vanuit verschillende invalshoeken in relatie tot elkaar kan worden beoordeeld. Zo kan bijvoorbeeld de vraag naar een verblijfsindicatie worden afgewogen tegen de mogelijkheden van een

aanpassing aan de woning. Vanuit een volledig cliëntdossier kunnen vervolgvragen in het licht van de totale cliëntinformatie snel beoordeeld worden. Dit kan de indruk wekken dat elke cliënt volledig moet worden doorgelicht voordat er een indicatiebeschikking kan worden afgegeven. Dat is niet het geval. Een indicatiesteller besluit slechts dan tot een volledig onderzoek als daarvoor aanleiding is, als er sprake is van complexe problematiek of een complexe sociale omgeving. In de meeste gevallen beperkt het onderzoek zich tot het verzamelen van die informatie die nodig is om de vraag van de klant te kunnen beoordelen.

2.7 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

De WMO zal naar verwachting in 2006 worden ingevoerd. Binnen deze wet zullen gemeenten een belangrijke taak krijgen bij het vormgeven aan een breed pakket van voorzieningen voor burgers in hun gemeente. Deze taak zal ten minste de WVG, de welzijnsvoorzieningen en grote delen uit de AWBZ bevatten. Binnen een landelijk vastgesteld raamwerk zullen gemeenten een bepaalde vrijheid hebben om zelf invulling te geven aan dit pakket, aangepast aan de omstandigheden van de gemeente. Dit is vergelijkbaar met de wijze waarop nu invulling wordt gegeven aan de WVG.

Naar schatting 75% van de aanvragen zal niet langer een RIO-indicatie nodig hebben. De zorg zal via de WMO of de zorgverzekeraar worden verstrekt. Op welke manier deze twee gaan vaststellen welke zorg de cliënt nodig heeft, is nog onduidelijk. Als er een strikte scheiding komt tussen het indicatietraject van het RIO en de vaststelling van recht op zorg door gemeenten en zorgverzekeraar, dan zal een zorgvrager opnieuw terecht komen bij verschillende loketten, trajecten en registratiesystemen en te maken krijgen met verschillende deskundigen die zijn verhaal willen horen. Eén van de verworvenheden van geïntegreerd werken is dat bij een vervolgindicatiestelling verder kan worden gewerkt met reeds aanwezige informatie. Op het moment dat de informatie omtrent de zorgvrager opnieuw over meerdere instanties versnipperd wordt, zal de bureaucratie toenemen.

De klant centraal

Uitgangspunten van indicatiestelling bij het RIO zijn: vraaggericht, geïntegreerd, onafhankelijk, objectief, functiegericht en deskundig. Of deze uitgangspunten ook in de nieuwe praktijk gerealiseerd kunnen worden, zal afhangen van de manier waarop de verschillende verantwoordelijke instanties samenwerken dan wel elk een eigen plan gaan trekken. Het CIZ heeft de opdracht zorg te dragen voor indicatiestelling voor AWBZ. Omdat geïntegreerd werken hierbij altijd een van de uitgangspunten is geweest, biedt het CIZ nu aan gemeenten aan om de indicatieadvisering-WVG op zich te nemen. Of ditzelfde straks geldt voor de indicatiestelling-WMO is nog niet uitgesproken. Een andere mogelijkheid is dat de gemeenten serieus werk maken van het neerzetten van professionele loketten waarbinnen de aanmelding voor de verschillende indicatietrajecten kan plaatsvinden. Als binnen het loket zowel de deskundigheid van RIO als van WVG (en in de toekomst cliëntondersteuning,

WMO en wellicht wachtlijstbeheer) aanwezig zijn, dan kan een doorschakeling naar een ander traject snel worden gerealiseerd.

Als de verschillende disciplines werken met één registratiesysteem in het loket, dan kan ook de snelheid van handelen gewaarborgd blijven. Deze tweede optie vraagt om goede samenwerking in de komende ontwikkelingen rond toegang tot zorg. Het Friese project *Foar Elkoar*, waar ik werk, geeft in zijn modeltraject *Vernieuwing AWBZ* een richting aan die deze laatste mogelijkheid tot realiteit kan ombuigen.

3 Vereenvoudiging van indicatiestelling op de agenda

Nico Dam, Chantal IJland, medewerkers van het bureau HHM[⊗]

3.1 Proloog: een inleiding

In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van de ‘vereenvoudiging van indicatiestelling’ beschreven. Vanuit het perspectief van externe begeleiders van dit proces komen achtereenvolgens aan de orde: de aanloop, de aanleiding, de voorzet, de campagne en het resultaat. Inmiddels is duidelijk dat onder leiding van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dat vanaf 1 januari 2005 de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling van de gemeenten overneemt, de vereenvoudiging van de indicatiestelling leidend is geworden bij het herontwerp van het primaire proces van indicatiestelling.

Wij schrijven dit hoofdstuk op grond van onze persoonlijke ervaringen. In diverse opdrachten, voor het Ministerie van VWS, voor de Taskforce RIO's en voor het CIZ, hebben we aan deze ontwikkelingen een bijdrage mogen leveren. Daarbij is onder andere intensief samengewerkt met indicatiestellers van verschillende RIO's en met de beleidsmedewerkers van de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO). Van de meeste opdrachten is een rapportage gemaakt die bijvoorbeeld via www.opkopzorg.nl openbaar werd gemaakt. Dit hoofdstuk bundelt die uitkomsten in chronologische volgorde tot een geheel.

3.2 De aanloop: een stukje geschiedenis

Bij alle negatieve geluiden over het RIO, lijkt wel eens vergeten te worden dat het RIO nog maar kort bestaat. Met de invoering van het Zorgindicatiebesluit (ZIB) op 1 januari 1998 werden de gemeenten verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor de AWBZ. Aanvankelijk alleen voor de sector Verpleging & Verzorging (V&V), later ook voor de Gehandicaptenzorg (GZ) en delen van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Voor die tijd waren het de zorgaanbieders zelf die bepaalden wie wel en wie niet en hoeveel zorg iemand kreeg: de zogenaamde intake.

⊗ Hoeksma Homans & Menting, organisatieadviseurs BV (bureau HHM) uit Enschede is sinds 1979 actief in de gezondheidszorg met onderzoek, advies en projectleiding. Beide auteurs zijn als senioradviseurs aan HHM verbonden.

Het ontstaan van wachtlijsten werd mede geweten aan deze vorm van indicatiestelling. Er werd gedacht dat door de oprichting van het RIO de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling het belang van de cliënt kon versterken. Het recht op zorg gold wanneer dat door het RIO was vastgesteld. De vraag is wat er werkelijk veranderde door de komst van de RIO's, nu zij voor een belangrijk deel de indicatiestellers vanuit de thuiszorg en die van de oude WBO-commissies (Wet op Bejaardenoorden) overnamen.

Binnen RIO-land werd het ontwikkelen van de uniformiteit een doelstelling. Verschillende betrokkenen, verenigd in het Breed Indicatie Overleg, ontwikkelden een protocol voor de indicatiestelling. Dit BIO-protocol beschreef op welke wijze een indicatieaanvraag in een besluit kon worden omgezet. (Eerst was er sprake van een *advies*; na een gerechtelijke uitspraak werd dit een *besluit* in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht). In dit protocol was sprake van een aantal verschillende indicatietrajecten, de BIO-routes. Hierbij werd onderscheid gemaakt in de activiteiten die door het RIO werden ondernomen om de aanvraag in een besluit om te zetten. Bij de *directe afhandeling* kon met de aangeleverde informatie direct een besluit worden genomen. Wanneer er navraag moest worden gedaan, bijvoorbeeld bij de cliënt of diens huisarts, werd dit een *verkorte procedure* genoemd. Wanneer het voor de afhandeling noodzakelijk was dat er een huisbezoek werd afgelegd, was het een *standaardroute*, en aanvragen die mede door een multidisciplinair team werden beoordeeld werden afgehandeld via de *uitgebreide route*. Dan was er nog de *bijzondere route* wanneer er speciale handelingen moesten worden verricht en extra onderzoek noodzakelijk was.

Hoewel dit BIO-protocol en de bijbehorende BIO-routes door alle RIO's werden overgenomen, leidde dit niet tot eenduidige afhandeling. Uit promotieonderzoek in 2002 (Jörg, 2003) bleek bijvoorbeeld dat de indicatiesteller een belangrijker voorspeller was voor de uitkomst van de indicatie dan de zorgvrager en diens zorgvraag. In de eerste jaren van de RIO's werd bovendien de standaardroute gezien als meest informatieve route. Deze werd dan ook bij het grootste deel van de indicaties toegepast (Dam en Van Velzel, 2003), terwijl het aantal aanvragen voor een indicatie een geweldige groei te zien gaf.

Eén van de gevolgen hiervan was dat er bij de indicatiestelling achterstanden begonnen te ontstaan. Deze werden in kaart gebracht bij de eerste landelijke wachtlijstmeting in de sector Verpleging & Verzorging (peildatum 15 mei 2000) en daarna periodiek geïnventariseerd. De term 'wachtlijsten' werd zorgvuldig gemeden als het ging om indicatiestelling. Het was immers mede een beleidsmatig ingegeven keuze van de RIO's om bepaalde aanvragen langer te laten liggen, bijvoorbeeld voor verzorgingshuizen, omdat er in de praktijk voor opname in die huizen toch lange wachtlijsten bestonden. Tegelijk werden aanvragen voor zorg die geen uitstel konden lijden, doorgaans wel snel afgehandeld.

Hiermee zijn twee belangrijke elementen uit de beeldvorming van de RIO's geschetst: geen kwaliteit en eenduidigheid en onaanvaardbare achterstanden.

3.3 De aanleiding: functiegerichte indicatiestelling

De modernisering van de AWBZ kreeg een flinke impuls toen door een rechter werd uitgesproken dat een indicatie een onvervreemdbaar recht op zorg geeft, een aanspraak op zorg krachtens de AWBZ. Om de positie van de cliënt in de uitoefening van dat recht te versterken en om het verzekeringskarakter van de AWBZ te herstellen, werd bij de modernisering van de AWBZ het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA) aangepast. Vroeger stond daarin dat er een mogelijke aanspraak op bepaalde vormen van zorg bestond, aanbodgericht. Na de modernisering is de aanspraak gedefinieerd met betrekking tot de vraag. In een aantal functies is beschreven welke zorgfuncties een cliënt nodig heeft om geconstateerde beperkingen en belemmeringen als gevolg van een ziekte of handicap (de grondslag) te kunnen oplossen. Het RIO diende derhalve niet langer te indiceren op basis van het aanbod (bijvoorbeeld 'thuiszorg', 'opname verpleeghuis'), maar te onderzoeken op welke *functies* de cliënt aanspraak heeft en in welke omvang, de *klasse*. Deze wijzigingen zijn ingegaan op 1 april 2003, de datum waarop het BZA werd aangepast en in het verlengde daarvan het Zorgindicatiebesluit (ZIB).

Als gevolg van deze veranderingen deed de functiegerichte indicatiestelling (FI) zijn intrede. Daardoor was het BIO-protocol niet meer van toepassing. Er werd een nieuw protocol gemaakt en op basis hiervan een nieuwe universele set indicatieformulieren. Deze set bestond uit vier delen: deel A voor de aanvraag, deel B voor het onderzoek naar de beperkingen en belemmeringen, deel C voor de functies en klassen en D deel voor het advies wanneer er sprake was van een aanvraag in het kader van de wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Het totaal, meer dan dertig pagina's, diende in principe bij elke indicatie gebruikt te worden. De introductie van de functiegerichte indicatiestelling werd goed voorbereid. Alle bijna 2.000 indicatiestellers uit het land gingen vijf dagen op cursus, en de software van de RIO's werd aangepast aan het nieuwe protocol en de nieuwe formulierenset. Saillant detail hierbij was dat elke functiegerichte indicatie, nadat deze door het RIO was afgegeven, werd vertaald (geconverteerd) naar oude BIO termen. Dit omdat de zorgaanbieders nog altijd bekostigd werden op grond van de oude aanspraken. De functiegerichte bekostiging van zorgaanbieders wordt vanaf 2006 geïntroduceerd. Ter voorbereiding op de invoering van de veranderingen als gevolg van de modernisering AWBZ per 1 april 2003, werden op diverse terreinen modeltrajecten uitgevoerd. In deze trajecten werden onderdelen van de verandering uitgetest in het veld, om kinderziektes te ontdekken en om instrumenten te ontwikkelen die de invoering van de veranderingen konden ondersteunen. Ook op het terrein van de indicatiestelling werden, in de zomer van 2002, enkele van dergelijke modeltrajecten uitgevoerd, gericht op het werken met de nieuwe formulierenset. Tijdens de uitvoering van deze modeltrajecten met indicatiestellers van verschillende RIO's, bleek dat diverse aanpassingen in de voorgestelde formulierenset gewenst waren.

Ook bleek dat het formulier voor bepaalde eenduidige zorgvragen wel erg uitgebreid was. Wellicht kon dat eenvoudiger.

3.4 De voorzet: modeltraject gestandaardiseerde indicatiestelling

In opdracht van het Ministerie van VWS werd in het voorjaar van 2003 een aanvullend modeltraject gestart, gericht op het standaardiseren van de afhandeling van bepaalde zorgvragen. De opdracht die daarbij aan de auteurs werd verleend, was te onderzoeken welke zorgvragen voor standaardisatie in aanmerking kwamen. In overleg met medewerkers van RIO's uit verschillende delen van het land, werd hiertoe een werkgroep in het leven geroepen. Deze werkgroep bestond uit ervaren indicatiestellers die als senior indicatiesteller, beleidsmedewerker of kwaliteitsmedewerker bij een RIO dagelijks met de materie bezig waren.

Met het standaardiseren van indicaties werden de volgende doelstellingen beoogd:

- Uniformering van de indicatiestelling, waardoor mensen met een gelijke zorgvraag op een zelfde manier worden behandeld;
- Vereenvoudiging van de indicatiestelling, waardoor de indicatie doelmatiger en met minder bureaucratie kan worden uitgevoerd;
- Snellere doorlooptijden bij indicatiestelling, waardoor minder tijd tussen aanvraag zorg en start zorg.

Ter voorbereiding op de activiteiten van de werkgroep, werd een brede inventarisatie gedaan naar de typen zorgvragen die voor verkorte (snellere en directe) procedures in aanmerking kwamen bij de verschillende deelnemende RIO's. Dit leverde een lange lijst met zorgvragen op. Daarbij waren twee opvallende aspecten. Enerzijds bleek er consensus te bestaan over het type zorgvraag dat voor vereenvoudiging in aanmerking kwam. Op veel plaatsen waren voor dezelfde zorgvragen protocollen en afspraken met de ketenpartners gemaakt ten behoeve van efficiënte indicatiestelling en snelle inzet van zorg. Anderzijds viel op dat de inhoud van die afspraken nogal verschilde, zowel voor wat betreft de aard en omvang van de geïndiceerde zorg, de gevolgde werkwijze en de bijdrage van zorgaanbieders daarbij.

Binnen de werkgroep, maar ook bij de RIO's in meer algemene zin, bleek dat de opvattingen over de mogelijkheden van standaardisatie nogal uiteenliepen waar het de rol van zorgaanbieders bij het afhandelen van gestandaardiseerde indicaties betrof. Sommigen hadden geen probleem met een volledige mandatering, terwijl anderen hooguit het opstellen van een indicatieadvies door zorgaanbieders zouden willen toestaan.

Ook de term *gestandaardiseerde indicatiestelling* veroorzaakte onduidelijkheid. Met name omdat dit verwarring teweegbracht ten opzichte van de standaardroute, die door sommigen ook wel de standaardindicatie werd genoemd. Op basis van de lijst met te standaardiseren zorgvragen, werd vervolgens een inhoudelijke discussie gevoerd. Deze leidde ertoe dat voor een aantal zorgvragen een concreet standaard

indicatiebesluit (SIB) werd beschreven. In dit SIB werd, naast een korte beschrijving van de in aanmerking komende cliënten, de inhoud van het indicatiebesluit bij de betreffende zorgvraag weergegeven: functie, klasse, activiteiten. Aldus werden circa 16 SIB's gedefinieerd, voornamelijk voor zorgvragen uit de Verpleging & Verzorging, maar ook enkele voor de gehandicaptenzorg.

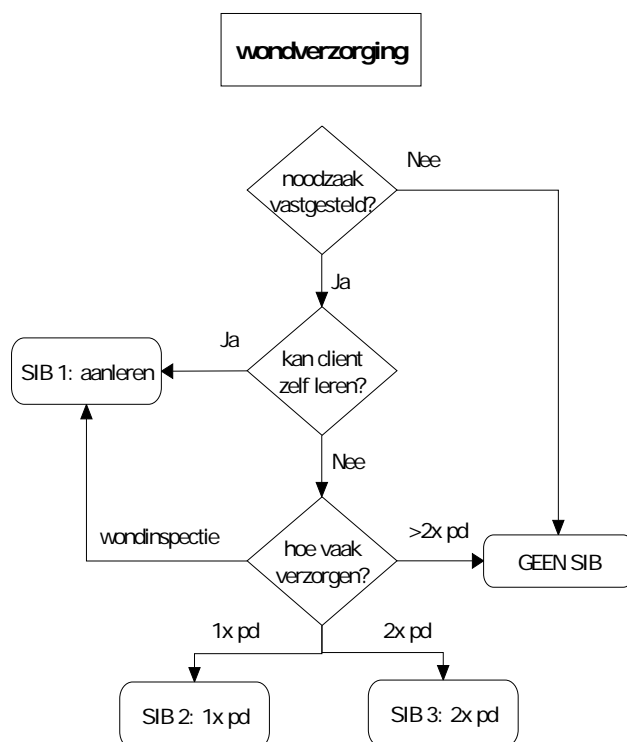
Omdat deze SIB's vooral betrekking hadden op zorgvragen waarvoor bij de meeste RIO's verkorte procedures en vergelijkbare protocollen bestonden, bestond de indruk dat het werken met deze SIB's meer aan de uniformiteit van de indicatiestelling zou kunnen bijdragen dan aan de snelheid daarvan.

De uitkomsten van dit modeltraject werden vastgelegd in een tussenrapportage (IJland en Dam, 2003). Deze rapportage werd verspreid onder de leden van het Kennisnetwerk van de Landelijke Vereniging van Indicatie organen (LVIO), met het verzoek daarop inhoudelijk te reageren. Dit heeft veel zinvolle reacties opgeleverd. De overeenkomst in alle reacties betrof het feit dat niet duidelijk was op welke wijze getoetst werd of een bepaalde cliënt met een zorgvraag waarvoor een SIB was ontwikkeld, ook daarvoor in aanmerking zou komen. Volgens de inhoudelijk deskundigen kan bij bepaalde zorgvragen, door het stellen van een beperkt aantal *smart questions*, duidelijk worden of het afgeven van het standaard indicatiebesluit in orde is of niet. Door het toevoegen van deze kernvragen zouden de SIB's aan bruikbaarheid kunnen winnen. Figuur 1 toont een stroomschema met kernvragen die leiden tot een SIB over wondverzorging.

Om de SIB's aldus verder te ontwikkelen, werd in het najaar van 2003 een brede werkconferentie georganiseerd, vooral gericht op het ontwikkelen van de *smart questions*.

Voor deze bijeenkomst werden meer dan twintig deskundigen uitgenodigd die zich uitvoerig hebben gebogen over de mogelijkheden voor vereenvoudiging van indicatiestelling. De aanwezigen hebben zich in subgroepen (gericht op de klassieke AWBZ sectoren) gebogen over de concrete uitwerking van de voorgestelde SIB's. Aan het einde van de conferentie waren van een aantal SIB's de *smart questions* ontwikkeld. Tevens was voor de aanwezige deskundigen duidelijk dat de SIB's niet de enige oplossing waren voor vereenvoudiging van indicatiestelling. Veel zorgvragen laten zich niet vangen in eenduidige termen waarvoor een SIB gemaakt kan worden. Een ruimer toepasbare oplossing kon volgens de aanwezigen gevonden worden in het maken van cliëntprofielen. In dergelijke profielen (beschrijving van veelvoorkomende zorgvragen met bijpassende *smart questions*) wordt meer ruimte geboden om de uitkomst van de indicatie aan de persoonlijke situatie aan te passen. In een SIB ligt de functie en de klasse op voorhand vast, terwijl bij een cliëntprofiel binnen bepaalde marges kan worden gevarieerd. Cliëntprofielen protocolleren het afwegingskader van de indicatiesteller.

Van de werkconferentie werd een verslag gemaakt dat aan de betrokkenen werd voorgelegd. Uiteindelijk werd begin 2004 een eindverslag van het modeltraject vastgesteld (Dam, 2004).



Figuur 1: Stroomschema

SIB 1 omvat 3 maanden de functie *Verpleging* in klasse 0; SIB 2 is drie maanden VP in klasse 2; SIB 3 omvat dezelfde functie gedurende drie maanden, maar dan in klasse 3.

3.5 De campagne: een serie startbijeenkomsten

In het najaar van 2003 werd in de Tweede Kamer de motie van mevrouw Van Miltenburg c.s. aangenomen. Daarin werd de regering verzocht de indicatiestelling voor bepaalde vormen van thuiszorg terug te geven aan zorgaanbieders en huisartsen. Dit werd vooral ingegeven door de gedachte dat RIO's veel bureaucratie veroorzaakten, waardoor de inzet van noodzakelijke zorg onnodig werd vertraagd. In haar reactie op de motie gaf de Staatssecretaris aan dat zij werkte aan de vereenvoudiging van indicatiestelling en dat daarbij de mogelijkheden van het mandateren van zorgaanbieders aan de orde zou komen. Er werd een serie regionale bijeenkomsten aangekondigd, waarin de mogelijkheden voor vereenvoudiging werden besproken met vertegenwoordigers van alle schakels van de keten, de partijen in het veld.

De term *vereenvoudiging* nam de plaats in van standaardisatie. Onder vereenvoudiging werd verstaan: kortere procedures, minder bureaucratie en meer gebruik maken van bestaande informatie bij de indicatiestelling. De kern daarvan werd gezocht in het hanteren van ontwikkelde SIB's, het ontwikkelen van nieuwe SIB's en het verder werken aan cliëntprofielen. In de uitwerking daarvan werd gezocht naar een actieve bijdrage van zorgaanbieders, omdat veel klanten immers al in zorg zijn op het moment dat zij een indicatie aanvragen. Of dat nu wel of niet met mandatering gepaard zou moeten gaan, was één van de vragen waarop een antwoord gezocht werd.

Het ministerie van VWS gaf opdracht aan de Taskforce RIO's om bijeenkomsten te organiseren, waarvoor ook de auteurs van dit hoofdstuk werden ingeschakeld. Het doel van deze bijeenkomsten was drieledig:

- 'het veld' informeren over de voorstellen tot vereenvoudigen;
- verzamelen van reacties uit het veld;
- stimuleren van partijen in de regio om concrete werkafspraken te maken, waarmee tot uitvoering van de voorstellen over zou worden gegaan.

Vanwege dit laatste aspect werden bijeenkomsten aangekondigd als 'startbijeenkomsten'.

Ten behoeve van de uitvoering van de bijeenkomsten werd samenwerking gezocht met de LVIO en met het Julius Centrum van de Universiteit van Utrecht. Door dit instituut was onderzoek verricht naar de indicatiestelling bij ziekenhuistransfers, wanneer patiënten na een ziekenhuisopname thuis vervolgzorg nodig hebben. In deze vorm van indicatiestelling lag een belangrijke mogelijkheid voor de verdere vereenvoudiging van de indicatiestelling.

Voor de serie bijeenkomsten, één in elke zorgkantorregio, werd een algemene agenda opgesteld. De bijeenkomst begon met een presentatie namens de Taskforce, waarin de ideeën voor vereenvoudiging (met name de SIB's) werden toegelicht. Vervolgens presenteerde het Julius Centrum een aantal concrete voorstellen voor het vereenvoudigen van de ziekenhuistransfers. Daarna was er voor de RIO's uit de betreffende regio gelegenheid om de eigen inzichten met betrekking tot de gepresenteerde voorstellen te verwoorden. Tot slot was ruimte gereserveerd om met de aanwezigen te discussiëren over de voorstellen. Aldus kon het drieledig doel van de bijeenkomsten worden behaald.

In totaal werden 29 bijeenkomsten georganiseerd in de periode half februari tot eind maart 2004. Uitnodigingen werden verzonden aan alle RIO's, zorgaanbieders (V&V), zorgkantoren, huisartsenorganisaties, ziekenhuizen en regionale patiëntenplatforms. De bijeenkomsten werden zeer goed bezocht. Uiteindelijk hebben meer dan 1.600 mensen kennis kunnen nemen van de ideeën voor vereenvoudiging.

In de periode van de bijeenkomsten verschenen twee publicaties die de vereenvoudiging als onderwerp hadden: het tweede advies van de commissie-Buurmeijer (Vereenvoudiging Indicatiestelling AWBZ, 2004) en een notitie van de LVIO (Eenvoudige Toegang tot de Zorg, 2004). In beide documenten werd ingegaan

op de noodzaak tot het vereenvoudigen van de indicatiestelling voor bepaalde zorgvragen, waarbij dat mogelijk is.

Eveneens werd in beide documenten aangegeven dat vereenvoudiging in bepaalde situaties mogelijk is wanneer goed gebruik wordt gemaakt van informatie over de cliënt, zoals die bij zorgaanbieders bekend is. In een bijlage bij de notitie van de LVIO werd een model uit Friesland gepresenteerd, dat grotendeels op de inmiddels ontwikkelde SIB's was gebaseerd. De LVIO stelde in deze notitie voor, niet meer te spreken van standaard besluiten, maar van standaard indicatieprotocollen (SIP's). Dit voorstel werd nog tijdens de bijeenkomsten, die werden georganiseerd na de publicatie van de notitie, overgenomen.

De algemene conclusie van de serie startbijeenkomsten was dat het onderwerp 'vereenvoudiging' breed werd gedragen; weerstand werd nauwelijks aangetroffen. In een aantal regio's werden afspraken gemaakt om de gepresenteerde voorstellen voor vereenvoudiging, maar ook aanvullende andere alternatieven, te gaan implementeren. Vanwege een sterk wisselend regionaal tempo en wisselende invalshoeken, werd op basis van de bijeenkomsten aanbevolen te gaan werken aan een landelijk instrumentarium (modellen, meer protocollen). Ook werd aanbevolen de mogelijkheden van moderne technische toepassingen (zoals digitale communicatie en internetvoorzieningen) bij de vereenvoudiging te onderzoeken. Deze en andere conclusies en aanbevelingen werden beschreven in een rapportage over de serie bijeenkomsten (Dam & IJland, 2004).

3.6 Het resultaat: vereenvoudiging op de agenda

Ongeveer op het moment van verschijnen van de rapportage over de startbijeenkomsten, werd het nieuwe Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) ingericht. Dit centrum is een rechtstreeks gevolg van het eerste advies van de commissie onder leiding van de heer Buurmeijer. In dit advies werd geconcludeerd dat veel van de bij de RIO's ondervonden problemen (mede) het gevolg waren van het feit dat deze onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vielen. De commissie adviseerde daarom de indicatiestelling te centraliseren door de oprichting van één landelijk indicatieorgaan.

Het CIZ is op 1 april 2004 begonnen met haar werkzaamheden. Vanaf 1 januari 2005 vallen alle RIO's en het LCIG, dat verantwoordelijk was voor de indicatiestelling voor de gehandicaptensector, onder de vlag van het CIZ. Doelstelling van deze omvangrijke transitieoperatie was, dat de indicatiestelling met meer uniformiteit en minder bureaucratie zou kunnen worden uitgevoerd. Het CIZ heeft daarbij nadrukkelijk aangegeven dat de lijn van de afgelopen periode zal worden doorgezet: verder met uniformering door het hanteren van richtlijnen en protocollen, en terugdringen van bureaucratie door het zoveel mogelijk vereenvoudigen van het uitvoeringsproces van indicatiestelling. De vereenvoudiging staat dus nadrukkelijk op de agenda van het CIZ, zoals ook blijkt uit de Nieuwsbrieven van het CIZ (www.ciz.nl).

Tijdens het schrijven van deze regels (najaar 2004) werd hard gewerkt aan de nieuwbouw van het CIZ. Hierbij was een centrale rol weggelegd voor de vereenvoudiging van de indicatiestelling. Het hele uitvoeringsproces van indicatiestelling werd min of meer geheel opnieuw opgebouwd, waarbij een eenvoudige en uniforme aanpak uitgangspunt was. Hiertoe werden drie werkgroepen ingericht. Eén werkgroep ten behoeve van het uitwerken van de referentiewerkprocessen, een tweede werkgroep voor de verdere ontwikkeling van standaardisatie door middel van SIB's, beslisbomen en cliëntprofielen, en een derde werkgroep voor het uittesten van de verschillende voorstellen in diverse proefprojecten (pilots).

In een aantal van deze pilots zijn de mogelijkheden van vereenvoudigde indicatiestelling (bijvoorbeeld op basis van de SIP's) en de gevolgen daarvan voor de interne werkprocessen bij de RIO's onderzocht. De mogelijkheden voor mandatering kwamen daarbij aan de orde.

Ten behoeve van de pilots werd een website ontwikkeld voor digitale aanmelding van cliënten die in aanmerking komen voor een SIP. Dit werd vooral door zorgaanbieders als een belangrijke succesfactor gezien. Bij deze pilots was een rol weggelegd voor zorgaanbieders, die, op basis van afspraken met het RIO/CIZ, gerichte informatie aanleverden ten behoeve van de indicatiestelling. Dit in ruil voor zekerheid over de uitkomst van de indicatie. Snelle inzet van zorg, die voldoet aan de criteria van de indicatiestelling, is daarvan het gevolg.

Tegelijkertijd bleek dat, naast de genoemde pilots, veel RIO's inmiddels in eigen regio werkafspraken met zorgaanbieders hadden gemaakt om elementen van de vereenvoudiging in te gaan voeren. De vereenvoudiging van indicatiestelling staat bij veel RIO's inmiddels hoog op de agenda! Met ingang van januari 2005 zijn de SIP's dan ook onder verantwoordelijkheid van het CIZ landelijk ingevoerd.

De aard van de werkafspraken tussen zorgaanbieders en RIO/CIZ is onderwerp van onderzoek. In het 'Convenant AWBZ 2005-2007', dat het Ministerie van VWS en de koepels van zorgaanbieders op 27 augustus 2004 overeenkwamen, is sprake van 'mandaatafspraken' met zorgaanbieders (artikel 8, 1^e lid). Daarbij gaat het vooral om indicatiebesluiten met een gestandaardiseerd karakter, zoals bij niet gespecialiseerde extramurale zorg, en bij besluiten waarvoor geen advies van een multidisciplinair team noodzakelijk is. De partijen die het convenant hebben opgesteld, verwachten dat 30-50% van alle indicatiebesluiten via een mandaat aan zorgaanbieders tot stand zal komen. De vereenvoudiging van indicatiestelling staat dus ook (nog steeds) op de agenda van bestuurders en de politiek!

3.7 Epiloog: een kleine beschouwing

Wanneer je terugkijkt, zie je dat de RIO's binnen tien jaar nadat ze zijn opgericht, op zijn gegaan in het CIZ. Van een regionale aanpak onder gemeentelijke verantwoordelijkheid naar een landelijke aanpak vanuit een centrale regie. Het vak

van indicatiesteller heeft nauwelijks de tijd gekregen om zich te ontwikkelen. Toch is dat precies wat is gebeurd! De oude indicatiesteller wist op basis van professionele zorgervaring wat in een bepaald geval aan zorg nodig was. Deze zorgprofessional heeft in zeer korte tijd een evolutie doorgemaakt tot professionele indicatiesteller. De afweging om de claim op zorg te beoordelen, is grotendeels transparant gemaakt in protocollen, richtlijnen en beslisbomen. Zelfs zo transparant, objectief en toetsbaar, dat de afweging in bepaalde gevallen op basis van die protocollen kan worden overgelaten aan anderen. De indicatiesteller toetst of dit zorgvuldig gebeurt. De ontwikkeling van de vereenvoudiging van de indicatiestelling zoals hiervoor geschetst, is in feite de ontwikkeling van een professie. Meestal zullen beroepsgroepen daar meer tijd voor nodig hebben dan de indicatiestellers kregen. Toekomstige historici moeten maar uitmaken of dit goed was voor het vak. Feit anno 2005 is dat Nederland voor de toegang tot chronische zorg een uniek en transparant systeem aan het ontwikkelen is. Hoe eenvoudig dat ook lijkt!

Literatuur

1. Advies: Vereenvoudiging Indicatiestelling AWBZ; College Implementatie Indicatiebeleid; 5 maart 2004.
2. Dam, N.J. Geprotocolleerde indicatiestelling, uitkomsten werkconferentie. Bureau HHM, Enschede 20 januari 2004.
3. Dam, N.J., IJland C.M. Vereenvoudiging Indicatiestelling, verslag startbijeenkomsten. Taskforce RIO's, Enschede 28 april 2004.
4. Dam, N.J., Velzel W.A. van. Evaluatie 'Richtlijn met spoed indiceren'. Bureau HHM, Enschede januari 2003.
5. Eenvoudige toegang tot zorg. Commissie Doelmatigheid LVIO, maart 2004.
6. Jörg F. Objectivity in individual needs assessment for access to long-term care; Proefschrift Universiteit Utrecht, februari 2003.
7. IJland, C.M., Dam N.J. Tussenrapportage gestandaardiseerde indicaties binnen de sectoren Verpleging en Verzorging en de Gehandicaptenzorg. Bureau HHM, Enschede, juli 2003.

Deel 2

De goede voorbeelden

4 De cliënt staat centraal: keuzeondersteunende informatie aan cliënten ten behoeve van de indicatiestelling

Marleen Vermeer, medewerker Stichting het Klaverblad Zeeland

4.1 Het Klaverblad

Wat is Het Klaverblad

Stichting Het Klaverblad Zeeland komt op voor de belangen van gebruikers van zorg- en dienstverlening in de Provincie Zeeland. Het gaat om ouderen, mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke functiebeperking, patiënten, chronisch zieken, cliënten van de geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en verslavingszorg en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten.

Stichting Het Klaverblad Zeeland is ontstaan op voorspraak van de provincie Zeeland. Eind december 1996 werd de oprichting een feit. Patiënten- en consumentenorganisaties in Zeeland gingen per 1 januari 1997 samen verder in één Stichting, met als uitgangspunt: 'samen sta je sterker'. De eigen identiteit en entiteit van de deelnemende organisaties is daarbij behouden.

Op dit moment werken in Het Klaverblad de volgende organisaties samen:

- Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)
- Federatie van Ouderverenigingen (FvO)
- Zeeuwse Stichting voor Gehandicaptenbeleid (ZSG)
- Provinciaal Overleg- en Samenwerkingsverband Ouderenorganisaties (POSO)
- WAO-Platform Zeeland
- Regionaal Patiënten/Consumenten Platform (RPCP), waaronder de sectie GGZ/verslavingszorg en jeugdzorg

Hoe wordt doorgaans gewerkt?

Per samenwerkende organisatie, of deelsector, werken één of meer consulenten. De deelsectoren hebben elk een autonoom bestuur. Uit elk deelbestuur heeft een afgevaardigde zitting in het Klaverbladbestuur. De deelbesturen leveren vanuit de dagelijkse praktijk de bouwstenen voor het werkplan van Het Klaverblad dat door het Klaverbladbestuur wordt vastgesteld.

Het Klaverblad werkt vanuit de vraag van de klant. Er wordt zoveel mogelijk samengewerkt tussen de sectoren. De ontwikkelingen in de maatschappij vragen daar ook om. Wonen, zorg, welzijn en vervoer zijn voor alle groepen van de achterban van Het Klaverblad belangrijke onderdelen van het dagelijks bestaan. Door deze onderwerpen breed te benaderen wordt er zo efficiënt mogelijk gewerkt. Daarin maakt Het Klaverblad onderscheid tussen partners (de deelbesturen), de klanten (de onderliggende patiëntenverenigingen, werkgroepen gehandicaptenbeleid e.a.) en de doelgroep (dat is de groep waar de klanten zich op richten). Er zijn talrijke onderwerpen en vraagstukken die als doel hebben dat de cliënt er beter van wordt.

Het Klaverblad kent vijf productgroepen, namelijk belangenbehartiging, ondersteuning vrijwillig kader, individuele dienstverlening, PR en voorlichting en bouwkundige advisering in het kader van beschikbaarheid, toegankelijkheid en bereikbaarheid.

4.2 De start van het project Zicht op Zorg

De aanleiding

Individuele zorgconsumenten beschikken nauwelijks over goede informatie waarmee zij in staat zijn een keuze te maken voor een door hen gewenste of noodzakelijke zorgvorm. Informatie van afzonderlijke zorgaanbieders maakt het niet gemakkelijk het zorgaanbod te vergelijken. Daarnaast ontbreekt het zorgvragers vaak aan informatie die hen kan ondersteunen bij een meer bewust gebruik van zorg. Consumenteninformatie die een betrouwbaar beeld geeft van de verschillende zorgmogelijkheden en inzicht geeft in de kwaliteit ervan, is niet systematisch beschikbaar. De patiëntenbeweging heeft jarenlang gepropageerd dat vergelijkende en keuzeondersteunende informatie beschikbaar moet komen. In de nota van het ministerie van VWS *Met zorg kiezen* wordt deze doelstelling uitdrukkelijk ondersteund. Dan pas kunnen zorgconsumenten zelf bepalen welke zorg zij ontvangen. Dan pas is er daadwerkelijk sprake van een vraaggestuurde gezondheidszorg.

Het Klaverblad merkte dat mensen zich gingen afvragen hoe zij met de aangekondigde veranderingen in de AWBZ om moesten gaan. Men begreep dat vraaggestuurde zorg ook het maken van keuzen inhoudt. In gesprekken met de achterban bleek dat het maken van keuzen een moeilijke opgave kan zijn omdat het aanbod vaak niet duidelijk is. Mensen komen vaak in een afhankelijke positie terecht wanneer zij met zorg te maken hebben. Om een goed gefundeerde keuze te kunnen maken moet je eerst het aanbod kennen. Bovendien, zo bleek tijdens deze gesprekken, is het handig te weten wat anderen van de ervaren kwaliteit vinden.

De oplossingsrichting

Uit contacten met de achterban kon Het Klaverblad concluderen dat de doelgroep behoefte had en heeft aan duidelijke informatie over zorg- en dienstverlening. ‘Wat is er aan voorzieningen? Wat bieden die? Hoe weet ik welke voorziening het beste

bij mij past?’ Dat waren en zijn veel gehoorde vragen. Bovendien verandert er veel als gevolg van wetgeving. Vanuit de taakstelling die Het Klaverblad heeft om vraaggericht te werken en dit ook permanent onder de aandacht te brengen van zowel doelgroep als aanbieders van zorg en dienstverlening, ontstond de behoefte aan aandacht voor keuzeondersteuning.

Het Klaverblad vindt dat een objectief overzicht van het aanbod, gekoppeld aan het kwaliteitsoordeel uit valide onderzoeken, dé basis moet zijn voor het maken van goede keuzen, aangevuld met de mogelijkheid kennis te nemen van de ervaringen van anderen uit de dagelijkse praktijk. Mensen zijn immers verschillend en hebben verschillende wensen en ervaringen. Goed gemaakte keuzen voor zorg en dienstverlening dragen bij aan een gevoel van welbevinden en kunnen het zorgproces gunstig beïnvloeden.

De beginsituatie vaststellen

Gezien het doel, het bieden van keuzeondersteunende informatie, wilde Het Klaverblad te weten komen hoe mensen momenteel tot een keuze komen uit het zorgaanbod verpleging en verzorging en welke informatie zij hierbij hanteren. Om de huidige stand van zaken hieromtrent te kunnen bepalen heeft Nivel voor Het Klaverblad een nulmeting uitgevoerd. Onderzoek naar het keuzeproces van ouderen en hun behoeftes bij de keuze voor een verpleeg- of verzorgingshuis blijkt in Nederland niet eerder te zijn gepubliceerd. De nulmeting heeft daarom een explorerend karakter gekregen, waarbij de nadruk ligt op beschrijving. De onderzoeksresultaten staan in het rapport *Valt er wat te kiezen?* Het onderzoek is vinden op www.klaverbladzeeland.nl/publicaties/overzicht.

Concreet zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Hebben ouderen een keuze tussen verschillende huizen als zij er voor kiezen om in een verpleeg- of verzorgingshuis te gaan wonen en willen zij ook kiezen?
2. Welke informatie gebruiken ouderen bij de keuze voor een verpleeg- of verzorgingshuis en welke informatie zouden zij graag gehad hebben?
3. Welke rol speelt internet als ouderen of hun vertegenwoordigers informatie ontvangen over het aanbod van verpleeg- en verzorgingshuizen?

De aanpak van de 0-meting

Voor het onderzoek zijn bewoners en vertegenwoordigers van bewoners geïnterviewd die recent naar een van de verpleeg- of verzorgingshuizen waren verhuisd. In Zeeland bestaan ongeveer zestig verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze huizen ontvingen een verzoek om hun nieuwe bewoners uit te nodigen mee te doen met het onderzoek. Bewoners, of hun vertegenwoordigers, kregen een brief met uitleg over het onderzoek, en als ze wilden meewerken stuurden ze het Nivel een antwoordkaart. Vervolgens werden ze telefonisch geïnterviewd. Hierbij werd een vragenlijst met gesloten en open vragen gebruikt. Gemiddeld woonden de bewoners pas vier maanden in het verpleeg- of verzorgingshuis; zij hadden het keuzeproces dus zeer recent doorlopen.

De conclusies uit de meting

De resultaten van de 0-meting gaan over de situatie in Zeeland. Het is natuurlijk de vraag of deze keuzecriteria evenzeer gelden voor andere, bijvoorbeeld meer stedelijke gebieden. Het is moeilijk hier iets over te zeggen, omdat zowel in Nederland als in andere landen nog niet of nauwelijks is gepubliceerd over keuzeprocessen voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Uit de resultaten van het onderzoek kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Er blijken zeker keuzemogelijkheden te zijn voor mensen die in een verpleeg- of verzorgingshuis gaan wonen. Dit geldt vooral voor verzorgingshuizen en minder voor verpleeghuizen. De keuze blijkt vooral regionaal bepaald te zijn: de meeste mensen kiezen voor een huis in de buurt van familie of hun oude omgeving. Hoewel mensen dus wel keuzemogelijkheden hebben, staat hun keuze vaak al vast. Een minderheid van de respondenten weegt verschillende huizen tegen elkaar af. Mede om deze reden geven mensen aan weinig behoefte aan keuzemogelijkheden te hebben. Naast nabijheid zijn een goede zorgverlening, de sfeer van het huis, goede verhalen over het huis en een prettige buurt belangrijke keuzecriteria.
- Het Internet speelt nog nauwelijks een rol bij de informatie over verpleeg- en verzorgingshuizen. De weinige respondenten die het Internet hiervoor wel gebruiken zijn vertegenwoordigers. Respondenten gebruiken bij hun keuze vooral informatie van het verpleeghuis zelf of informatie van familie en bekenden. Ook folders worden veel gebruikt. Respondenten zijn tevreden over de bestaande informatievoorziening. Hoewel zij veelal zelf actief naar informatie moeten zoeken, is deze wel makkelijk te vinden, voldoende duidelijk en keuzeondersteunend.

Keuzeondersteuning via Internet heeft toekomstpotentie. Een deel van de respondenten zou een keuzeondersteunende website willen bezoeken. Het gaat hierbij vooral om vertegenwoordigers; cliënten hebben meestal geen computer of Internet tot hun beschikking. De verwachting is echter dat het internetgebruik ook onder deze doelgroep zal toenemen. Uit onderzoek van NIPO Interactive van april 2004 blijkt dat van de leeftijdscategorie 60+ ongeveer 25 procent gebruik maakt van het Internet, van de leeftijdscategorie 40-59 jaar is dit 59 procent. De aankomende generatie ouderen is dus al meer vertrouwd met het Internet dan de huidige generatie ouderen. Voorts wordt het Internet onder 50-plussers momenteel al veelvuldig gebruikt om informatie over gezondheidskwesties te zoeken. Het Internet als keuzeondersteunende informatiebron lijkt dus potentie te hebben, vooral voor de vertegenwoordigers van ouderen.

De ambitie op termijn

Het Klaverblad wilde, gezien het toekomstig perspectief, een website ontwikkelen voor Zeeuwse zorgconsumenten. Het doel van de website is om potentiële cliënten keuzeondersteunende informatie te bieden over het zorgaanbod in Zeeland. Op de

website moet zowel objectieve als subjectieve informatie worden aangeboden. Dit betekent dat de site zowel algemene informatie biedt over zorgaanbieders en hun diensten als ervaringen van cliënten met de geleverde zorg. Dit laatste gebeurt aan de hand van reeds bestaande gegevens omtrent cliëntervaringen, aangevuld met een aantal korte vragenlijsten die de huidige gebruikers van het zorgaanbod kunnen invullen. Zo krijgen potentiële zorggebruikers via de website mogelijkheden om het zorgaanbod van verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken en een optimale keuze te maken voor het voor hen meest geschikte zorgaanbod. In eerste instantie richt de website zich op de verzorgings- en verpleeghuizen, de sector Verpleging en Verzorging, inclusief Thuiszorg. In een later stadium worden daar andere sectoren aan toegevoegd.

Als de website enige tijd operationeel is, kan een vervolgmeting worden gehouden om het gebruik van de website en het effect van de site op het keuzeproces te kunnen beoordelen. Ook voor zorginstellingen en beleidsmedewerkers is het nuttig dit te weten. Zij kunnen met deze inzichten beter op de wensen en behoeftes van de doelgroep inspelen.

4.3 De realisatie van het project www.zichtopzorg.nl

De eerste stap

Begin 2001 stond in een vakblad een oproep van Zon/MW waarin organisaties in de zorgsector uitgenodigd werden een projectvoorstel in te dienen op het gebied van keuzeondersteunende consumenteninformatie via het Internet. Het Klaverblad meldde zich aan voor het project van Zon/MW en in maart 2001 ging het project van start. Het was een bliksemproject: in juni moesten de ideeën er liggen, in september de begroting en in december diende het dekkingsplan er te zijn. Dat is gelukt; mede omdat in juni de nota *Met zorg kiezen* van het Ministerie van VWS uitkwam. In die nota stond dat VWS plannen had op het gebied van communicatie en voorlichting die overeenkwamen met wat Het Klaverblad voor *Zicht op Zorg* voor ogen hadden. De contacten waren snel gelegd en VWS deed als subsidiegever mee aan het project. Andere subsidiegevers waren de provincie Zeeland, NFO, VSB, Klaverblad zelf en Zon/MW met een startsubsidie. In maart 2002 ging de projectleider aan het werk en in maart 2003 ging de site online voor cliënten van verzorgings-, verpleeghuizen en van thuiszorg.

Waarom de gekozen doelgroep en aanpak, waarom Internet?

De cliënten uit de sectoren Verzorging en Verpleging en Thuiszorg (V en V) waren de eerste groepen waar het project zich op richtte. Er is voor deze groep gekozen, omdat het wellicht de moeilijkste groep is om te interesseren voor het Internet. De meeste ouderen bezitten geen computer. Een aanname is dat 80-plussers niet zo snel een cursus Internet gaan volgen. Bovendien moet vooral deze groep keuzes maken over waar men wil wonen en hoe de zorg moet worden ingevuld. De generatie daaronder, hun kinderen, zijn daarentegen grotendeels wel bekend met het internet.

Er is gekozen voor het Internet als medium, omdat dit een middel is waarbij de informatie gemakkelijk actueel gehouden kan worden. Bovendien biedt het Internet kansen voor een landelijke dekking.

Samengevat wilde Het Klaverblad bereiken dat zorgvragers

- actuele ‘objectieve’ informatie kunnen vinden over het totale zorgaanbod in Zeeland;
- meningen en ervaringen kenbaar kunnen maken over de kwaliteit van deze zorgdiensten en producten;
- meningen en ervaringen van andere gebruikers kunnen vinden ten aanzien van de kwaliteit van deze diensten en producten.

4.4 Voorwaarden voor het project

Cliëntenperspectief

Essentieel was dat de geboden informatie en de ‘meetpunten’ werden gekozen vanuit het perspectief van de zorggebruiker: wat vindt die het belangrijkste? Voor het project zijn de criteria gehanteerd die in Noord-Holland door het patiëntenplatform zijn opgesteld ten aanzien van Internet vanuit gebruikersperspectief: conceptcriteria voor vraaggerichtheid van projecten die via Internet informatie aanbieden over het zorgaanbod.

Samenwerking

Daarbij vond Het Klaverblad het belangrijk dat er samenwerking werd gezocht. Het is zonde om opnieuw het wiel te moeten uitvinden. Beter is het te komen tot win-win situaties. Daarom werd contact gezocht met organisaties die op korte termijn ook aan de slag zouden gaan met soortgelijke initiatieven. Doel was te komen tot een basis die landelijk toepasbaar is. Directe samenwerking werd gevonden met een Gelders project: *Kies met Zorg*.

Draagvlak

Bij de start van het project werd een regionale adviescommissie geformeerd. Deze bestaat uit consumenten- en patiëntenvertegenwoordigers van de sector, zoals vertegenwoordigers van cliëntenraden, vertegenwoordigers van een voor deze sector relevante patiëntenorganisatie, vertegenwoordigers vanuit de IKG's en vertegenwoordigers van intermediairs zoals zorgkantoor en RIO. De taak van de adviescommissie is, het project te begeleiden en daarbij advies uit te brengen over het ontwikkelde materiaal en de vervolgstappen.

4.5 De uitvoering van het project

De basis Kies met Zorg

Aanleiding voor dit project was het ontwikkelen, een aantal jaren geleden, door het PP/CF Gelderland, van consumenteninformatieproducten op het gebied van verpleeghuis- en thuiszorg in die provincie. Het ging hierbij om een map en een

poster, waarmee potentiële patiënten en consumenten een weloverwogen keuze konden maken voor thuiszorg of een verpleeghuis. Dit project was zeer succesvol. Actualisatie van de verzamelde gegevens van deze twee sectoren was dan ook noodzakelijk. PP/CF Gelderland besloot dat, gezien de huidige ontwikkelingen rondom het Internet, deze geactualiseerde gegevens ook via een internetsite voor het publiek beschikbaar moesten komen. Daarnaast besloot men om de twee sectoren uit te breiden met verzorgingshuizen en om samen te werken en de informatie op elkaar af te stemmen. Zeeland werd daarmee de tweede provincie die via www.kiesmetzorg.nl feitelijke informatie presenteert op Internet.

OK
www.kiesmetzorg.nl

ZOEK INSTELLING ALGEMENE INFORMATIE

WELKOM op Kiesmetzorg.nl

Hier vindt u informatie over verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg in steeds meer regio's. Op het kaartje kunt u zien welke regio's u op Kiesmetzorg kunt vinden.

Algemene informatie over [thuiszorg](#), [verzorgingshuizen](#) en [verpleeghuizen](#)

Bent u op zoek naar thuiszorg, een verzorgingshuis of een verpleeghuis? Ga naar de [zoekpagina](#).

Contact

Wilt u zich aanmelden, een wijziging doorgeven of hebt u een vraag over een specifieke instelling? Neem dan contact op met het regionale platform bij u in de buurt: zie www.rpcp.nl of onderaan de pagina's met informatie over de instelling.

Regio neemt deel aan Kiesmetzorg.nl
Regio zal binnenkort gaan deelnemen
(Nog) niet-deelnemende regio

OK **LOREP**
Landelijke Organisatie RPCP's

Figuur 1: www.kiesmetzorg.nl

Zicht op Zorg

In de regio Zeeland is door Stichting Het Klaverblad Zeeland een aanzet gegeven tot het uitbreiden met kwalitatieve gegevens. De site www.zichtopzorg.nl is gebouwd op Kies met Zorg. De wederzijdse inhoud van de site onderdelen *Zoek instelling* en *Algemene informatie* is exact gelijk, maar er is aan Zicht op Zorg een

kwalitytsmodule ‘Uw mening’ toegevoegd: enquêtes en polls over thema’s in de zorg, die door zorgvragers kunnen worden beantwoord op twee niveaus in de site. De site Zicht op Zorg biedt ook ruimte voor actueel nieuws, opiniepeilingen en discussie via een forum. Tevens is een module opgenomen die het mogelijk maakt relevante regionale informatie toe te voegen. In de kwaliteitsmodule ‘Uw mening’ zijn landelijke kwaliteitsgegevens van Stichting Cliënt en Kwaliteit verwerkt (rapport *Alles naar wens*, 2002 en 2003) om een regionale en landelijke vergelijking mogelijk te maken.

Cliënt & Kwaliteit is een werkmaatschappij van de cliëntenorganisaties LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden), NPV (Nederlandse Patiënten Vereniging), Chronisch zieken en Gehandicaptenraad (CG-raad) en Landelijke Organisatie decentrale Patiëntenplatforms (LOREP). Cliënt & Kwaliteit werkt intensief samen met andere organisaties in de sector verpleging en verzorging. Bekende namen daarbij zijn LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg), Arcares (branche-organisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen), Sting (beroepsorganisatie verplegenden en verzorgenden) en de onderzoeksinstituten Nivel en Prismant. Daarnaast worden uitslagen van ingevulde enquêtes in het beheersysteem vergeleken op instellingsniveau en regionaal niveau. Naar integratie met andere landelijke benchmarkgegevens in deze site wordt gestreefd (onder andere van LVT, Stichting Perspectief, GGZ Nederland). Voor een verantwoorde opzet van de kwaliteitsmodule is het Nivel (landelijk onderzoeksinstituut in de gezondheidszorg) ingeschakeld.

Het eerste jaar

Er mag gesteld worden dat de site *Zicht op Zorg* een basis vormt voor een landelijke ‘portal’ voor de kiezende zorgconsument. *Zicht op Zorg* blijkt een waardevolle bijdrage te leveren aan het versterken van de positie van zorgconsumenten en hun naasten. De bezoekcijfers zijn vanaf de lancering van de site hoog geweest. Bezoekers en zorgaanbieders hebben positief gereageerd op het initiatief. Gemiddeld bekijkt een bezoeker 25 pagina’s. Zorgaanbieders die gedurende de projecttijd geen (of slechts gedeeltelijke) informatie aanleverden, hebben dat na lancering van de site alsnog gedaan. Het publiceren van dergelijke informatie heeft een prikkelende werking. Zorgaanbieders willen in een dergelijke vergelijkende weergave van informatie ‘goed voor de dag komen’ en zeker niet ontbreken. Voor het verwerven van bekendheid werden verschillende regionale publiciteitsacties ondernomen, zoals persberichten in huis-aan-huisbladen en regionale kranten en de verspreiding van folders en een introductie-CD.

zichtopzorg.nl

Zoek instelling | Algemene info | Actueel | Forum | Klachten

Welkom op Zichtopzorg.nl

Hoe komt u erachter welke zorg geschikt is voor uw situatie? En wat vinden anderen van een zorgaanbod? Zicht op Zorg geeft een ruime blik op zorg in Zeeland: het zorgaanbod, kwaliteitsinformatie, uw keuze, uw mening, mening van anderen

Wilt u eerst zien wat deze site te bieden heeft, doe dan de [demonstratie](#): hoe kunt u zorg zoeken of uw mening geven over geboden zorg.

STICHTING HET KLAVERBLAD ZEELAND

Initiatiefnemers

Zichtopzorg.nl is een initiatief van Stichting Het Klaverblad Zeeland.
Meer weten? Lees alles [over deze site](#).

Kiesmetzorg.nl

Stichting Klaverblad neemt ook deel aan het landelijke project Kiesmetzorg.nl, een initiatief

Wat vindt u op deze site?

- ▶ [Zoek in uw regio](#) thuiszorg, een verpleeghuis of verzorginghuis
- ▶ [Enquete](#) over uw ervaring met de zorg die u ontvangt
- ▶ [Informatie over zorg](#) in het algemeen
- ▶ [Discussieer](#) mee over het thema zorg in het Forum
- ▶ Hoe om te gaan met [klachten](#) over zorg
- ▶ Een [demonstratie](#) Zoek uw zorg

Een greep uit de actualiteit

- ▶ [Verslag Europees Jaar: 'Op lokaal niveau goed aangeslagen'](#)
- ▶ [Ross versnipperd deel oude facturen eigen bijdrage thuiszorg](#)
- ▶ [Ross pleit voor keuzegids zorg](#)
- ▶ [Eerstelijnszorg sluit niet aan bij wensen patiënten](#)
- ▶ [Kamperen met handicap: heerlijk ontspannen of hopeloze nachtmerrie?](#)

Figuur 2: www.zichtopzorg.nl

Het tweede jaar

Ter uitbreiding van Zicht op Zorg werden in juli 2004 de sectoren lichamelijk (LG) en verstandelijk gehandicapten (VG) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) opgeleverd. Het Klaverblad kon vanaf dat moment gegevens gaan verzamelen van aanbieders in die sectoren. Voor de inhoudelijke invulling van de kwaliteitsmodule *Uw mening* wordt binnen de GGZ sector samengewerkt met SPC Groningen (Vraag Informatie Punt GGZ) en Regioconsult GGZ.

De inpassing van een vierde zoekweg voor zorgvragers binnen Zicht op Zorg vond eind juli 2004 plaats. Voor dit deelproject werd extra subsidie verkregen van de provincie Zeeland, het Ministerie van VWS en het Nationaal Fonds Ouderenhulp. Naast de drie zoekwegen *zoeken op postcode en kilometerstraal*, *zoeken op trefwoord* en *uitgebreid zoeken* (zoeken volgens een aantal in een specifieke sector geldende zorgopties), werd het mogelijk om via AWBZ longfuncties breed te gaan zoeken in de gehele database van Kies met Zorg/Zicht op Zorg. In de ontwikkelfase is samenwerking gezocht met het Zorgkantoor Zeeland en een AWBZ koploperproject in de regio Groningen. Er wordt samen met hen ook een AWBZ brede nulmeting uitgevoerd als verdieping op de eerder gehouden nulmeting 'Hoe kiezen ouderen?'

4.6 Bereikte resultaten

Landelijk overdragen kwaliteitsmodule Uw mening

De huidige vierentwintig *Kies met Zorg*-partners hebben aangegeven de kwaliteitsmodule *Uw mening* uit Zicht op Zorg te willen integreren in Kies met Zorg (de zogeheten Kies met Zorg Plus variant). Dit traject is op 1 september 2004 voltooid.

Nominatie

Het project Zicht op Zorg werd genomineerd voor de 2^e Nationale Conferentie Innovatie en Kwaliteit Publieke Sector op 11 maart 2004 te Den Haag, een initiatief van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Meer hierover kunt u lezen op www.publiekesector.nl; projectnummer 1128.

Deze nominatie geeft aan dat de toekomst met vertrouwen tegemoet gezien kan worden. Uitgangspunt blijft het werken aan de uitbreiding van deze site en aan de implementatie ervan binnen onze en andere organisaties. Hoewel Het Klaverblad niet één van de drie prijswinnaars was, was er voor het product veel belangstelling bij de congresbezoekers.

Landelijke dekking

Het project Kies met Zorg is uitgegroeid tot een project waaraan inmiddels 21 RPCP regio's meedoen. Er zijn in Nederland 28 RPCP regio's; vijftien regio's zijn inmiddels ook op de site www.kiesmetzorg.nl te raadplegen, andere regio's zijn druk met het verzamelen van gegevens in de sectoren Verpleging & Verzorging en thuiszorg. Gelderland is als pilotregio sinds juli 2002 on line. Tot dit moment hebben 24 van de 28 RP/CP's aangegeven dat zij graag aan het vervolgtraject willen deelnemen. Met deze uitbreiding is, na de invoeringsfase, in totaal een dekking van bijna 75% bereikt. Er wordt naar gestreefd de komende drie jaar een complete landelijke dekking te bereiken.

Samenwerking

Steeds vaker zoeken organisaties contact met Het Klaverblad over mogelijkheden van samenwerking. Cliënt en Kwaliteit en de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT) hebben aangegeven een intensievere samenwerking te willen binnen de kwaliteitsmodule *Uw mening* (plaatsen benchmarkgegevens en publiceren niet-openbare kwaliteitsrapporten van instellingen). De LOC heeft samenwerking in overweging genomen.

4.7 Sterke en zwakke punten van het project

Sterke punten

Missie

Het doel van Het Klaverblad is het versterken van de positie van zorgconsumenten en het vergroten van hun invloed op de kwaliteit van zorg, zodat daadwerkelijk vraaggestuurde zorg gerealiseerd kan worden. Het gaat hierbij om de individuele zorgconsument maar ook om het behartigen van collectieve belangen.

Speerpunten waarmee Het Klaverblad haar doelen wil bereiken en die als zodanig terugkomen in Zicht op Zorg zijn:

- Het vergroten van de mogelijkheid een weloverwogen keuze te maken voor een zorgvorm of zorgaanbieder (informatie en advies);
- Het verkrijgen van ondersteuning bij klachten (signalering en belangenbehartiging);
- Het vergroten van de invloed op de kwaliteit van de dienstverlening door zorgaanbieders en zorgverzekeraars (signalering, belangenbehartiging en beleidsbeïnvloeding).

Doel

Zicht op Zorg vormt een belangrijke basis voor de ontsluiting van keuzeondersteunende en vergelijkende zorginformatie in de regio vanuit patiëntenperspectief. Zicht op Zorg heeft de mogelijkheid om de geboden informatie uit te breiden, zowel in de breedte als in de diepte. In de breedte door de toevoeging van soortgelijke informatie over andere sectoren in de zorg. In de diepte door aan de bestaande informatie een extra laag toe te voegen, zoals informatie over de kwaliteit van de geboden zorg.

Landelijke dekking

Door deze mogelijkheden zal de site steeds meer een 'portal' voor de kiezende zorgconsument zijn. Deze zal op de site terechtkunnen voor alle informatie die hij/zij nodig heeft om een keuze in de zorg te kunnen maken. Door de feitelijke en kwalitatieve informatie een landelijke dekking te geven, krijgt de zoekende zorgconsument een overzicht van alle op dit moment AWBZ-erkende, door hem gezochte zorgaanbieders, ongeacht in welke provincie.

Het ministerie van VWS heeft een onderzoek gedaan naar een portal "Sterk merk". De site Zicht op Zorg kan een goed onderdeel zijn van deze portal. De klant dient op een breed terrein, naast feitelijke informatie, ook vergelijkbare consumenteninformatie te kunnen vinden. Zon/MW doet momenteel onderzoek naar consumenteninformatie en Internet; Klaverblad is hierbij één van de gesprekspartners.

Publieksvoorlichting

Patiënten/Consumenten hebben via het Internet een onafhankelijk middel om zorginformatie te vinden. Deze informatie is keuzeondersteunend, zeker als er voldoende kwaliteitsgegevens op de site staan. De site biedt mensen de gelegenheid hun mening te uiten over de kwaliteit van zorg.

Gemeenten krijgen als aanvulling op de AWBZ-zorg steeds meer diensten uit te voeren. Straks zullen die zijn verpakt in de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Voor de te leveren welzijnsdiensten kunnen gemeenten gebruik maken van Zicht op Zorg. Voor de lokale loketten kan de site een goed hulpmiddel zijn. De site zou ook uitgebreid kunnen worden met welzijnsdiensten.

Signalering

De site kan dusdanig groeien dat ook de zorgverzekeraars, op basis van de signalering, het aanbod naar verzekerden meer vraaggericht kan opstellen. Het Zorgkantoor kan de uitkomsten van de kwaliteitsgegevens benutten bij zijn contracteerbeleid. Zorgaanbieders kunnen gebruik maken van de verkregen informatie: een klacht is een gratis advies.

Als er openheid is, kunnen aanbieders van elkaar leren.

Zwakke punten

Bekendheid onder intermediairs

Bij onderzoek onder intermediairs in de regio Gelderland in samenwerking met het TNO (Rapport TNO Evaluatie van *Kies met zorg in Gelderland*, maart 2003: in dit onderzoek zijn huisartsen, Rio's, zorgkantoren, zorgloketten en ziekenhuizen benaderd) blijken de folders en posters die op grote schaal zijn verspreid onvoldoende bekend te zijn. Alleen het verspreiden van informatie is niet voldoende om vernieuwingen te implementeren. Ook voor Zicht op Zorg zal dit onderzoeksresultaat gelden. Op dit moment zijn er bijvoorbeeld nauwelijks inhoudelijke contacten met gemeenten over de site. Wel zijn er een paar Zeeuwse gemeenten die zeggen geïnteresseerd te zijn in dit initiatief. De vraag is gerechtvaardigd of intermediairs wel een rol spelen bij het implementeren van informatie op Internet. Met andere woorden: zijn cliënten in staat om zonder hulp van intermediairs een bewuste keuze te maken uit het zorgaanbod met behulp van de informatie die op het Internet staat? En als zij wel gebruik maken van intermediairs, welke intermediairs zijn dit dan? Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of cliënten dit kunnen en hoe zij dit doen.

Openbaarheid van gegevens

Op dit moment wordt het Internet nog vrij weinig benut als middel om meningen te uiten over zorg en aanverwante dienstverlening, terwijl dat in andere marktsegmenten, zoals de toeristische sector, al vrij gebruikelijk is. Ook houden zorgaanbieders eigen kwaliteitsinformatie liever achter. Wetgeving zou er in moeten voorzien dat zorgaanbieders hun kwaliteitsgegevens openbaar moeten maken. Ook

gaan zorgaanbieders er nog onvoldoende vanuit dat een klacht eigenlijk een gratis advies is.

Het verantwoordelijkheidsvraagstuk

Al langer is bekend dat Zicht op Zorg op termijn geen subsidie meer zal krijgen voor het bijhouden van de feitelijke informatie. Het Ministerie van VWS is van mening dat het een taak is van de zorgaanbieders zelf. Overigens zijn veel andere partijen ook die mening toegedaan. Voor de zeer nabije toekomst betekent het dat er andere oplossingen gevonden dienen te worden om van de site de databank met feitelijke informatie te kunnen blijven vullen en actualiseren. In de huidige opzet zijn er 6 tot 8 pagina's per instelling met feitelijke informatie. Qua beheer kost dit in het eerste jaar ongeveer 3 uur per ingevoerde instelling (verzamelen en invoeren); daarna 1 tot 2 uur op jaarbasis (actualiseren)

Meerdere opties zijn denkbaar, zoals het uitwisselen van data met grote zorgkoepels, het autoriseren van individuele zorgaanbieders om hun gegevens op de betreffende pagina's te plaatsen en bij te houden, of het interesseren van zorgkantoren voor het totaalpakket Zicht op Zorg.

Alle zorgkantoren beschikken per gecontracteerde zorgaanbieder over gegevens aangaande zorgfunctie en producten. Zij zouden het aanleveren van productinformatie volgens het Zicht op Zorg format verplicht kunnen stellen binnen het contracteerbeleid.

Op dit moment zijn er met de zorgverzekeraars geen contacten over de site. Er zijn wel contacten met het zorgkantoor. Hiermee wordt de mogelijkheid bekeken om gezamenlijk zaken aan te pakken, zoals informatieverstrekking, signalering, klantpreferenties en metingen. Tot daadwerkelijke samenwerking op het terrein van de website is het, als gevolg van niet parallel lopende tijdstrajecten, nog niet gekomen.

Inbedding in de eigen organisatie

De site is voor Het Klaverblad een uitstekend middel om de publieksgerichte dienstverlening verder uit te breiden. Op termijn kan de informatieverzameling (productinformatie én gebruikersinformatie) een extra bron zijn voor hun signaleringsfunctie.

Zicht op Zorg moet binnen Het Klaverblad een structureel product worden binnen die publieksgerichte informatie. Om die inbedding te bevorderen moet dit uitgewerkt worden in een werkmodel en stappenplan.

4.8 Het toekomstperspectief van de site

Curatieve zorg

Uitbreiden met curatieve zorg, wellicht in 2005, is een toekomstperspectief voor de site. Hierin worden verkennende stappen gezet. Uitgangspunt is het in beeld brengen van de ketenzorg voor diverse patiëntgroepen.

Ook zouden patiënten moeten kunnen zien welke ziekenhuizen/specialisten zich

gespecialiseerd hebben in bepaalde behandelingen en/of zorgprogramma's. Mensen zouden hun ervaringen hierover kwijt moeten kunnen. Dit draagt samen met uitkomsten van benchmarks en andere kwaliteitstoetsingen bij aan het beschikbaar zijn van keuzeondersteunende informatie voor (toekomstige) patiënten.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

In relatie met de WMO en de te openen zorginformatieloketten bij gemeenten ziet Het Klaverblad een ander toekomstperspectief. Ook de informatie van gemeenten kan worden toegevoegd. Welzijnsadviseurs zouden, toegerust met laptops, de cliënten thuis kunnen opzoeken. Bijvoorbeeld een oriënterend bezoek aan iedereen die 65 wordt. Vervolgafspraken kunnen naar behoefte worden gemaakt. Mensen kunnen worden gewezen op het bestaan van nuttige informatie, zowel op papier als digitaal.

Eisen voor toegankelijkheid

Er is een sterke relatie tussen de toegankelijkheid van een website en de gebruiksvriendelijkheid van een website. Veel gebruikers kunnen niet zien, horen of bewegen of kunnen bepaalde informatie moeilijk of helemaal niet verwerken. Zij hebben problemen met het lezen of het begrijpen van een tekst, hebben geen toetsenbord of muis of kunnen die niet gebruiken, hebben een scherm voor alleen tekst, een klein scherm of een trage internetverbinding. Daarnaast spreken of begrijpen veel gebruikers de taal waarin het document is geschreven niet als hun moedertaal, of bevinden zij zich in situaties waarin hun ogen, oren of handen gebonden zijn of gehinderd worden. Webontwikkelaars moeten deze verschillende situaties in acht nemen als ze een pagina ontwerpen. Er kan gesteld worden dat als een website toegankelijker wordt gemaakt, de website ook gebruiksvriendelijker wordt en andersom.

Het Klaverblad heeft de normen van 'Drempels weg' gehanteerd in het gehele traject. Het ontbreekt nog aan financiële middelen om daadwerkelijk een licentie aan te vragen en het keurmerk van Drempels weg aan de site te koppelen.

Landelijke dekking en structurele financiering

Het belangrijkste toekomstperspectief voor Zicht op Zorg, samen met Kies met Zorg ondergebracht in één website, is om de landelijke dekking in alle RPCP regio's uit te breiden tot hetzelfde inhoudelijke niveau. Bovendien is het wenselijk dat de site landelijk structureel gefinancierd wordt. De LOREP (de brancheorganisatie van RPCP's) en Het Klaverblad hebben hier met landelijke partijen gesprekken over gevoerd met als doel, het beschikbaar maken van goede consumenteninformatie die voor iedereen op eenvoudige wijze toegankelijk is en die tevens voldoende ondersteuning geeft bij het maken van keuzen op het brede terrein van zorg en dienstverlening.

5 Het loket regelt samenhang

Tom Kamsma, directeur “it Stip” in Zuidoost Friesland

5.1 Inleiding

De naam loket is al oud. Volgens van Dale heeft het de volgende betekenis: ‘Raampje in een deur, waardoor communicatie tussen twee ruimten mogelijk wordt’. Loketten vinden we in het bijzonder bij openbare instellingen zoals postkantoren en spoorwegstations. Als het tegenwoordig over loketten gaat, heeft het woord een bredere betekenis gekregen. In het bijzonder in zorg en welzijn wordt met loket bedoeld: toegang tot voorzieningen in zorg en welzijn, en het aanbrengen van samenhang in al die voorzieningen. Ondanks deze wijziging in de betekenis van het woord loket, bleef ongewijzigd dat de burger snel adequaat en efficiënt geholpen moet worden. Juist het aanbrengen van samenhang, in een op het individu gerichte samengestelde oplossing voor diens problemen, is de kracht die loketten moeten nastreven. Elke partij streeft zijn eigen belang na, ook de cliënt. De individuele cliënt kan alleen niet altijd de kracht ontwikkelen die nodig is om dat te bewerkstelligen. In de commerciële markt die zorg en welzijn is geworden, kunnen andere partijen dat wel. Daarmee dreigt de cliënt in de knel te komen. De cliënt de samenhang bijbrengen, dat moet het doel zijn van loketten. Wat daarbij van een aantal partijen wordt verlangd zal ik in deze bijdrage beschrijven. Hiertoe zal ik in het kort achtereenvolgens de geschiedenis van Stip, de organisatie, taken en bereikte groepen beschrijven. Ik zal deze bijdrage besluiten met een blik op de nabije toekomst van loketten en de kaders waarbinnen een en ander gestalte kan krijgen. Verspreid in de tekst staan casussen beschreven die illustreren welke vragen bij Stip-loketten binnenkomen en wat de antwoorden daarop zijn.

5.2 Geschiedenis

In de regio zuidoost Friesland is de gemeente Tytsjerksteradiel met loketten voor wonen, welzijn, zorg en dienstverlening begonnen. In 1989 startte de gemeente een project Integraal Ouderenbeleid Tytsjerksteradiel. De gemeente had een integraal beleid voor wonen, zorg en dienstverlening voor ogen, samen met partijen die daarmee in de gemeente actief waren. Als een van de doelstellingen werd geformuleerd: ‘Het bundelen van de vele indicaties en toewijzingsystemen’. Onderdeel van de ontwikkelde plannen was het opzetten van loketten. Zes jaar later, op 6 september 1995, was het centraal loket ‘it Stip’ een feit. In oktober 1997

besloot de gemeente Achtkarspelen om met Stip Tytsjerksteradiel één organisatie te vormen. Met het in werking treden van het Zorgindicatiebesluit op 1 januari 1998 en daarmee de oprichting van Regionale Indicatie Organen kwam daarna een geheel nieuwe dynamiek op gang. Een dynamiek die in zuidoost Friesland de ontwikkeling van lokale loketten sterk zou stimuleren.

Het Zorgindicatiebesluit regelde het tot stand komen van Regionale Indicatie Organen (RIO's). Vanaf het begin waren de zeven gemeenten in zuidoost Friesland van mening dat de vorming van het RIO, en daarmee de toegang van de burger tot zorgverlening, er niet toe mocht leiden dat deze te ver van de burger af georganiseerd zou worden.

Bij de planvorming voor een regionaal indicatieorgaan zijn de zeven gemeenten ermee akkoord gegaan om de zogenaamde frontoffice-formule van het regionaal indicatieorgaan te laten vormen door lokale loketten. Op dat moment waren in drie gemeenten dergelijke loketten operationeel. Naast de al eerder genoemde gemeenten Tytsjerksteradiel en Achtkarspelen, was dat de gemeente Ooststellingwerf. In de laatste gemeente werd dat loket geen Stip, maar het samenwerkingsverband 'Zorg op maat' genoemd. In de overige vier gemeenten werden werkgroepen opgericht om loketten te realiseren.

Tegelijk met het operationeel worden van de lokale loketorganisaties werd een regionale steunfunctieorganisatie opgericht. Deze Stichting werd bestuurd door vertegenwoordigers uit alle gemeenten, uitgebreid met patiënten- en consumentenorganisaties. Het bestuur is een afspiegelingscollege van allerlei belanghebbenden bij loketontwikkeling in de regio. De lokale Stips zijn genoemd naar de gemeenten van vestiging, zoals Stip Opsterland en Stip Heerenveen. De lokale uitvoeringsorganisaties bezitten geen zelfstandige rechtspersoon.

Casus 1

Vraag: het lukt mij allemaal niet meer, thuis. Mijn man heeft steeds meer zorg nodig en ik word zelf ook al een dagje ouder.

Wat zijn de mogelijkheden? Tijdens het gesprek wordt mij duidelijk dat mevrouw zelf haar zieke man wil blijven verzorgen, voorzover dat in haar vermogen ligt. Dit neem ik als uitgangspunt.

Actie: Bespreek met mevrouw de mogelijkheden van thuiszorg: dat zij mogelijk in aanmerking komt voor huishoudelijke ondersteuning, omdat de zorg voor haar man veel tijd en energie kost.

Bespreek de mogelijkheden van voorzieningen, zowel van WVG als van het ziekenfonds. Wij maken een inventarisatie. Ik noteer gegevens en geef mevrouw een WVG aanvraagformulier en folders mee voor een aanvraag voor woningaanpassing en vervoer. Ik maak een aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning en fax de aanvraag naar het RIO. Mevrouw heeft nog niet de behoefte om alleen de deur uit te gaan; zij denkt dat zij met het gebodene vooreerst al goed geholpen zal zijn. Ze weet nu wat de mogelijkheden zijn en zal terugkomen als meer hulp nodig mocht zijn.

5.3 Organisatie

Stip kent lokale organisaties en een regionale steunfunctieorganisatie. De laatste is een stichting die tot doel heeft 'een duidelijk omschreven model voor lokale integrale informatievoorziening en aanmelding voor functies op de gebieden wonen, welzijn, zorg en dienstverlening' te zijn. De stichting is franchisegever, de partijen in de gemeenten franchisenemers. Bij de oprichting van de regionale stichting was het de bedoeling dat de regionale stichting ook coördinerende, centrale en decentrale taken zou uitvoeren. In het jaar 2001 is door gemeentebesturen van die ontwikkelingsrichting afgestapt. Vanaf dat moment werd juist lokale verankering van de Stiploketten van belang geacht. De regionale ondersteuningsfunctie werd een organisatie met name voor uniformering van de Stip-formule, dus de hoeder van de franchiseformule. Daarnaast verzorgt zij kwaliteitszorg, deskundigheidsbevordering, automatisering en collectieve vertegenwoordiging van de gezamenlijke lokale organisaties. Het accepteren van het franchisemodel brengt verplichtingen voor de lokale organisaties met zich mee. Zo verplichten zij zich tot het voeren van dezelfde huisstijl en gebruik van hetzelfde PR-materiaal.

Tevens worden de gemeentegrens overstijgende zaken overdragen aan de franchisegever. Stips zijn verplicht een afgesproken takenpakket uit te voeren. Ook aan het gebouw waarin Stip gevestigd is, de inrichting ervan en de deskundigheid van medewerkers, zijn eisen verbonden. Hoewel, in het kader van de franchiseovereenkomst, aan lokale loketten nogal wat verplichtingen zijn opgelegd, wordt nog niet structureel getoetst of elk zich daar wel aan houdt.

Er vindt gestructureerd overleg plaats tussen loketmedewerkers, waarin werkwijzen worden getoetst en uitgewisseld. Ook wordt overlegd met de coördinatoren. Dat overleg heeft een meer beleidsmatig karakter. Tevens vindt elk jaar gezamenlijke scholing plaats voor alle loketmedewerkers. Omdat er geen sprake is van een organisatorisch verband waar normen bewaakt worden, maar een decentrale organisatie met autonomie voor de lokale organisaties, is normhandhaving moeilijk. Op dit moment wordt gewerkt aan concretere invulling van de franchiseovereenkomst. In de gekozen organisatievorm is de nadruk komen te liggen op de lokale organisaties. Die wens is te verklaren uit de behoefte om lokaal invulling te geven aan het loket. Dit verhoudt zich slecht met een opgelegd nauw keurslijf van normen en waarden.

De ervaring met de ondersteuningsorganisatie als franchisegever is positief. De ervaring leert dat na verloop van tijd de ondersteuningsfunctie meer gewaardeerd wordt. In het begin is veel nieuw en uitdagend. Maar na een beginperiode, waarin partijen zich van hun beste kant willen laten zien, breekt het moment aan waarop deze voorziening onderdeel wordt van bestaande netwerken. Dan gaan praktische problemen ontstaan. De behoefte aan structurering van de organisatie wordt groter, en het is zaak adequate middelen te bieden. Gebeurt dat niet, dan is de kans groot dat het loket te kleinschalig blijft en wegwijnt. Er moeten procedures en werkwijzen worden ontwikkeld, netwerken opgebouwd, afstemming gezocht, reglementen

opgesteld, aan kwaliteitszorg gedaan, organisaties opgebouwd en gecontinueerd, en nog veel meer. Omdat er vaak nauwelijks geld is om een redelijke bezetting van de spreekuren te realiseren, is voor al deze taken geen menskracht aanwezig. Om een professionele organisatie te worden is dit wel vereist. Door deze functie te bundelen en door meer partijen hiervoor te laten betalen, kan de ondersteuningsfunctie betrekkelijk goedkoop worden gerealiseerd. Een regionale steunfunctieorganisatie geeft met name kleinere gemeenten de kans om voor betrekkelijk weinig geld de kwaliteit van hun loket op een hoog peil te houden. Het geeft lokale organisaties tevens de mogelijkheid om kleinschaligheid, en dus participeren in lokale netwerken, te combineren met de grootschaligheid (regionaal, provinciaal en landelijk) waarin de zorgsector georganiseerd is.

Voor gemeenten is het steeds uitgangspunt geweest dat de lokale Stiploketten zijn ontwikkeld als frontoffice voor het RIO. Dat kenmerkt ook de in de loop der tijd gemaakt keuzen. Door de verbondenheid met elkaar is het RIO steeds nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van Stip. Door die nauwe verbondenheid kon afgesproken worden dat het verlenen van indicaties voor kleine functies, uiteraard volgens richtlijnen van het RIO, in Stip konden plaatsvinden. Hoewel dit steeds als uitgangspunt gehanteerd is, is het nooit goed van de grond gekomen. Een recent ontwikkelingsproject van het ministerie dat bij Stip is uitgevoerd heeft deze wens wel concreter vorm gegeven.

Door de nauwe verbondenheid van Stip met gemeente en RIO, kon ook de afspraak gemaakt worden dat gemeenten de toegang voor hun burgers tot de WVG via het loket lieten verlopen. Tevens is het in het kader van de robuuste RIO's gelukt om voor alle gemeenten in de Stip-regio de indicatiestelling voor de WVG door het RIO te laten geschieden, en de toegang tot zowel RIO als WVG in het Stip te realiseren. Hoewel het in eerste instantie wel de bedoeling was, werd niet besloten de toegang tot WVG en RIO exclusief via Stip te laten verlopen. Dit werd bij nader inzien niet cliëntvriendelijk gevonden.

Aanbieders van woon-, zorg- en welzijnsdiensten zijn steeds nauw betrokken geweest bij Stip. Deze partijen nemen lokaal deel in een participantenoverleg, dat specifiek werd geformeerd rondom Stip. De samenstelling en de intensiteit van de betrokkenheid verschilt per gemeente. In eerste instantie was het de bedoeling dat alle partijen hun frontoffice in het Stip zouden inbrengen. Dat hield in dat zij zelf geen frontoffice zouden inrichten. Deze doelstelling is te ambitieus gebleken onder invloed van de ingezette marktwerking, in eerste instantie in de sociale woningbouw, later in de zorg- en welzijnssector. Partijen wilden niet de toegang tot hun producten delen met hun concurrenten. Bovendien hadden zij de behoefte zich te onderscheiden van anderen, en ook daarin paste niet een gezamenlijk optrekken. Deze partijen betaalden aanvankelijk wel mee aan Stip: in een aantal gemeenten op basis van verrichting, in andere een vast bedrag per maand. Maar woningbouwcorporaties trokken zich als eersten terug, niet geheel toevallig de partijen waar de marktwerking het eerste is ingezet. Te verwachten valt dat de

andere sectoren, te weten zorg en welzijn, op zijn minst hun deelname en dus ook hun financiële bijdragen ter discussie zullen stellen.

Door het participantenoverleg waren veel partijen nauw betrokken bij het loket. Een belangrijke groep echter, de huisartsen, heeft hier niet aan deelgenomen. Toch leert de ervaring dat huisartsen een belangrijk verwijskanaal zijn voor loketten. Veel cliënten benaderen de huisarts voor problemen die henzelf of huisgenoten betreffen en waar ze zelf niet uitkomen. In veel gevallen betreft dit problemen waar ook de huisarts niet zo veel mee kan. De ervaring leert dat waar de samenwerking tussen loket en huisarts goed is, de huisarts mensen beter kan helpen en daardoor ook zijn eigen taak verlicht kan worden. Bovendien kunnen cliënten via het loket daar terecht komen waar ze het best geholpen kunnen worden. Niet alle huisartsen zijn echter op de hoogte van deze mogelijkheid. En vaak, als ze wel op de hoogte zijn, beschouwen ze het als de zoveelste verwarrende loot aan de zorg- en welzijnsboom. Stip gaat daarom komend jaar de huisartsen specifiek benaderen om hen te wijzen op de voordelen die dit loket ook voor hen kan hebben.

Casus 2

Moeder heeft een indicatie voor opname in een verzorgingstehuis. Zij is automatisch op de wachtlijst gekomen voor een verzorgingstehuis in de gemeente waar zij woont. In een andere gemeente wonen echter drie van haar kinderen, die graag willen dat zij in die gemeente op de wachtlijst komt, of liever nog: dat zij daar geplaatst wordt. Ook moeder wil dat liever, maar ze heeft maar Ja gezegd tegen iemand die bij haar langskwam voor een gesprek. Nu wordt gezegd dat er een nieuwe indicatie moet komen omdat het hier om een andere gemeente gaat.

Actie: Uitleg. Een indicatie is landelijk geldig, dus een nieuwe indicatie is niet nodig. Aangezien de indicatie al even onderweg is, stel ik ter verduidelijking nog een aantal vragen, zodat ik op de hoogte ben van de situatie op dit moment. Ik kom tot de conclusie dat de situatie zodanig is, dat snelle opname noodzakelijk is. De draagkracht van de familie raakt op. Ik noteer gegevens en bel mevrouw en haar dochter en beloof zo snel mogelijk terug te bellen. Ik overleg met de zorgcoördinator. Als het dossier daar dezelfde morgen nog kan zijn, kan mevrouw dezelfde middag nog voor een opnamebespreking terecht. Telefonisch contact met de dochter. Met VZH, waar moeder ingeschreven staat, overleggen dat het dossier wordt gefaxt. Uitleggen wat er besproken is.

5.4 Normen en taken

De belangrijkste taak van de loketmedewerker is vraagverheldering. Eerst weten wat er aan de hand is, en pas daarna actief worden. Deskundig zijn in vraagverheldering is een universele deskundigheid, waar medewerkers specifiek voor kunnen, en ook moeten, worden opgeleid. Hiervoor zijn specifieke methoden ontwikkeld die de cliënt zien als onderdeel van een cliëntsysteem. Vraagverheldering richt zich niet alleen op de cliënt, maar ook op mantelzorgers. Mantelzorgers hebben naast vragen over en voor de cliënt ook specifieke eigen vragen. Over beperkingen en belemmeringen van de cliënt in gesprek raken is de belangrijkste deskundigheid van de loketmedewerker. Pas daarna komt de vertaling van de belemmeringen naar een samengesteld aanbod van activiteiten en voorzieningen op de terreinen wonen, welzijn, zorg en dienstverlening: de feitelijke zorgrealisatie.

Met betrekking tot zorgrealisatie is steeds belangrijk geweest dat door de loketten daadwerkelijk iets geboden moet kunnen worden aan cliënten. Niet alleen advies en informatie, maar ook procedures in gang kunnen zetten en aanmelding realiseren bij de juiste organisaties. Als loketmedewerker en cliënt in de zorgrealisatiefase zitten, wordt de loketmedewerker vaak gevraagd welke dienst of product van welke organisatie voorkeur heeft. Stip is van mening dat een adviseur zich moet onthouden van een dergelijk advies. Wel kan een adviseur een objectief advies geven door de verschillende aanbieders op dezelfde gronden met elkaar te vergelijken, zodat de cliënt zelf kan kiezen. Persoonlijke adviezen zijn uit den boze, want voor de loketmedewerkers zijn in dezelfde situatie volstrekt andere zaken van belang zijn dan voor de cliënt. Zo kan de cliënt de aanwezigheid van een kapel in een verzorgingshuis belangrijker vinden dan het feit dat de bus voor de deur stopt. Voor de adviseur kan het tegenovergestelde gelden.

Het loket heeft ook een signaleringsfunctie. De medewerkers zijn verplicht slechte ervaringen met aanbieders terug te koppelen naar de betreffende organisatie zodat verbetering, die ook in het belang van de klant is, kan worden bewerkstelligd. Deze terugkoppeling is structureel ingebed in de organisatie van het loket. Bovendien worden in het loket instrumenten ontwikkeld die objectieve advisering ondersteunen, bijvoorbeeld door middel van vergelijking op dezelfde onderwerpen van vergelijkbare aanbieders.

Belangrijk uitgangspunt is dat loketmedewerkers niet buiten het eigen kantoor werken. Als een huisbezoek nodig is wordt een andere discipline ingeschakeld. Vaak is dat een ouderenwerker bij het welzijnswerk. Dit betekent wel dat steeds, organisatorisch, aansluiting wordt gezocht met deze ouderenadviseurs of andere functionarissen, zoals ouderenconsulenten. Maar ook met organisaties die verantwoordelijk zijn voor informatieverstrekking aan andere doelgroepen, bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten, jongeren, en dak- en thuislozen.

Naast toegang tot het RIO-domein en de Wet Voorziening Gehandicapten, werden de volgende taken aan Stip opgelegd: informatie en aanmelding voor aangepaste woonvormen, welzijnsactiviteiten. Alle functies, voorzieningen en regelgeving in zowel het eerste, tweede en derde compartiment van de gezondheidszorg en zorgverzekeringen. Daarnaast werving van en informatie geven over vrijwilligersactiviteiten.

Casus 3

Mevrouw vraagt om hulp, maar weet niet wat voor hulp. Er klinkt paniek en radeloosheid in haar stem. Ik probeer haar rustig te krijgen, zodat ik tenminste begrijp waar het over gaat. Ik vraag of zij eerder contact heeft gehad met het Stip, en waarover. Tijdens het gesprek zoek ik alvast de gegevens van een eerder gesprek. Daaruit wordt mij veel duidelijk. Mevrouw heeft eerder gebeld met de vraag om hulp omdat ze geopereerd moet worden. Hoe regel ik dat? Ik heb haar informatie gegeven.

Nu vertelt mevrouw mij in paniek en nogal verward, dat zij de dag ervoor een slecht nieuwsgesprek heeft gevoerd en of ik alstublieft hulp voor haar heb - burenhulp of zo. In flarden wordt haar verhaal duidelijk. Zij heeft duidelijk iemand nodig die naar haar luistert. Haar man is kort geleden overleden en haar enige dochter woont niet in Nederland. Zij heeft geen, of nauwelijks, sociale contacten.

Ik beloof haar vanmiddag terug te bellen. Ik raad haar aan een poosje naar bed te gaan. Haar stem verraadt het een en ander.

Actie: Goede raad is duur. Wat doe ik in deze situatie. Na overleg met de huisarts neem ik contact op met een coördinator van Humanitas. Om in deze complexe situatie korte lijnen te houden spreken wij af dat ik zelf contact op zal nemen met de man van wie ik de naam en het telefoonnummer krijg.

Telefonisch leg ik de situatie uit. Hij gaat nog dezelfde dag bij cliënte langs.

Met de huisarts besproken dat hij aan het eind van de dag langs zal gaan. We spreken af dat we de volgende week contact zullen houden om de situatie te evalueren. Ik bel mevrouw door dat er iemand van Humanitas langskomt en dat de huisarts aan het eind van de dag langskomt.

5.5 Bereikte groepen

Stip bereikt voornamelijk ouderen. Dit is geen bewuste keuze. In het hele gebied waar Stip actief is bevinden zich zeven gemeenten met een gezamenlijk inwonertal van 243.000 mensen. In dit gebied zijn zeven loketten, die zijn geopend tijdens kantooruren. Naast deze loketten wordt op vier plaatsen één- of tweemaal per week spreekuur gehouden. Stip is dus in het hele gebied op elf plaatsen bereikbaar. Hier wordt gemiddeld 20.000 keer een beroep gedaan op de dienstverlening in het loket, en daarvan is er in 7.000 gevallen sprake van een aanmelding voor een bepaalde vorm van dienstverlening. Daarnaast is er 13.000 keer alleen informatie gegeven. Per 1000 inwoners per jaar zijn dat 29 aanmeldingen en 54 informatievragen. In totaal wordt er dus 83 keer per 1000 inwoners per jaar beroep gedaan op het loket.

Hoewel er behoorlijke verschillen tussen gemeenten waarneembaar zijn, zijn de kosten van de loketten gemiddeld twee euro per inwoner (ofwel €2000 per 1000 inwoners). Een eenvoudig rekensommetje leert dan dat elk beroep op het loket (aanmelding plus informatie) ongeveer €25 kost. Gemiddeld 45% van alle aanmeldingen vindt plaats per telefoon, 40 % meldt zich aan het loket, en 15% meldt zich per post of fax.

Niet ongenoemd mag blijven dat 43 % van alle informatievragen en 57% van alle aanmeldingen betrekking hebben op diensten van de gemeenten. In verband met de relatie tussen loketten en het RIO kan vermeld worden dat 6.5 % van de aanmeldingen voor het RIO plaatsvindt via het Stip-loket. Dit varieert van 2.0 % tot 15.3% per gemeente.

Casus 4

Kunt u mij helpen aan een adres voor een cursus zelfverdediging? Ik heb een nare ervaring gehad.

Ik noteer gegevens en beloof terug te bellen zodra ik iets weet.

Actie: Geïnformeerd bij twee welzijnsorganisaties. Hier kwam ik niet verder. In de gemeentegids stond een adres. Gebeld. De mevrouw deed het al lang niet meer maar gaf een adres in Drachten.

Drachten gebeld om te verifiëren of dit nummer nog klopte. Het klopte nog.

Mevrouw het adres en telefoonnummer in Drachten doorgebeld. Ze was hier gelukkig mee.

5.6 Toekomst

In de vijftienjarige Stip-geschiedenis hebben de opeenvolgende ministers en staatssecretarissen het een en ander aan wetgeving de revue laten passeren. De versterking van de positie van de cliënt ten opzichte van aanbieders van zorg en welzijn was daarbij uitgangspunt. Dit gaf consistentie aan alle ontwikkelingen. Het valt te verwachten dat die beleidslijn de komende jaren niet gewijzigd zal worden. Het uitgangspunt van versterking van de cliënt zal blijven bestaan.

De oprichting van de RIO's, de continuëring daarvan in het Centrum Indicatiestelling Zorg, en de door opeenvolgende kabinetten ingezette en verder gestimuleerde marktwerking in het publieke domein, zijn voorbeelden van versterking van de positie van de cliënt. Beide zijn een uitwerking van de, in het kader van de modernisering in de AWBZ, gehanteerde doelstelling om de burger meer zeggenschap te bieden over de eigen behoeften ten aanzien van zijn maatschappelijke participatie. In dit kader heeft de overheid gericht beleid gevoerd om de positie van de cliënt in structuren te verbeteren. Dus versterking van de organisaties als patiënten-/consumentenorganisaties en cliëntenraden, maar ook het afdwingen van bestuurszetels voor cliënten.

Naast versterking in structuren, streeft de overheid ook naar versterking van het individu. In dat beeld past de individuele ondersteuning van de cliënt. De behoefte aan ondersteuning dicht bij de cliënt staat daarmee nog steeds recht overeind. Wat de situatie in zuidoost Friesland onderscheidt van situaties elders in het land, is het

gehanteerde uitgangspunt dat Stip de toegang tot RIO en WVG diende te zijn. Dit is niet altijd zonder slag of stoot gegaan, maar genoemd uitgangspunt is leidraad bij het handelen geweest en heeft steeds duidelijkheid gegeven. Bovendien wordt de relatie met het RIO gekenmerkt door het feit dat het RIO niet zelf een informatietaak heeft. Het RIO is een uitvoeringsorganisatie, zij ‘verkoopt’ indicatiebesluiten. Het beleidsdoel om de zeggenschap van de cliënt te verbeteren is een volgende fase ingegaan. Een fase die mijns inziens grote kansen biedt voor lokale loketten. Het kabinet heeft voorgesteld om de samenhang in een groot aantal ontwikkelingen bij gemeenten neer te leggen. Dit moet gebeuren in het kader van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het denken hierachter is dat de gemeente dichter bij de cliënt zou staan dan de landelijke overheid, en dus ook beter diens wensen in beleid en voorzieningen kan vertalen. De ervaringen met de gemeente als verantwoordelijke partij voor samenhang zijn echter niet onverdeeld positief. Motieven om hieraan mee te werken waren vaker ingegeven door financiële argumenten dan door inhoudelijke. Bovendien zijn gemeenten al geruime tijd verantwoordelijk voor een gedeelte van de zorg. In die periode hebben ze intern nog steeds geen adequaat antwoord kunnen geven op de integratie binnen het eigen bestuursapparaat, op de onderdelen WVG, als onderdeel van sociale zaken, welzijn en het, nu nog beperkte, beleidsonderdeel Zorg. Gemeenten mogen goed georganiseerde partijen niet de kans geven bestaande interne belangentegenstellingen uit te buiten. Deze tegenstellingen zijn hooguit een intern probleem van de gemeente. Met de grote belangen die aanbieders hebben bij een goede relatie met de gemeenten wordt dit meer dan alleen een intern probleem. Alleen het onderbrengen van een nog groter aantal onderdelen onder regie van de gemeenten zal dus niet automatisch meer samenhang betekenen. Uit de behoefte om enig zicht te houden op dit brede terrein zou het tegendeel wel eens het gevolg kunnen zijn. Gezien de moeite die het de Zorgkantoren kost om commerciële denkende zorgorganisaties in het belang van de individuele cliënt te laten werken, moeten gemeenten deze taak niet onderschatten en in elk geval zorgen dat ze in eigen huis met één mond spreken.

Als gemeenten dat voor elkaar krijgen zie ik voor loketten binnen de WMO wel degelijk grote kansen. Een groot gedeelte van de AWBZ wordt overgeheveld van het zorgkantoor (CTG) naar de gemeente. Daarmee krijgt de gemeente de regie over een groot aantal voorzieningen. De gemeente moet de toegang tot deze voorzieningen regelen. Juist een bestaand of nog op te richten loket waarin goede afstemming plaatsvindt met de huidige WVG en de medische advisering door het RIO, of een andere partij, geeft gemeenten de kans invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid.

Een loketontwikkeling in het kader van de nieuwe WMO maakt dat Stip veel meer kan zijn dan alleen een balie voor informatie en advies. Zij kan uitgroeien tot hét knooppunt voor allerlei zorg en welzijnsdiensten in de gemeente. Waarbij hier nadrukkelijk niet een grote (bureaucratische) organisatie wordt bedoeld waar alle vormen van informatie in worden ondergebracht. Wel kan het loket het centrale punt van een aantal al bestaande of nog op te zetten netwerken in de gemeente worden.

Cliënten kunnen op die plek snel en goed op het spoor gezet worden van voor hen relevante diensten en voorzieningen. Voorzieningen die nu eens door de rijksoverheid worden gestuurd (RIO, AWBZ), dan weer door de gemeente (welzijn en dienstverlening), dan weer door de provincie (jeugdbeleid), en dan weer door het private circuit (wonen en zorg) Er zijn allerlei organisatorische redenen te bedenken waarom dat zo gekomen is. Voor de cliënten is het meestal alleen maar lastig. De loketten beschouwen het als een fait accompli waar cliënten doorheen geloodst moeten worden. (Gemeente)bestuurders zullen zich deze visie eigen moeten maken en zich minder moeten storen aan interne organisatorische problemen. Eerder is de positie en rol van aanbieders van zorg en welzijn aan de orde geweest. Het valt te verwachten dat deze partijen steeds meer hun marketingbelangen zullen dienen. Steeds minder echter kan van deze partijen verwacht worden dat zij, los van hun eigen marketingbelangen, louter altruïstisch de belangen van de cliënt zullen dienen. Dit gegeven is een groot nadeel van de marktwerking in het publieke domein. Waar met publiek geld gewerkt wordt, zou samenwerking tussen partijen juist tot efficiëntie en effectiviteit moeten leiden. De geschiedenis heeft geleerd dat dat niet het geval is. Publieke organisaties gaan zich als monopolisten gedragen. Onder druk van de marktwerking fuseren organisaties zich tot op de dag van vandaag tot onbeheersbare kolossen, die net zo monopolistisch zijn als hun publieke voorgangers. Om de markt te kunnen controleren, is dat ook net hun bedoeling. Of dat ook de bedoeling is geweest van de landelijke overheid, betwijfel ik. Ik vraag me dan ook af wanneer de NMA zich met de zorgsector gaat bemoeien. Gevolg van de marktwerking in de voormalige publieke sector is, dat loketten steeds meer hun onafhankelijkheid van de marketingbelangen van aanbieders van zorg moeten benadrukken. Dat betekent dat aanbieders van zorg geen invloed mogen uitoefenen op de dienstverlening van loketten. De toekomst van de loketten ligt dan ook niet in handen van de aanbieders, maar bij onverdacht onafhankelijk (bedoeld wordt: in dienst van de cliënt) werkende organisaties. Dit zijn in het bijzonder gemeente en zorgkantoor maar ook CIZ, MEE en GGD. Een bijzondere positie nemen ziekenhuizen in. Een loket binnen hun muren kan een goede start in het zorgcircuit betekenen voor cliënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen. Ziekenhuizen moeten dan wel de onafhankelijke en objectieve ondersteuning van cliënten onderschrijven. Dus niet met één aanbieder een uitstroomcontract afsluiten en met die partij een transferpunt inrichten. Voor de aanbieder is dat fijn, maar voor de cliënt veel minder.

Ten aanzien van de financiering van de loketten zijn gemeente en Zorgkantoor de partijen die hun verantwoordelijkheid moeten nemen. De derde partij is de klant zelf die gefaciliteerd moet worden om de ondersteuning van het loket geheel of gedeeltelijk te betalen. Een mooie manier is om binnen een Persoons Gebonden Budget hiervoor een geormerkt bedrag ter beschikking te stellen dat alleen hiervoor mag worden aangewend. Indien het niet wordt gebruikt, wordt het niet uitgekeerd. Daarmee wordt loketten een betere financiële basis geboden, die ze overigens zelf moeten verdienen. Daarnaast geeft het cliënten de vrijheid de door hen gewenste ondersteuning daar in te kopen waarin ze het meeste vertrouwen hebben.

Het organiseren van samenhang is voor cliënten van belang. Blijven de WVG- en de AWBZ-dokter nog steeds na elkaar hetzelfde doen of kan dat door een en dezelfde persoon gebeuren, zodat de cliënt maar één in plaats van twee dokters op bezoek krijgt? Nu het RIO blijkbaar niet meer de plaats is waar het kan plaatsvinden, moeten gemeenten die handschoen oppakken. Juist in het in samenhang brengen van allerlei voorzieningen, diensten en zorg- en welzijnsproducten ligt een taak voor loketten. Gemeenten zullen dan wel alle medische advisering van de onder haar regie vallende diensten bij eenzelfde orgaan moeten onderbrengen. In het kader van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gemeenten voor RIO en WVG, met enige bestuursdwang, is dat niet gelukt. Wat hebben gemeenten dan wel nodig om dat te laten lukken? Zijn zij uitvoerder van wetgeving zoals WVG, WMO, gedeelte AWBZ, of willen ze met behulp van de uitvoering van wetgeving de toegang van de burger tot zorg en welzijn verbeteren? Gemeenten zouden er een eer in moeten stellen het laatste te realiseren. Want juist dat is voor cliënten van belang. Loketten kunnen dat waarmaken als gemeenten onverkort kiezen voor het belang van de eigen burger en minder voor de eigen organisatieproblemen. Als gemeenten die verantwoordelijkheid durven te nemen dan kan invoering van de WMO een succes worden.

Casus 5

Kan ik ook hulp krijgen bij het douchen? Ik ben niet zo stevig meer ter been en durf niet meer onder de douche.

Tijdens het gesprek wordt duidelijk dat mevrouw niet op de hoogte is van welke mogelijkheden dan ook en dat er meer aan de hand is dan moeilijkheden met douchen.

Ik geef uitleg over Thuiszorg voor douchen maar ook voor huishoudelijk werk, en vertel iets over de WVG Woningaanpassing zoals een douchezitje, vervoer taxikaart, mogelijkheden van klussendienst en Tafeltje Dekje. Het lijkt mevrouw een goed idee toch maar gebruik te gaan maken van de mogelijkheden die er zijn. Zij had hier nog nooit van gehoord en komt al tijdens de deur niet meer uit.

Actie: Aanvraag voor huishoudelijke ondersteuning en verzorging naar het RIO gefaxt. Aanvraagformulier voor WVG-voorzieningen naar mevrouw opgestuurd.

6 Geïntegreerde indicatiestelling voor de AWBZ en de WVG: een praktijkvoorbeeld

Hans Kraaijeveld, oud-directeur RIO-Zaanstreek, thans directeur CIZ regio Kennemerland

6.1 Inleiding

Geïntegreerde indicatiestelling is een van de speerpunten in de modernisering van de AWBZ. Met de vraag van de cliënt als vertrekpunt, wordt op holistische wijze gekeken naar de zorgproblematiek van de cliënt. Vanuit een objectieve, onafhankelijke en integrale beoordeling kan door het indicatieorgaan een arrangement van functies en/of voorzieningen worden geadviseerd, dat zo goed mogelijk tegemoetkomt aan de specifieke problematiek van de betreffende cliënt.

Met dit doel voor ogen is in de afgelopen jaren, door het Ministerie van VWS en de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO), veel nadruk gelegd op verbreding van het indicatiedomein van de Regionale Indicatieorganen (RIO's). Die verbreding heeft betrekking op twee terreinen.

Ten eerste binnen de AWBZ. Aanvankelijk was alleen de sector Verzorging en Verpleging (Thuiszorg, Verzorgingshuiszorg en Verpleeghuiszorg) het werkterrein van de RIO's. In 2003 zijn de Gehandicaptenzorg en de Geestelijke Gezondheidszorg daaraan toegevoegd.

Ten tweede beoogt de verbreding het onderbrengen van de indicatiestelling voor de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) in de RIO's. De WVG valt sinds 1994 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Het totaal aan mogelijkheden binnen beide voorzieningen biedt een breed spectrum aan oplossingsrichtingen voor een doeltreffende ondersteuning van zorgvragende cliënten.

De integraliteit tussen AWBZ en WVG-voorzieningen, is in dit hoofdstuk het onderwerp van beschouwing. De inhoud van dit hoofdstuk is opgebouwd langs:

- een korte beschrijving van het RIO Zaanstreek, thans CIZ Zaanstreek geheten,
- het takenpakket van het RIO,
- werkwijzen,
- de oplossingsrichtingen die gekozen zijn en de problemen die zich voordoen,
- het toekomstperspectief.

Ook komen ervaringen aan de orde:

- Binnen het RIO. De managementvraagstukken die zich bij de ontwikkeling van het RIO Zaanstreek voordeden, met name in relatie tot geïntegreerd indiceren en WVG;
- Ervaringen van cliënten, zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoor.

6.2 Het RIO Zaanstreek, de praktijk

Het leidende motto bij de praktijk van het RIO Zaanstreek komt tot uitdrukking in een citaat van Willem Elsschot: *Tussen dromen en daden staan wetten in de weg en praktische bezwaren*, ofwel: meestal bestaat er spanning tussen theorie en de praktijk. Om te illustreren dat ook het RIO Zaanstreek er nog niet in alle gevallen in slaagt de praktijk in overeenstemming te brengen met de theorie, zijn door de heen tekst kadertjes opgenomen met citaten van cliënten (Q-Consult, 2003).

Het RIO Zaanstreek is in januari 1998 van start gegaan en is voortgekomen uit het toenmalige Woonzorgloket. Dit Woonzorgloket werd opgericht in 1994, toen de WVG onder de verantwoordelijkheid werd gebracht van de gemeenten. De gemeenten Zaanstad, Oostzaan en Wormerland combineerden hierin de indicatiestelling, die reeds door de oude *artikel-6j* commissies (verzorgingshuizen, verpleeghuizen) werd uitgevoerd, met nieuwe taken op het terrein van de WVG.

De oprichting van het RIO had als voordeel dat de integratie van twee taakvelden en daarbij behorende deskundigheid al voor een belangrijk deel had plaatsgevonden. Het nadeel was dat er een werkwijze was ontstaan die in belangrijke mate afweek van hetgeen binnen het RIO gewenst was. Zo waren de medewerkers die de indicaties stelden ook verantwoordelijk voor de levering van de door henzelf geïndiceerde WVG-voorziening. Ook waren er geen eenduidige procedures. Het referentiekader van de indicatiestellers liep nogal uiteen. Daarmee voldeed de werkwijze niet aan de uitgangspunten *objectief* en *onafhankelijk*. Het Woonzorgloket was een onderdeel van het ambtelijk apparaat van de gemeente Zaanstad. Bij de start van het RIO Zaanstreek is gekozen voor een privaatrechtelijke stichting, waarin de gemeenten hun taken op de betreffende beleidsterreinen aan het RIO hebben gemandateerd.

Bij de start in 1998 had het RIO 25 medewerkers. Er werd geïndiceerd voor de WVG-voorzieningen en verzorgings- en verpleeghuiszorg. De indicatiestelling voor de thuiszorg was gemandateerd aan de thuiszorgorganisatie. Het aantal indicaties op jaarbasis bedroeg rond de 2500. In de jaren daarna hebben veel ontwikkelingen geleid tot de huidige situatie.

6.3 De huidige situatie

Het RIO Zaanstreek indiceert de functies die worden geboden binnen de terreinen zoals beschreven in tabel 1.

<p>AWBZ</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Thuiszorg</i>• <i>Verzorgingshuiszorg</i>• <i>Verpleeghuiszorg</i>• <i>Transmurale zorg</i>• <i>Geestelijke gezondheidszorg (vanaf 01-04-'03)</i>
<p>WVG</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Wonen</i>• <i>Vervoer</i>• <i>Mobiliteit</i>
<p>Overig</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Rea (Reïntegratie arbeidsgehandicapten)</i>• <i>Aanleunwoningen</i>• <i>Gehandicapten, parkeerkaarten en parkeerplaatsen</i>

Tabel 1: Indicaties RIO Zaanstreek

Daarnaast verzorgt het RIO ook de uitvoering van de WVG. De organisatie telt rond de 75 medewerkers. In 2003 werden door hen 13.500 aanvragen behandeld. Geen van de taken is gemandateerd. Het werkgebied bedraagt ongeveer 160.000 inwoners van de gemeenten Zaanstad, Oostzaan en Wormerveer.

6.4 Het RIO Zaanstreek, de theorie achter de praktijk

Het combineren van verantwoordelijkheden op het terrein van de AWBZ en de WVG was in 1994 een voorbeeld van visionair beleid. Pas vier jaar later, bij de ontwikkeling van RIO's, werd de waarde van de combinatie van AWBZ en WVG-indicaties tot uitdrukking gebracht in het beleid van de landelijke overheid. Het onderkennen van de waarde die de combinatie AWBZ/WVG heeft, begint met het besef dat het in beide vormen van wetgeving in essentie gaat om het opheffen van belemmeringen en/of het beperken van defecten in de gezondheid en of welzijn van een persoon. De voorzieningen die in beide wetten zijn ondergebracht zijn complementair, zoals in de situatie waarin door aanpassingen in een woning, eventueel met inzet van thuiszorg, kan worden voorkomen dat een cliënt naar een intramurale zorginstelling moet verhuizen.

Ook het omgekeerde komt voor. Vanuit de vigerende visie op zorg, die ervan uitgaat dat een cliënt zo lang mogelijk ondersteund wordt in een zelfstandige woonsituatie, ontwikkelden zorginstellingen beleid dat gericht is op extramuralisering van de zorg. Dat betekent dat een substantiële groep van hun cliënten buiten de deuren van de instelling verzorgd wordt. Gezien de aard van de doelgroep is het redelijk te veronderstellen dat in de woonsituatie van deze cliënten aanpassingen noodzakelijk zijn om hun zelfstandigheid te waarborgen. Kortom, door extramuralisering van zorg neemt het beroep op de WVG toe. Die inhoudelijke relatie is, met name vanuit het cliëntperspectief, een belangrijk motief voor het combineren van beide typen indicatiestelling.

Tegelijk treedt in deze combinatie een aantal spanningsvelden op, die hieronder zijn beschreven. Vervolgens wordt aangegeven hoe het RIO Zaanstreek hiermee is omgegaan. De knelpunten deden voor zich op een aantal niveaus. Zij lijken echter ook van toepassing op de landelijke organisatie van de RIO's, die als kerntaak hebben de AWBZ-indicaties uit te voeren en voor het overige hun indicatiediensten aan gemeenten moeten zien te 'verkopen'.

Op gemeentelijk niveau

Het onderbrengen van de WVG-indicaties bij het RIO had gevolgen voor de ambtelijke medewerkers, die tot dat moment belast waren met de uitvoering van de WVG. Het weghalen van (een deel) van de taken bij de WVG-medewerkers leidde tot weerstand die niet primair voortkwam uit inhoudelijke overwegingen, maar voornamelijk uit de onzekerheid ten aanzien van de eigen positie of van de ambtelijke status, omdat het RIO Zaanstreek in een private stichting was ondergebracht.

Toen de indicatiestelling voor de WVG bij het RIO werd ondergebracht, dreigde bij de gemeente ook het gevaar van een vermindering van de samenhang tussen de onderscheiden uitvoeringsaspecten, met name bij het vaststellen van wat nodig was en de levering daarvan. Bijkomende risico's waren het verwateren van deskundigheid, een minder directe input voor het verstrekkingenbeleid, en de kans op vermindering van betrokkenheid bij de problematiek.

Een belangrijk aandachtspunt was ook de gegevensuitwisseling tussen het RIO en de gemeente. Wanneer het RIO een WVG-advies afgaf en er binnen de afdeling WVG van de gemeente werd besloten om van het advies af te wijken, dan was het van belang dit te communiceren met het RIO, omdat anders de cliëntgegevens binnen het RIO niet meer actueel zouden zijn. Aangezien afhandeling op basis van dossierkennis dan niet meer goed mogelijk zou zijn, had dit, naast suboptimalisatie van de advisering, kunnen leiden tot kostenverhoging.

In de relatie RIO/Gemeente

In de relatie van het RIO met de Gemeente zijn de financiering en de bestuurlijke verantwoordelijkheid van groot belang. De ervaringen van de afgelopen jaren

hebben aangetoond dat de oorspronkelijke vormgeving en bestuurlijke inbedding onvoldoende waarborgen in zich hadden om tot een adequate en professionele ontwikkeling van RIO's te komen. In een artikel in *Zorgvisie* (Kraaijeveld, 2002) en het rapport van de Commissie Buurmeijer (Buurmeijer, 2003), zijn argumenten daarvoor overtuigend aangevoerd. Het resultaat is een verandering naar aansturing van de RIO's op landelijk niveau.

Effecten binnen het RIO zelf

De effecten binnen het RIO hebben vooral betrekking op managementvraagstukken, vooral ten aanzien van organisatorische vormgeving in relatie tot integraliteit van de indicatiestelling en ten aanzien van een snelle inhoudelijke en fysieke groei van de organisatie. Daarnaast is het thema cultuurverandering relevant in relatie tot het samenbrengen van medewerkers met verschillende achtergronden.

“Meer overleg en samenwerking tussen de medewerkers zou aanbevelenswaardig zijn. Het lijkt wel of de medewerkers van het RIO allemaal in een eigen hokje zitten met hoog prikkeldraad eromheen.”

6.5 Oplossingsrichtingen die binnen het RIO Zaanstreek gekozen zijn

Effecten op gemeentelijk niveau

Met de start van het RIO werden alle WVG-taken van de gemeente aan het RIO overgedragen, zowel de indicatiestelling als de uitvoering. Ook het budget voor WVG-voorzieningen werd op de rekening van het RIO overgemaakt. Daarmee werd de eenheid van de taak in stand gehouden, maar rees onmiddellijk de vraag hoe men greep moest houden op een beleidsterrein waarvoor de gemeente verantwoordelijk was. De oplossingen daarvoor werden gevonden in het definiëren van de leveringsvoorwaarden. Het RIO werkt in opdracht van drie gemeenten en aan die opdracht ligt een contractdocument ten grondslag. In het contract is een aantal voorwaarden opgenomen, waaraan het RIO dient te voldoen. Het RIO verantwoordt haar activiteiten en doet verslag op basis van een aantal sturings- en meetinstrumenten.

Voorbeelden van deze instrumenten zijn:

- Begroting
- Jaarrekening
- Vier managementrapportages per jaar
- Kwaliteitsbeleid en -verslag
- Leidraad voor Meerjarenbeleid
- Jaarplannen waarin operationalisering van de Leidraad tot uitdrukking is gebracht, inclusief een set concrete prestatie-indicatoren (balanced score card)
- Periodieke evaluaties van het verstrekkingsbeleid
- Verslagen van specifieke opdrachten
- Rapportages van klachten en bezwarencommissie.

- Resultaten van periodieke cliënttevredenheidsonderzoeken
- Resultaten van interne evaluaties

Daarnaast zijn binnen de drie gemeenten accountmanagers benoemd, die elke twee maanden overleg hebben met de directeur en de beleidsmedewerker-WVG van het RIO. Tevens is de gemeente binnen de Raad van Toezicht van het RIO met twee personen vertegenwoordigd. Langs bovengenoemde instrumenten krijgt de gemeente veel informatie aan de hand waarvan zij het handelen van het RIO adequaat kan monitoren.

Tot slot worden bezwaren tegen de besluiten van het RIO ingediend bij en behandeld door de gemeentelijke bezwarencommissie. De informatie hieruit geeft ook veel inzicht in het presteren van het RIO.

Effecten in de relatie RIO/Gemeenten

Het RIO Zaanstreek heeft een aantal financiële discussies over organisatiekosten gevoerd met de gemeenten. Dergelijke discussies zijn zeer arbitrair als het RIO er niet in slaagt zijn taken en dienstverlening te kwantificeren. Met andere woorden, het RIO zal duidelijk moeten maken welke kwaliteit de gemeenten voor hun geld krijgen. Daartoe is binnen het RIO Zaanstreek een set kengetallen ontwikkeld, waarmee bijvoorbeeld de formatieomvang kan worden berekend en beoordeeld. De normgetallen worden verwerkt in formules waarmee de noodzakelijke formatie kan worden vastgesteld en onderbouwd. Op deze wijze wordt een set objectieve gegevens geleverd, waarover gediscussieerd kan worden. Die objectiviteit kan nog versterkt worden op het moment dat de RIO sector beschikt over benchmarkgegevens, een operationeel certificatieschema, en resultaten van externe toetsing. Al deze concrete gegevens bij elkaar maken het mogelijk om gefundeerde keuzes te maken in de middelen die voor de exploitatie van het RIO noodzakelijk zijn.

Effecten binnen het RIO

Bij de start van het RIO deed zich een aantal primaire vragen voor, zoals:

- hoe moet het organisatieontwerp er uitzien?
- welke deskundigheden hebben wij nodig om de opgedragen taken adequaat uit te voeren?
- op welke wijze kan de integraliteit van de indicatiestelling zo goed mogelijk worden bevorderd?

Hierbij is het uitgangspunt dat al of niet meervoudige vragen cliënten zoveel mogelijk door één indicatieadviseur worden beantwoord en het proces van aanvraag tot levering voor de cliënt zo ononderbroken mogelijk verloopt.

“Ik heb geen inzicht in de structuur van het RIO, dus het is moeilijk om een gouden tip te geven. Maar als het moet zou ik het volgende willen zeggen:

“Geef iedere cliënt één contactpersoon en behandel de aanvrager, zoals in het bedrijfsleven, snel en correct. Houd dus een afwikkelingsadministratie bij van iedere aanvraag, zodat er binnen één minuut antwoord kan worden gegeven over hoe de

zaak er voor staat. Ik zat aan de orderadministratie van een drukkerij met 180 orders. Ik kon iedere cliënt direct inlichten over de voortgang van zaken”.

De keuze voor de organisatorische vormgeving kan niet los worden gezien van de betekenis die men voor de verschillende belanghebbenden wil hebben. Het organisatieontwerp dient het realiseren van de onderscheiden doelstellingen te vergemakkelijken.

Vershillende overwegingen hebben een rol gespeeld bij het ontwerp van de organisatie. Het RIO Zaanstreek beschouwt haar organisatie als een ‘doelrealiserend samenwerkingsverband’. Organiseren als activiteit is gericht op het aanbrengen van een gemeenschappelijke visie en uitvoeringsbereidheid ten aanzien van de doelstellingen en het voortdurend scheppen van doelmatige verhoudingen tussen beschikbare medewerkers, middelen en te verrichten handelingen.

Gebaseerd op deze omschrijving gaan wij er vanuit dat onze organisatie wordt gevormd door:

- *inhoud*: het geheel van visie, doelstellingen en beleid, te herkennen in de geleverde diensten, die zijn neergelegd in een Leidraad voor Meerjarenbeleid;
- *ordening*: de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, procedures en systemen;
- *mensen*: de kwantiteit en de kwaliteit van de beschikbare medewerkers;
- *cultuur*: de voor een organisatie kenmerkende manier waarop met elkaar en met de feiten wordt omgegaan.

Deze vier factoren staan direct met elkaar in verband. Dit vraagt een samenhangende visie op de organisatie en een integrale benadering van veranderingen. De taak van het management daarin is om op ieder niveau in de organisatie een optimale afstemming te bewerkstelligen. De individuele medewerker is verantwoordelijk voor de inzet, effectiviteit en efficiëntie van zijn of haar persoonlijk functioneren en dat van anderen.

In het functioneren als organisatie hanteert het RIO Zaanstreek de volgende uitgangspunten:

- *Zorgonderneming*: de maatschappelijke functie en taak van de organisatie gelden als uitgangspunt. Binnen dat kader worden ten aanzien van het realiseren van de doelstellingen principes uit de zogenoemde profitsfeer toegepast: kostenbeheersing en het uitdrukken van doelstellingen in kwantificeerbare eenheden en producten.
- *Make or buy*: de organisatie maakt voortdurend de afweging wat zij zelf zal doen en wat zij zal uitbesteden. Bij deze afweging wordt in het licht van de eigen kerntaak uitgegaan van een zo optimaal mogelijke prijs-kwaliteitverhouding.

- *Haal- en brengdiensten*: het primaire proces is zodanig gestructureerd dat er sprake is van een optimale verhouding tussen haaldiensten: de telefonische intake, indicatiestelling en spreekuren, en brengdiensten: de indicatiestelling bij de cliënt in diens leefomgeving.
- *Transparant*: zowel voor externe klanten als voor medewerkers is duidelijk wie in de organisatie waarop aanspreekbaar is. Het RIO Zaanstreek organiseert periodiek feedback van cliënten/consumenten, medewerkers en zorgaanbieders. De resultaten daarvan zijn publiek.
- *Flexibel en klantgericht*: de organisatie is in staat op wijzigingen in de omgeving en/of van klantvoorkeuren snel in te spelen. Kwaliteitsbeleid is een essentieel aspect van de bedrijfsvoering.
- *Korte lijnen en zo min mogelijk managementlagen*: het aantal managementlagen is beperkt tot het minimaal noodzakelijke.
- *Lerende organisatie*: leren in de organisatie betekent een constant testen van ervaringen en het omzetten van deze ervaringen in kennis die toegankelijk is voor de hele organisatie en relevant voor het doel van haar bestaan.

Organisatiestructuur

Op basis van het bovenstaande komen de grondslagen en ordeningsprincipes voor de vormgeving van de organisatie aan de orde. Deze uitgangspunten zijn van belang voor de positie van de organisatie in haar omgeving en voor het vermogen om, binnen het kader van de kerndoelstellingen, zo efficiënt en doelgericht mogelijk te kunnen functioneren.

Schaalgrootte

Bij het ontwerpen van de organisatie is uitgegaan van de gedachte dat de organisatie zodanig ingericht moet zijn dat effectiviteit, doelmatigheid, herkenbaarheid, klantvriendelijkheid en motivatie van medewerkers zo goed mogelijk tot uitdrukking worden gebracht. Vertaald naar de situatie van het RIO Zaanstreek betekent dit dat er, uit het oogpunt van klantvriendelijkheid en herkenbaarheid, wordt gestreefd naar kleinschaligheid in de directe uitvoering, dicht op de cliënt. De voordelen van grootschaligheid zoeken wij vooral in de voorwaarden ‘achter de schermen’, te weten management en staf.

Orderingsprincipes

Bij het kiezen van de vormgeving van de organisatie, hebben de volgende uitgangspunten een centrale rol gespeeld:

- *Samenhang*: verschillende diensten dienen in onderlinge samenhang te worden aangeboden, waardoor middelen doelmatig kunnen worden ingezet. Zij moeten functioneel zijn en relateren aan de wensen en vragen van de te onderscheiden cliëntgroepen.
- *Kwaliteit*: de kwaliteit van de dienstverlening moet optimaal zijn. Er worden hoge eisen gesteld aan kwaliteit in samenhang met factoren als deskundigheid en motivatie van de medewerkers, flexibiliteit van de organisatie en de levering van diensten op maat. De verhouding tussen prijs en kwaliteit bewaakt moet worden met het oog op de efficiency.
- *Vraag- en marktgerichtheid*: er moet sprake zijn van een vraag- en marktgerichte ordening van diensten. De cliënt met zijn vragen en behoeften staat centraal en moet in één keer geholpen kunnen worden.
- *Bereikbaarheid*: De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de organisatie moeten optimaal zijn. Dit vereist, ook naar buiten toe, een heldere en inzichtelijke organisatievorm. De cliënt moet weten hoe hij toegang krijgt tot de organisatie en haar diensten.
- *Verantwoordelijkheid*: De organisatie maakt het mogelijk dat verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden zoveel mogelijk bij de uitvoerders van de dienstverlening liggen, met name bij de uitvoerende zorg- en dienstverlening.

Gevolgen voor de vormgeving

Bovengenoemde uitgangspunten zijn de grondslag voor de uiteindelijke vormgeving. De lijnorganisatie van het RIO Zaanstreek wordt gekenmerkt door een ondersteunende staf en vier uitvoerende sectoren.

1. De eerste uitvoerende sector, de kerntaak, is de *indicatiestelling*. Deze groep is primair gericht op de indicatiestelling en advisering.
2. De tweede, de *administratieve sector*, is ondersteunend aan de kerntaak op operationeel niveau.
3. De derde uitvoerende groep betreft de *uitvoering van de WVG*.
4. De vierde groep is het *aanmeld- en informatieteam*. Bij hen komen alle schriftelijke, telefonische en persoonlijke aanvragen binnen.

De *voorwaardenscheppende sector* bestaat uit directie en stafcapaciteit.

Op basis van de genoemde uitgangspunten is gestreefd naar een kleinschalige, holistische aanpak bij de directe dienstverlening aan cliënten en een meer gecentraliseerde benadering bij de ondersteunende en voorwaardenscheppende diensten. Concreet komt dit neer op het werken met wijkteams, die zoveel mogelijk zelfsturend zijn, en contactpersonen voor de verschillende cliëntgroepen.

Hierbij gelden de volgende uitgangspunten:

- Elk team is zodanig samengesteld, dat alle taken op het terrein van indicatiestelling en effectuering binnen het wijkteam kunnen worden uitgevoerd;
- Het domein van een zelfsturend team omvat zoveel mogelijk de voorbereidende, uitvoerende en controlerende activiteiten. Concreet betekent dit dat ook administratief medewerkers aan een team zijn toegevoegd;
- Elk team wordt aangestuurd door een teamleider. Tussen de directie en de teamleiders zijn geen andere managementlagen aanwezig. Met elkaar vormen zij het managementteam;
- Elk team is verantwoordelijk voor zijn resultaten en moet gelegenheid krijgen om de eigen resultaten te bewaken en te verbeteren. Hiervoor kan een team beschikken over adequate informatie, bevoegdheden, hulpmiddelen en prestatienormen;
- Binnen elk team moeten optimale condities aanwezig zijn voor een flexibele werkverdeling. Dit impliceert dat er, binnen bepaalde grenzen, ruimte moet zijn voor verschillen in inzetbaarheid en ambities;
- De omvang van elk team moet voldoende waarborg bieden voor de continuïteit van werkzaamheden;
- Binnen elk team zijn naar verhouding deskundigheden aanwezig die nodig zijn om te komen tot een kwalitatief verantwoorde indicatiestelling op de verschillende zorgterreinen.

Voor de indicatieadviseurs zijn zes deskundigheidsgebieden onderscheiden, te weten:

- A. AWBZ verzorging en verpleging intramuraal
- B. AWBZ verzorging en verpleging extramuraal
- C. AWBZ geestelijke gezondheidszorg
- D. WVG wonen
- E. WVG vervoer
- F. WVG mobiliteit

Hoewel een zo breed mogelijke indicatiestelling per adviseur wordt nagestreefd, is het niet realistisch te veronderstellen dat elke adviseur het gehele takenpakket zodanig beheerst, dat zij/hij op alle terreinen een kwalitatief verantwoorde indicatie kan afgeven. Wel dient elke adviseur op alle deskundigheidsgebieden te beschikken over een gedefinieerde basiskennis. Daarnaast beheersen zij ten minste drie aandachtsgebieden op specialistisch niveau.

Bij de samenstelling van de teams is gestreefd te komen tot een evenwichtige spreiding van deskundigheden langs het model als in figuur 1.

Desk.gebied	A	B	C	D	E	F
Adviseur 1						
Adviseur 2						
Adviseur 3						
Adviseur 4						
Adviseur 5						
Basiskennis						

Figuur 1: Model gebruikt bij samenstelling van de teams

In elk team is daardoor de gewenste deskundigheid op de onderscheiden aandachtgebieden dubbel aanwezig. De opleidingsachtergrond van de indicatieadviseurs is overwegend HBO-V, en in beperkter mate ergotherapie en maatschappelijk werk. Ten behoeve van zeer specialistische vraagstukken, die het basisoniveau overstijgen, treden specifiek opgeleide medewerkers op als intern adviseur voor de meer algemeen opgeleide adviseurs.

De adviseur aan wie een aanvraag is toegewezen, is dossiereigenaar en verantwoordelijk voor een adequate afhandeling. Als deze niet op alle onderdelen van de aanvraag voldoende deskundig is, betreft zij/hij de aanvullende kennis bij een collega uit het eigen team. Door deze interactie vindt ook onderlinge deskundigheidsuitwisseling plaats, waardoor de basiskennis geleidelijk toeneemt. Indien een cliënt na een periode een vervolgaanvraag indient, wordt de vraag in behandeling genomen door de adviseur die ook de vorige aanvragen van de betreffende cliënt behandeld heeft.

“In bepaalde ziektegevallen kunnen meerdere aanvragen tegelijk of elkaar opvolgend voorkomen. Het zou een hoop rompslomp voorkomen om in zo’n geval één dossier te maken, zodat niet elke aanvraag naar een bepaalde afdeling moet, met steeds hetzelfde verhaal en thuisbezoeken”.

Op deze wijze zijn drie wijkteams geformeerd, in verhouding tot de omvang van het werkgebied en rekening houdend met een adequate teamomvang. De eenduidigheid tussen de teams wordt bewaakt door horizontale vakberaden. De stafcapaciteit bestaat uit een team van algemeen en financieel administratieve krachten en medewerkers op het terrein van personeelszaken, automatisering, juridische zaken, WVG- beleid en kwaliteitszorg. Een belangrijk deel van de stafcapaciteit komt voort uit de uitvoeringstaak van de WVG.

Coördinatiemechanismen

Het bijzondere van het werk binnen het RIO Zaanstreek is dat veel van de activiteiten buiten het kantoor plaatsvinden. Dit stelt specifieke eisen aan de aansturing van de betrokken medewerkers. Standaardisering van kennis, vaardigheden, werkwijzen en gewenste output zijn in dit kader de belangrijkste mechanismen om een eenduidige en integrale benadering van cliënten te waarborgen. Dit impliceert het ontwikkelen van instrumenten, zoals duidelijke beslissingsondersteunende richtlijnen, protocollen, eenduidige beoordelingscriteria en intercollegiale consultatie/toetsing (Feacham, 2002). Daartoe zijn instrumenten ontwikkeld. (Tabel 2)

Instrumenten ter ondersteuning van eenduidig handelen	
Begrippenkader	ICF classificatie
Referentiekader voor het handelen	Leidraad voor Meerjarenbeleid Beleidsplan Kwaliteitszorg Digitaal organisatiehandboek*
Werkmethoden	Protocol indicatiestelling Formulierenset indicatiestelling Interne procedures, richtlijnen conform INK structuur
Beoordelingscriteria	Digitaal handboek beoordelingscriteria*
Deskundigheidsbevordering	Scholingsplan
* In ontwikkeling	

Tabel 2: Instrumenten ter ondersteuning eenduidig handelen

Daarnaast is kennis en internalisatie van gewenst gedrag van medewerkers van belang. Dit gewenste gedrag is expliciet beschreven in het kwaliteitsbeleid. Bij dit alles wordt bewaakt dat de professionaliteit en intuïtie van de indicatiesteller voldoende ruimte krijgt om in de specifieke situatie van de cliënt adequaat te handelen. Standaardisering mag nimmer leiden tot bureaucrativering.

De ervaring van de afgelopen jaren heeft aangetoond dat dit model, waar het gaat om het bevorderen van integraliteit, werkt. Veel meer dan vroeger worden er arrangementen van verschillende voorzieningen rond de specifieke vraag van een cliënt geformeerd. Hierdoor kan beter inhoud worden gegeven aan de alom erkende doelstelling cliënten zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving te handhaven.

“Mijn gevoel is dat je niet serieus wordt genomen. Een aanvraag doe ik omdat het nodig is en niet omdat je zomaar iets doet”.

Toch zijn er in de praktijk ook veel zaken die niet altijd even soepel verlopen. Een aantal voorbeelden:

- Er moet voor gewaakt worden dat de onderscheiden teams niet te zeer gaan differentiëren. Het gaat om het bewaken van de balans tussen eigen resultaatverantwoordelijkheid en eenduidigheid. Het mag niet zo zijn dat een cliënt ervaart dat een medewerker uit het ene team de zorgvraag anders benadert dan een vertegenwoordiger uit een ander team. De drie teams moeten één RIO Zaanstreek gezicht uitdragen. Dat is niet eenvoudig. De percepties die medewerkers vanuit hun verschillende achtergronden op eenzelfde zorgproblematiek kunnen hebben willen nog wel eens uiteenlopen; zeker als hun persoonlijke referentiekader daarin ook nog een rol gaat spelen. De instrumenten die voor het terugbrengen van de interpretatieverschillen binnen een acceptabele bandbreedte kunnen worden ingezet, zijn onder andere collegiale consultatie, casuïstiekbespreking en scholing. Het probleem is echter dat bij de werkdruk die de RIO's kenmerkt, juist dit soort activiteiten in de prioritering sneuvelt. Dit is in het nadeel van de gewenste eenduidigheid.

"De ene indicatieadviseur toonde meer begrip dan de andere".

- De werkdruk leidt ook tot de neiging om de medewerkers die indicaties te laten doen, die passen bij hun primaire deskundigheid. Dit om de snelheid er in te houden. Het effect is dat het traject naar verbreding van de individuele deskundigheid onder druk komt te staan. Dit leidt tot suboptimalisatie van een integrale beoordeling.
- Ook de solidariteit tussen de teams en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het RIO als geheel, staat onder druk op het moment dat de werkvoorraad hoog is. De neiging bestaat om primair te kiezen voor het belang van het eigen team. Gemeenschappelijke taken als spoeddiensten of het werken op locatie in het ziekenhuis, worden dan al snel als ongewenst belastend ervaren.
- In de taakstelling van de RIO's is een aantal indicatietypen te onderscheiden, waarbij het RIO geen toegevoegde waarde heeft. Het gaat om eenvoudige en enkelvoudige vragen, of problemen waarvan het verloop goed te voorspellen is. Voorbeelden hiervan zijn wondverbinden, toedienen van medicijnen, aantrekken van kousen en/of de herstel- en revalidatieprocedure na een electieve heup- of knieoperatie. Door standaardisering van de indicatiestelling kan een direct contact tussen verwijzer en aanbieder in stand worden gehouden.

Kortom, er bestaat nog veel spanning tussen de beoogde situatie en de werkelijke uitvoering. Er ontbreken nog te veel randvoorwaarden om tot een optimale professionalisering te komen. Veel daarvan wordt door nog externe beperkingen veroorzaakt. Wel is bij het RIO Zaanstreek duidelijk waar men heen wil. Mede door zichzelf voortdurend tegen het licht te houden, weet men binnen dit RIO waar het nog beter kan en moet. De intentie om daaraan te werken is in hoge mate aanwezig. De resultaten van het tevredenheidsonderzoek, waaraan eerder in dit hoofdstuk is gerefereerd, toonden aan dat ruim 80% van de cliënten tevreden was, met name op de terreinen die door cliënten belangrijk worden gevonden, zoals bejegening, begrip voor hun situatie en ruimte voor eigen inbreng.

“Gewoon zo doorgaan. Vandaag de dag wordt er veel te weinig geluisterd en begrip getoond naar cliënten toe. Dit is zeker NIET het geval bij het RIO. Men luistert niet alleen, maar hoort je ook”.

De resultaten tot nu toe zijn bemoedigend. Ondanks alle kritiek die de RIO's de afgelopen jaren te verwerken kregen, zijn onderstaande resultaten een feit.

- De kosten voor de totale AWBZ-gefinancierde zorg bedroegen in 2004 rond de 18 miljard euro. De kosten voor de RIO's waren 150 miljoen euro. Dat is 0,83 %! Dit inclusief de indicering voor de WVG. De totale kosten voor indicatiestelling zijn daarmee lager dan voor de komst van de RIO's.
- Het indicatieproces is meer geprofessionaliseerd door eenduidige methodieken en specifieke deskundigheid.
- De positie van de cliënt is versterkt. In de eerste plaats door een integrale benadering van zijn zorgvraag en in de tweede plaats door de formeel vastgelegde bezwaar- en beroepsmogelijkheden die een cliënt heeft als zij/hij het niet met een beslissing van het RIO eens is. Dit dwingt het RIO tot zorgvuldig handelen.
- De bij de modernisering van de AWBZ beoogde vraaggestuurde zorg kan niet worden ontwikkeld zonder onafhankelijke beoordeling.

Een hypothese die zeker de moeite van nadere studie waard is, is de volgende:

Integrale indicatiestelling stimuleert de ontwikkeling van integrale zorgverlening en leidt tot een kwalitatief hoger niveau van zorgverlening tegen gelijkblijvende kosten, of handhaving van het huidige niveau tegen lagere kosten.

Het is jammer dat in Nederland nog weinig gericht onderzoek is gedaan naar de voordelen die geïntegreerde zorgverlening kan opleveren wat betreft kwaliteit en financiën. Er is een analyse verricht van de aanpak van een grote zorgaanbieder in Californië (“Kaiser Permanente”), met meer dan zes miljoen leden, die een model van geïntegreerd georganiseerde zorgverlening hanteert. De uitkomst hiervan doet vermoeden dat er bij ons op dit terrein nog veel winst is te behalen (Feacham, 2002).

6.6 De toekomst

De landelijke organisatie

Belangrijk voordeel van de landelijke organisatie CIZ is dat er sterk op eenduidigheid aangestuurd wordt. Op centraal niveau kunnen voorwaarden worden ontwikkeld die het kader vormen voor het handelen van elk uitvoerend organisatieonderdeel op subregionaal en lokaal niveau.

Risico's zijn een afnemende slagvaardigheid op regionaal niveau en het verdwijnen van de integraliteit in de indicatiestelling. Het eerste is te nivelleren door het neerzetten van een organisatieontwerp dat ruimte biedt aan initiatieven op lokaal en

regionaal niveau. Het bewaren van de integraliteit is lastiger. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning kent, naast de WVG, veel zorgtaken toe aan gemeenten. Ook hiervoor zal in veel gevallen indicatiestelling noodzakelijk zijn. Het zou jammer zijn als gemeenten besluiten dit volledig in eigen beheer te doen. Zij creëren daarmee een suboptimale integraliteit die zeker direct in het nadeel zal zijn van de cliënt. In relatie tot hetgeen is opgemerkt over de kosten en kwaliteit van geïntegreerde zorgverlening, heeft het ontbreken van integraliteit in de indicatiestelling negatieve gevolgen voor het totaal van de macro-economische besteding op het terrein van zorg.

Literatuur

1. Buurmeijer F. e.a. Advies, bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling. College Implementatie Indicatiebeleid, 22-09-2003.
2. Feacham R. Getting more for their dollar; a comparison of the NHS with California's "Kaiser Permanente". BMJ 2002;324:135-43. www.bmj.com
3. Kraaijeveld J.J. Indicatiestelling, weg van het politieke steekspel. Zorgvisie, 2002;32:16-17.
4. Q-Consult, Klanttevredenheidsonderzoek RIO-Zaanstreek, een rapportcijfer voor de dienstverlening, Arnhem 3 november 2003.

7 Doe wel en zie om: GGZ indicatiestelling op de rails

Anja van den Bogaert, leidinggevend indicatie-adviseur in de regio Midden-Limburg

7.1 Inleiding

Het gesprek van de indicatiesteller vindt plaats in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis.

Cliënt is sinds een half jaar opgenomen met een Rechtelijke Machtiging (RM) in verband met ernstige zelfverwaarlozing met alcoholmisbruik. Er is sprake van een bipolaire I stoornis met persoonlijkheidsproblematiek met cluster B kenmerken (antisociaal, borderline).

Na basisonderwijs en lager vervolgonderwijs is cliënt tien jaar werkzaam geweest. Halverwege de jaren negentig belandde cliënt in de WAO vanwege problemen met de werkdruk en door overmatig alcoholgebruik. Hij woonde bij een van zijn ouders, maar werd door deze in 2002 zwaar mishandeld. Hierna werd hij in hechtenis genomen, en verbleef onder andere op een forensisch psychiatrische afdeling. Sinds zijn ontslag was hij zwervend. Er was vaker sprake van agressief gedrag waarmee hij het tot een opname wilde laten komen binnen het psychiatrisch ziekenhuis in de regio. De verwachting is dat cliënt niet meer zelfstandig kan functioneren.

Zorgvraag: verblijf in de vorm van beschermd wonen.

Besluit: Cliënt is geïndiceerd voor verblijf met overige functies.

De modernisering van de AWBZ heeft belangrijke gevolgen voor de indicatiestelling in de chronische zorg aan psychiatrische patiënten. Bij de behandeling wordt de indicatiestelling georganiseerd conform de werkwijze die in de gehele curatieve zorg wordt gevolgd, met de huisarts als aanmelder in de centrale rol. Bij een psychiatrische patiënt indiceert het RIO niet voor de functie behandeling. De indicatiestelling binnen de Geestelijke Gezondheidszorg zoals die gebruikelijk was voor en na 1 april 2003 wordt hieronder beschreven, evenals de regelgeving, de bemensing, de doelgroep en het proces van indicatiestelling zoals dit in de afgelopen jaren vorm heeft gekregen in de regio Midden Limburg.

Het gesprek vindt plaats in de thuissituatie. De cliënte, Carola, is een 48-jarige vrouw. Na het gymnasium en de lerarenopleiding heeft cliënte in het onderwijs gewerkt. Rond haar 25^{ste} werd zij voor de eerste maal psychotisch. Er volgde een jarenlang traject van opnames (draaideurpatiënt) binnen de Psychiatrische Afdeling van het Academisch Ziekenhuis (PAAZ) en het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ). Carola heeft altijd de wens gehad om zelfstandig te blijven wonen. Er zijn problemen met dagstructurering. Haar sociaal netwerk is beperkt. Tevens is er sprake van lusteloosheid, gebrekkige initiatiefname en gebrekkige administratievoering. Voor medicatiecontrole en vinger-aan-de-pols-contacten vindt er eens per vier weken een gesprek plaats met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van een naburige instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Met de ambulante woonbegeleidster is er wekelijks contact, gemiddeld één uur per week. Dan wordt de stand van zaken doorgenomen over het algemene welzijn van cliënte en over het voeren van de administratie en het huishouden.

DSM-IV classificatie van Carola:

- As I klinische stoornissen en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn; schizofrenie gedesorganiseerde type*
- As II persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid; geen diagnose*
- As III somatische aandoeningen; geen diagnose*
- As IV psychosociale en omgevingsproblemen; problemen binnen de primaire steungroep, problemen gebonden aan de sociale omgeving*
- As V GAF 50 (Global Assessment of Functioning Scale - algehele beoordeling van het functioneren)*

Zorgvraag: verlening van ambulante woonbegeleiding.

Besluit: cliënte wordt geïndiceerd voor 5 jaar ondersteunende begeleiding, klasse 1.

7.2 Indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg vóór 1 april 2003

Tot 1 april 2003 werden indicaties voor mensen met psychiatrische problematiek gesteld door een LZA-indicatiecommissie (LZA: Langdurig Zorg Afhankelijken), die vanuit de dagelijkse GGZ-praktijk haar expertise inbracht. In alle gevallen waren de leden werkzaam in een GGZ-instelling. Voor Midden-Limburg betekende dit dat de LZA-commissie bestond uit deskundigen, zoals een psychiater, een maatschappelijk werkende, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een woonbegeleider afkomstig van de RIAGG (Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), het APZ Vincent van Gogh en de Regionale Instelling Beschermd Woonvormen en Ambulante Woonbegeleiding.

Ze hadden ervaring met psychiatrische ziektebeelden en de beperkingen die deze met zich meebrengen in relatie tot de cliënt en zijn omgeving. Tevens waren ze goed op de hoogte van het regionale zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg. De indicatiecommissie stond niet los van de zorgtoewijzing. Een zekere mate van

belangenverstrengeling was niet uit te sluiten. In de praktijk betekende dit dat een belangrijk deel van de cliënten bekend was bij de indicatiecommissie.

Vanaf juni 1997 hanteert het IOG (Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg) de *Modelprocedure Indicatiestelling in de GGZ*, die de procedures beschrijft voor de toeleiding naar de GGZ, zowel voor kortdurende als voor langdurige zorg. Tot de doelgroep langdurig zorgafhankelijken behoren cliënten bij wie er sprake is van een langdurige en meervoudige zorgbehoefte in combinatie met psychisch disfunctioneren zoals beschreven in de classificatie DSM-IV, ernstige beperkingen in het maatschappelijk leven en voorafgaand chronisch of frequent recidiverend gebruik van professionele GGZ. Zij hebben een meervoudige hulpvraag die naar verwachting langer dan een jaar duurt.

Het betreft een groep cliënten die op meerdere terreinen problemen heeft en ten gevolge van een psychische stoornis niet in staat is om voldoende voor zichzelf te zorgen. Het gebrekkig functioneren uit zich op meerdere levensgebieden. Vaak worden problemen gezien met betrekking tot de sociale omgeving en sociale relaties, problemen bij het wonen, werk, vrije tijd, gezondheid en financiën.

Vanaf 2001 kan een indicatie binnen de GGZ ook verzilverd worden in de vorm van een Persoonsgebonden Budget (PGB). Het recht op gezondheidszorg en het recht op zelfbeschikking zijn vanaf de invoering van de PGB centrale beginselen. Opvallend was het grote aantal aanvragen van ouders met kinderen met psychiatrische problematiek, waarbij de vraag voor praktische pedagogische opvoedingsondersteuning het meest opviel. In het bijzonder stoornissen binnen het autistisch spectrum en ADHD met of zonder gedragsproblematiek vormden een belangrijk deel van de aanvragen. Dit is binnen de huidige aanvragen nog steeds het geval. Nadat onderzoek en diagnostiek binnen het behandelcircuit had plaatsgevonden, bleek er in de praktijk een leemte te zijn wat betreft psycho-educatie voor het kind en adviezen in de dagelijkse omgang met deze kinderen. De uiteindelijke diagnosestelling liet vaak lang op zich wachten. Hierdoor zagen ouders, vol zelfverwijt en met een gemis aan vertrouwen in de eigen opvoedkundige capaciteiten na een jarenlang traject van artsen en psychologenbezoek, de mogelijkheid om met een persoonlijk toegekend budget zorg in te kopen bij aanbieders die snel konden inhaken op de alledaagse praktische problemen waaronder vaak het hele gezin gebukt ging.

7.3 Indicatiestelling na 1 april 2003

Sinds 1 april 2003 spreekt men van 'de modernisering van de AWBZ'. Hierbij vindt dat de indicatiestelling niet meer per segment plaats (Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg, Geestelijke Gezondheidszorg), maar over de hele breedte. Er wordt niet meer *aanbodgericht* geïndiceerd maar *vraaggericht*. Dit uit zich in het niet meer indiceren per zorgproduct (bijvoorbeeld begeleid wonen) maar per een of meer van de zeven functies die voor de AWBZ beschikbaar zijn, met uitzondering van de functie behandeling voor de GGZ. Behandeling omvat behandeling van

medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard. De behandeling is gericht op herstel of voorkoming van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, dan wel een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, en wordt verleend door een instelling of door een psychiater of zenuwarts. Behandeling onderscheidt zich van activerende begeleiding in de zin dat bij activerende begeleiding de diagnose is gesteld en het bijbehorend onderzoek is verricht. Het onderscheid tussen behandeling en ondersteunende/activerende begeleiding wordt bepaald op basis van de zorg die wordt verleend en niet op basis van de beroepsbeoefenaar die deze zorg uitvoert.

Door de overheveling van de indicatiestelling van de GGZ-zorg naar het Regionaal IndicatieOrgaan (RIO), is de functie van het RIO als toegangspoort voor de AWBZ verbreed. De objectiviteit en onafhankelijkheid worden gewaarborgd. De wijze waarop de GGZ indicatiestelling binnen de RIO's vorm heeft gekregen is per regio verschillend, zoals ook het ervarings- en opleidingsniveau van de indicatiesteller.

In de RIO's in Midden-en Noord-Limburg werd er vanaf 1 april 2003 voor gekozen om specifieke deskundigen aan te trekken die de indicatiestelling binnen het eigen RIO zouden gaan verzorgen. Andere RIO's kozen voor mandatering vanuit de zorgsector. Soms ging de voorkeur uit naar een indicatiesteller vanuit het eigen RIO, die breed inzetbaar was en een achtergrond in de psychiatrie had. Indicatiestelling binnen de psychiatrie vraagt een specifieke deskundigheid. Het belang hiervan werd eerder onderkend door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), door zorgaanbieders en door verschillende belangenorganisaties. Het standpunt van VWS is dat een functionaris met brede zorgdeskundigheid op tenminste Hbo-niveau de functie van indicatiesteller GGZ vervult. In het geval van de GGZ wordt de indicatiesteller bijgestaan door een multidisciplinair team.

De GGZ-indicatiestellers die in Midden-Limburg voor de doelgroep werden aangetrokken zijn mensen met een Hbo-opleiding en ruime ervaring in het werkveld. Ze kunnen worden beschouwd als specialisten. Vanaf het begin was er betrokkenheid bij het ontwikkelen van werkprocessen, het aanscherpen van indicatiecriteria en bij de communicatie met de zorgaanbieders en -vragers. De GGZ in Noord-Limburg sprak haar bezorgdheid uit om de indicatiestelling uit handen te moeten geven aan een betrekkelijk nieuwe organisatie. De verwachting was dat de cliënt extra zwaar belast zou worden met kritische vraagstelling, langdurige vertragingen door wachttijden en veel rompslomp. Door het geven van informatiebijeenkomsten en regelmatig overleg met zorgaanbieders trachtte het RIO duidelijkheid te scheppen in de nieuwe situatie. Het kreeg daardoor letterlijk een gezicht in de GGZ.

De cliëntendoelgroep, langdurige chronisch afhankelijke cliënten, is in vergelijking met de periode van voor 1 april 2003 ongewijzigd gebleven. Wel was er een toename merkbaar van aanvragen van mensen met een psychiatrisch of psychosociaal probleem, die eerder een aanvraag deden via de Verpleging en Verzorging (V&V) sector maar bij wie nog niet gesproken kan worden van chroniciteit of frequent recidiveren. Bovendien was er een grote groei waar te nemen in aanvragen voor

kinderen onder de 18 jaar. Aanvragen van cliënten bereiken het RIO rechtstreeks via de cliënt zelf of via de cliëntondersteuners en zorgaanbieders.

Met de invoering van het functiegericht indiceren werd aanvankelijk besloten iedere aanvraag door het Multi Disciplinair Team (MDT) te laten beoordelen. Naarmate de vertrouwde met de indicatiestelling toenam zijn er afspraken gemaakt over de te volgen procedure. Deze vinden thans als volgt plaats.

Indicaties met een klasse 1 of 2 ondersteunende begeleiding algemeen, worden volgens de standaardprocedure behandeld. Uitgebreide en complexe aanvragen, evenals negatieve besluiten, gaan naar het MDT. Enkelvoudige aanvragen, waaronder de indicaties voor dagactiviteitencentra, vinden plaats via dossieronderzoek en via de verkorte procedure. Zowel bij de standaardprocedures als bij uitgebreide procedures vindt een huisbezoek plaats. (Tabel 1). De toename in de eerste helft van 2004 is het gevolg van het meer vertrouwd raken met de procedure. De groei geeft aan dat de ontwikkelde methode in Midden-Limburg geleid heeft tot een groter aantal aanvragen.

Procedure	1 ^e helft 2003		2 ^e helft 2003		1 ^e helft 2004	
	Aantal	Procent	Aantal	Procent	Aantal	Procent
Verkort	61	36,1%	62	27,7%	228	37,4%
Standaard	0	0,0%	37	16,5%	113	18,5%
Uitgebreid	108	63,9%	125	55,8%	269	44,1%

Tabel 1: Gevolgde procedures bij indicatiestellingen

Het indicatieproces

Er zijn in het indicatieproces drie fasen te onderscheiden: de aanmeldfase, de indicatiefase en de besluitvormingsfase. Doorgaans zijn cliënten die voor een indicatiestelling binnen de GGZ in aanmerking komen bekend bij een GGZ-hulpverlener. Bij de aanvragen voor sociale pensions en MOV (Maatschappelijke Opvangvoorzieningen) is vaker sprake van problemen op het gebied van de maatschappelijke participatie en zijn er geldproblemen of woon-, werk- en opleidingsproblemen. Bij onderzoek blijkt er vaak een voorgeschiedenis te zijn die gekenmerkt wordt door opgroei- en opvoedproblemen. Bij deze indicaties wordt gekozen voor een psychosociale grondslag. Tijdens het gesprek wordt nagegaan of het aangewezen is om de cliënt eerst te laten behandelen alvorens verdere zorg te indiceren. In dit geval wordt de cliënt voor aanvullend onderzoek verwezen naar een GGZ-voorziening; de aanmelding vindt plaats met goedkeuring van de patiënt.

Doorgaans kan een cliënt zich goed vinden in een aanmelding bij het RIO. Zonder indicatiebesluit kan men geen zorg krijgen. De verwijzer voegt een verwijsbrief toe en stelt de cliënt op de hoogte van de inhoud. Er bestaat in principe

overeenstemming over de diagnose en/of de probleemdefiniëring. Indien cliënt en behandelaar op één of meerdere thema's van mening verschillen, dient dit vermeld te worden op het aanmeldingsformulier.

Door een aanmeldfunctionaris wordt het aanmeldingsformulier gescreend op leesbaarheid, volledigheid van diagnose en andere relevante gegevens, en op ondertekening door de cliënt. Bij ontbrekende informatie neemt de administratief medewerker contact op met de aanvrager of diens ondersteuner. Zodra alle informatie aanwezig is wordt de aanvraag in behandeling genomen en wordt een afspraak gepland. Om een zo gedegen mogelijk indicatiebesluit te nemen gaat het RIO Midden-Limburg van het standpunt uit dat op het moment dat de aanvraag wordt gedaan, de aanvrager en/of diens verwijzer de resultaten van de behandeling schriftelijk aanlevert met de bijbehorende diagnostiek en eventuele prognose voor het verloop. De informatie is ondersteunend voor en aanvullend op het huisbezoek. Als alle informatie bij aanvraag binnen is, wordt de procedure aanzienlijk verkort. Binnen de wettelijke omschreven termijn van zes weken na ontvangst van de aanvraag brengt het RIO de cliënt op de hoogte van het indicatiebesluit. In deze periode wordt een afspraak gepland en vindt het gesprek plaats. Binnen de twee daarop volgende weken brengt de indicatiesteller de aanvraag in bij het MDT. Na bespreking in het MDT ontvangt de cliënt binnen vijf werkdagen schriftelijk het indicatiebesluit.

Hoewel er landelijk geen consensus is bereikt betreffende het al dan niet verplicht stellen van een erkende diagnose voordat men in aanmerking kan komen voor de overige functies vanuit de AWBZ, stelt het RIO Midden-Limburg dit als voorwaarde om de aanvraag in behandeling te kunnen nemen. Dit om te kunnen beoordelen wat er in de voorafgaande periode is gedaan, en om eventuele problemen op te lossen. Het komt voor dat het RIO nader onderzoekt of er voldoende behandeling heeft plaatsgevonden voordat gebruik wordt gemaakt van andere zorg, die dan mogelijk niet eens meer nodig is. De AWBZ-zorg vult immers de behandeling aan en richt zich op de gevolgen van de aandoening en op het leren omgaan met de daaruit voortvloeiende beperkingen.

Voorbeeld van een hulpvraag van een cliënt

Richard is een 18-jarige jongen met de diagnose *multi-development disorder*. Hij meldt zich ziek bij het RIO. Hij woont sinds zijn derde jaar in diverse instellingen voor jeugdhulpverlening. Het RIO ontvangt een aanvraag voor een passende vervolgvoorziening. Bij het gesprek zijn eveneens de voogdijwerker, de persoonlijk begeleider en de gedragwetenschapper van de instelling betrokken. Voor het gesprek hebben zij informatie aangeleverd met anamnestiche gegevens.

Actueel probleem

Vanaf het bereiken van de 18-jarige leeftijd kan Richard geen gebruik meer maken van de jeugdhulpverlening. Hij is niet in staat zelfstandig te functioneren.

Persoonlijke ziektebiografie

Richard's moeder is een psychiatrisch patiënte die sinds jaren in een APZ verblijft. De zwangerschap ontstond na een korte relatie met een drugsverslaafde, agressieve man. Beide ouders zijn uit de ouderlijke macht ontheven. Met tien maanden werd Richard in een pleeggezin geplaatst. De pleegmoeder had twee kinderen uit een eerder huwelijk. Er waren twee kinderen geadopteerd. Het huwelijk bestond uit veel ruzies en conflicten. Binnen het huwelijk werden moeder en kinderen door de man geterroriseerd en geslagen. Er was sprake van overmatig drankmisbruik. Het huwelijk werd beëindigd toen Richard vijf jaar was. Moeder heeft een periode met de kinderen door het land gezworven, waarna ze in P. een woning kreeg toegewezen. Het gedrag van Richard werd in de loop der jaren steeds problematischer. Hij vertoonde enorme driftbuien wanneer hij zijn zin niet kreeg, vroeg voortdurend aandacht van zijn omgeving en was zeer druk. Hij had de neiging steeds weg te lopen en behandelde huisdieren ruw. Bij onderzoek werd hij omschreven als een zeer angstig kind dat contact als zeer bedreigend ervaart. Er volgde een lang traject van opnames en Richard werd toegewezen aan een voogd. Er zijn sindsdien geen contacten met verwanten. Medicamenteuze behandeling vindt plaats door een kinderpsychiater. De prognose is ongunstig.

Zorgvraag: is er een geschikte vervolgplek voor cliënt in een AWBZ-voorziening?

Besluit: verblijf langdurig, ondersteunende en activerende begeleiding.

Met het zorgkantoor is overeengekomen dat alle functies als PGB kunnen worden verkregen, behalve de functie Verblijf. De functie Huishoudelijke Verzorging wordt toegekend, standaard klasse 2. Omdat Richard tot op heden binnen het verstandelijk gehandicaptencircuit werd geholpen, wordt de functie verblijf toegewezen op grond van een verstandelijk handicap.

De bevindingen uit het gesprek en de medische rapportage worden samengebracht in het indicatierapport en, met uitzondering van de verkorte procedure of klasse 1 en 2 activerende en ondersteunende begeleiding, ingebracht in het MDT. Het MDT van het RIO Midden-Limburg is samengesteld uit leden uit de zorgsector, waaronder een psychiater en een orthopedagoog. Essentieel is de rol van het MDT als waarborging van de objectiviteit.

Na de advies- en besluitvorming verzendt de administratief medewerker, op verzoek van de indicatiesteller, de rapportage naar de zorgaanbieder dan wel het zorgkantoor, en de beschikking naar de cliënt. Daarna sluit ze de aanvraag af.

7.4 Tot slot

Door de invoering van de indicatiestelling voor de GGZ, per 1 april 2003, is veel duidelijk geworden. Zo bleek de informatie van de behandelaar, zeker bij de langdurig zorgafhankelijke, van essentieel belang. Vaak is er sprake van een beperkt tot geen sociaal netwerk en is de behandelaar de enige vertrouwde persoon die het wel en wee van de cliënt volgt. Het RIO geeft echter het besluit eenzijdig door aan de cliënt, met als gevolg dat de behandelaar de terugkoppeling mist. Als gevolg

hiervan bestond vaak onduidelijkheid of er wel of geen indicatie was. Op behandelniveau raakten cliënten zoek. Door de jaren heen blijken cliënten niet te veranderen, terwijl de omgeving, de wet en de regelgeving wel sterk aan verandering onderhevig zijn. De cliënt is gebaat bij overzicht en structuur. Thans wordt, door de behandelaar rechtstreeks zijn belangen te laten behartigen, weer recht gedaan aan de cliënt. Ik merk op dat, sinds 1 april 2003, de zorgaanbieder gedwongen is om zijn diensten te omschrijven. Er zijn trajecten uitgezet, aangepast aan de functies en klassen. Er is inzichtelijk gemaakt of er sprake is van activerende of ondersteunende begeleiding en wanneer er nog sprake is van behandeling. Er heeft noodgedwongen bezinning plaatsgevonden.

Blik ik terug op de periode sinds 1 april 2003, mede op basis van het boek van Schuyt en Steketeer (1998), dan vallen de volgende punten op.

- Indicatiestelling is objectiever geworden. Er is geen sprake van belangenverstrengeling.
- Indicatiestelling met als doel objectief en onafhankelijk te oordelen, vraagt een mentaliteitsomslag bij de hulpverlener. Door het belang in te zien van de 'discretionaire ruimte', houdt de indicatiesteller de betrokkenheid met de cliënt, met daarbij beslissingsbevoegdheid en de mogelijkheid tot het maken van verantwoorde keuzes. In het gesprek met de cliënt wordt als het ware de zorg uitonderhandeld.
- De zorg wordt breder in kaart gebracht. Voor 1 april 2003 kwamen er nog aanvragen binnen bij de sector Verpleging en Verzorging, voornamelijk van cliënten met een psychiatrisch dan wel psychosociaal probleem, die hulp in de huishouding vroegen. Nu worden de aanvragen die niet berusten op een somatische, verstandelijke of zintuiglijke handicap doorgegeven aan het GGZ-team. Op basis van de informatie wordt een huisbezoek gepland en wordt er besproken of iemand aanspraak kan maken op AWBZ-zorg of dat er een andere, een voorliggende voorziening of behandeling noodzakelijk is. De cliënt hoeft niet naar meerdere loketten.
- Zorgaanbieders ervaren concurrentie. Er komt een steeds grotere groep zorgaanbieders die op basis van een PGB zorg verlenen.
- Er is sprake van overlap bij de zorgaanbieders. De vanzelfsprekendheid om cliënten toegewezen te krijgen vermindert door de keuzevrijheid van de cliënt.
- Zorgaanbieders zijn gedwongen hun diensten in kaart te brengen. Leemtes worden zichtbaar, evenals overdaad.
- Het aantal aanvragen neemt toe als gevolg van wachtlijsten. Dit probleem wordt met name genoemd door ouders in de jeugdhulpverlening.
- Bij jeugdhulpverlening, met als ingang opvoed- en opgroeimoeilijkheden, wordt vaker een beroep gedaan op de AWBZ. In de praktijk blijkt het onduidelijk te zijn wie praktische zorg in de thuissituatie moet inzetten, zeker wanneer er geen sprake is geweest van behandeling en de al dan niet aanwezige beperkingen zijn geobjectiveerd.

- Doe wel, maak professionele keuzes, zie om en leg verantwoording af: dat blijven leidende beginselen voor indicatiestellers, hoe de AWBZ zich ook verder ontwikkelt.

Literatuur

1. Schuyt Th.M.N., Steketee M. (red.). Zorgethiek: Ruimte binnen regels. Utrecht, SWP 1998.
2. Swets en Zeitlinger. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR., Lisse, 1995.

8 Een Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing voor de stad Utrecht ‘een kwestie van verantwoordelijkheid’

Annemarie van Hout, Ria Tijmenssen, ten tijde van het project medewerkers Bureau Wachtlijstbeheer te Utrecht

8.1 Inleiding

In de afgelopen jaren is er veel verschoven in de wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheden in de AWBZ, in het bijzonder rond indicatiestelling, zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer. In dit hoofdstuk komt, aan de hand van een schets van de opbouw en afbraak van een bureau voor wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing in de stad Utrecht, aan de orde wat de gevolgen hiervan voor cliënten zijn.

Vier jaar geleden werden in Utrecht de eerste stappen gezet richting een geïntegreerd Bureau voor Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing (BWZ) voor de gehele sector Verpleging en Verzorging. Het betrof ambitieuze doelstellingen. Aan het einde van het hoofdstuk wordt duidelijk of deze behaald werden en welke oorzaken ten grondslag lagen aan het wel of niet behalen van die doelstellingen. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk wordt de aanloop naar het BWZ geschetst. Vervolgens wordt in paragraaf 8.3 weergegeven wat er in de loop van het project BWZ bereikt is. In de daaropvolgende paragraaf wordt verteld over de ontmanteling van het bureau en in de laatste paragraaf tenslotte geven de auteurs hun persoonlijke verwachting van de toekomst, waarbij de consequenties voor cliënten nadrukkelijk aan de orde komen. In elke paragraaf is een casus opgenomen ter illustratie van de tekst.

8.2 Geschiedenis

Er is een lange aanloop naar het in de inleiding genoemde BWZ. Zowel intra- als extramurale aanbieders hebben zich in de afgelopen jaren (in diverse samenwerkingsverbanden) bezig gehouden met wachtlijstbeheer. Omdat deze aanloop bepalend is geweest voor de uiteindelijke afloop, is het van belang deze geschiedenis te schetsen.

Intramuraal

In de intramurale sector werd in 1994 de eerste steen gelegd voor een langdurige en intensieve samenwerking van diverse aanbieders rond het toen al bestaande wachtlijstprobleem. Enkele verpleeghuizen, het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en de thuiszorg namen het initiatief tot samenwerking rond de 350 wachtenden voor psychogeriatrische verpleeghuisopname. Met behulp van de zogenaamde zorgvernieuwingsgelden van het zorgkantoor werd in 1995 het project Wachtlijstservice (WLS) gestart. Bijzonder is dat WLS in 1999 een vermelding kreeg als 'good practice' in de VWS-brochure voor het Landelijk Stimulerings Programma.

De projectleider en het multidisciplinaire team (bestaande uit maatschappelijk werk, wijkverpleging, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), een verpleeghuisarts en een psycholoog) zette een werkwijze neer voor het begeleiden van wachtende cliënten en hun omgeving. Men richtte zich op het geven van informatie over voorzieningen, het regelen van overbruggingszorg, het geven van omgangsadviezen en zorgcoördinatie en prioritering van de wachtlijst. In een later stadium werd het project uitgebreid met de somatische verpleeghuisopname en de dagbehandeling. Op basis van het Zorgindicatiebesluit werd in 1998 het RIO, genaamd Loket 1, verantwoordelijk voor de onafhankelijke indicatiestelling. Het RIO nam ook de zorgtoewijzing over van de GGD.

Extramuraal

Met de komst van Loket 1 vertrokken de indicatieadviseurs naar het RIO. Hiermee was Thuiszorg Stad Utrecht (TSU) haar centrale ingang voor cliënten kwijt. De logistiek en administratie werden overgenomen door de nieuwe afdeling Klantenservice van waaruit de indicaties werden verdeeld over de werkgebieden. Het beheren van de indicaties was de verantwoordelijkheid van de diverse teams. Er bestond echter meer vraag dan aanbod, en wachtlijsten waren het gevolg. Uit onderzoek bleek dat de teams zeer verschillend met de wachtlijsten omgingen en dat er grote verschillen in aantallen wachtende cliënten bestonden. In 1999 besloot TSU dan ook haar wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing te centraliseren en onder te brengen bij de Klantenservice. Door één wachtlijst te creëren ontstond er eenheid in behandeling van aanvragen, één plaats waar cliënten en betrokkenen terecht konden voor al hun vragen en één overzicht van de totale wachtlijst. Hierdoor kon optimale inzet over het hele werkgebied bereikt worden. Bij de start van de centrale wachtlijst bestond deze uit een totaal van ongeveer 1200 cliënten. Het ging hierbij om wachtenden voor verpleging, verzorging, gespecialiseerde verzorging, huishoudelijke zorg en Alphahulpen. Het zwaartepunt van de wachtlijst lag (en ligt) bij de huishoudelijke zorg.

Bij het wachtlijstbeheer werden cliënten op de wachtlijst geplaatst, de meest urgente cliënt bovenaan. Ook de uitzonderingen, zoals het 'genuanceerd zorgaanbod' (minder zorg aanbieden dan gevraagd wordt) en het feit dat terminale cliënten met voorrang instromen, werden geprotocolleerd, waardoor een transparante wachtlijst ontstond. De afdeling vergeleek wekelijks de vraag met het aanbod (de door teams

opgegeven vrije uren), alvorens daadwerkelijke zorgtoewijzing plaatsvond. Deze werkwijze bestaat nog steeds, maar de omvang van de wachtlijst heeft wel verandering ondergaan.

In 1999 ontvangt meneer W., in verband met een psychogeriatrisch ziektebeeld, een indicatie voor opname in een verpleeghuis, waarvoor hij op een wachtlijst wordt geplaatst. Sinds enige weken gaat hij achteruit. Hij krijgt meer fysieke klachten, is vaker verward en mevrouw W. kan het thuis niet meer bolwerken. De huisarts vraagt een indicatie aan voor wijkverpleging om meneer te wassen en voor huishoudelijke zorg ter ondersteuning van mevrouw. De inwonende dochter Leen W. draagt zorg voor de boodschappen, het koken en hand- en spandiensten, die zij naast haar fulltime baan uitvoert.

Door de komst van WLS en de Klantenservice hoeft mevrouw W. voor alle verschillende vragen slechts naar twee bureaus. WLS kan mevrouw tevens adviseren over de omgang met meneer. Mevrouw gaat één keer per week naar het Alzheimer-café waar zij haar zorgen kan delen met lotgenoten, terwijl een vrijwilligster van de Bezoekdienst op meneer past. De wijkverpleging wordt na korte tijd ingezet, maar voor de huishoudelijke zorg wordt de familie op een wachtlijst geplaatst. De Klantenservice houdt gedurende de wachttijd contact met de familie.

8.3 Het OZU-project: de komst van het BWZ (zorgtoewijzing in de praktijk)

In deze paragraaf wordt beschreven in welke stappen de opbouw van het BWZ (Bureau voor Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing) heeft plaatsgevonden.

In 2000 hebben de stichtingen van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg zich verenigd in de OZU (samenwerkende Ouderen Zorginstellingen stad Utrecht). In het projectplan werden ambitieuze plannen gelanceerd rond de organisatie en inrichting van de (ouderen)zorg in de stad. Eén van de eerste OZU-projecten was een centraal wachtlijstbeheer voor de hele sector. Onder centraal wachtlijstbeheer werd een geïntegreerde zorgtoewijzing voor alle bovengenoemde zorgaanbieders verstaan. De basis hiervoor waren de definities van het Landelijk Stimuleringsprogramma van VWS (uitgevoerd door HHM). Het gaat hierbij om definities voor zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer, waaronder wachtlijstregistratie, -begeleiding en -bemiddeling vallen.

Bij de opdracht aan de projectleiders ging de OZU ervan uit dat transparante, integrale wachtlijstgegevens voorwaarden zijn voor goede informatie aan de cliënt. Men was het erover eens dat informatie over de wachtlijst en eventuele beschikbare alternatieven vanuit een centraal overzicht gegeven dienden te worden. Daarnaast was al vastgesteld dat de wachtende cliënt een contactpersoon moest hebben die het zorgproces volgde ('monitoring') en lacunes in het aanbod signaleerde. Voor de projectleiders betekende dit dat zij het WLS-project en de zorgtoewijzing van de thuiszorg moesten integreren.

Gelijktijdig werd op landelijk niveau besloten dat de zorgkantoren hun verantwoordelijkheid in de zorgtoewijzing moesten nemen. Het zorgkantoor Utrecht trok haar eigen plan en wilde op basis van twee pilots in twee subregio's een blauwdruk ontwikkelen voor het gehele werkgebied. De OZU heeft met haar project een van die pilots verzorgd. Het resultaat is in een provinciaal overleg tussen aanbieders, het RIO, patiëntenorganisaties en het zorgkantoor gebruikt voor het maken van de blauwdruk.

Inmiddels was het maart 2001. Er werd een automatiseringssysteem aangeschaft dat de verdere opzet van een geïntegreerd wachtlijstbeheer zou ondersteunen. Met dit Wachtlijst Registratie Systeem (WRS) kon de OZU voldoen aan de landelijke eisen voor wachtlijstregistratie in AZR fase 1 (AWBZ-brede ZorgRegistratie), waarna in 2002 een landelijk systeem beschikbaar zou komen.

Tot dat moment was het wachtlijstbeheer per werkveld georganiseerd:

- De verpleeghuizen (psychogeriatric en somatiek) en de verzorgingshuizen regelden ieder apart de wachtlijstbegeleiding en bemiddeling;
- De thuiszorg wees de zorg toe op basis van aangeleverde capaciteit vanuit de teams.

In de toekomst zouden de teams zowel qua inhoud en registratie als qua werkwijze en organisatiemodel hetzelfde worden. Per wijk zou een 'geïntegreerd' team niet alleen de zorgtoewijzing V&V-breed regelen, maar ook nauw samenwerken met welzijnsorganisaties en woonvoorzieningen.

Omdat, zoals uit de eerste paragraaf al bleek, de verschillen tussen de intra- en extramurale sector erg groot waren, is deze integratie in stappen uitgevoerd. Verschillen in uitgangspunten werden overbrugd en kwamen tot uitdrukking in de inrichting van het automatiseringssysteem. Dit werd de start voor de integratie van de drie sectoren. Het RIO heeft bij deze processen een belangrijke rol gespeeld.

Door de integratie daalde het aantal personen op de wachtlijst voor intramurale voorzieningen gigantisch van 1047 in februari 2003 naar 600 in januari 2004. (Tabel 1) Voor de extramurale zorg daalde de wachtlijst over dezelfde periode van 827 naar 140 personen.

	Verpleeg-en verzorgingstehuizen	Thuiszorg
mei 2003	1084	1100
februari 2003	1047	827
november 2003	977	233
januari 2004	600 ¹	140

¹ Dit cijfer is geschat, omdat het BWZ toen al niet meer bestond. Zeker is echter dat ook in de intramurale sector een spectaculaire daling plaatsvond.

Tabel 1: De lengte van de wachtlijst

Voor alle sectoren gold dat de introductie van het WRS als centraal uniform systeem allerlei discussies op gang bracht over de verschillen tussen de zorgaanbieders. Verschillende huizen hadden afwijkende werkwijzen en normen, net als destijds de verschillende teams binnen de thuiszorg. Uniformering betekende een nieuwe discussie over gewoonterecht en overtuigingen. Wachtlijstregistratie werd daarmee een breekijzer voor uniformering en integratie.

In een laatste voorbereiding op volledige integratie van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer voor de hele sector werd in januari 2003 de zorgtoewijzing voor alle extramurale aanbieders binnen de OZU samengevoegd. De intramurale sectoren integreerden in het begin van dat jaar steeds verder. In maart 2003 verhuisde het intramurale BWZ naar de locatie van het extramurale BWZ, waarmee een hoogtepunt van het OZU-project bereikt werd. Voor de cliënt zijn veel zaken in de loop van dit project sterk verbeterd. Hieronder volgt een casus ter illustratie.

Het is april 2003. Meneer W. is een jaar geleden opgenomen in het verpleeghuis van zijn keuze, waar hij na een paar maanden is overleden. Leen W. is door haar werk uitgezonden naar Afrika, waar zij totaal twee jaar zal blijven. Mevrouw W. is nu een zelfstandig wonende vrouw van inmiddels 84 jaar. Mevrouw heeft particuliere huishoudelijke hulp en zij wordt wekelijks gedoucht door de thuiszorg. Zij staat bij de thuiszorg op de wachtlijst voor dagelijkse zorg, omdat zij toenemend de regie over het eigen leven verliest en toezicht op eten, drinken en dagelijkse verzorging gewenst is. Het netwerk is beperkt; Leen is immers weg en zoon Piet woont in Groningen. In overleg met de huisarts vraagt de zoon een indicatie aan voor opname in het verzorgingshuis. De indicatie wordt afgegeven en mevrouw staat op de wachtlijst van het verzorgingshuis van haar voorkeur: een huis in haar wijk, maar met de langste wachtlijst van de stad. De huisarts vermoedt dementie en mevrouw wordt verwezen naar de GGZ, die de diagnose bevestigt en adviseert een indicatie voor een psychogeriatrisch verpleeghuis aan te vragen. Het RIO indiceert voor een verzorgingshuis met aanvullende verpleeghuiszorg. Het BWZ ontvangt de indicatie en neemt contact op met Piet W., die aanwezig is als de wachtlijstbegeleider komt kennismaken met zijn moeder. Hij blijkt erg ongerust en inmiddels wat cynisch en vraagt of zijn moeder nu op de derde wachtlijst komt: eerst bij de thuiszorg, toen bij het verzorgingshuis en nu bij het verpleeghuis. Ondertussen raakt ze in toenemende mate het overzicht kwijt.

Op basis van het gesprek adviseert BWZ de volgende opties:

- 1. De zorg thuis verder opvoeren met behulp van particuliere thuiszorg, vergoed via de AWBZ. Daarnaast overwegen of mevrouw enkele dagen naar de dagbehandeling psychogeriatric kan gaan, zodat ze minder alleen is, meer dagstructuur en prikkels krijgt, en meer toezicht heeft.*

2. *De keuze voor het verzorgingshuis wijzigen naar een huis met een kortere wachtlijst, waar ook een afdeling voor aanvullende verpleeghuiszorg of een verpleegunit is.*

Mevrouw wordt op de wachtlijst geplaatst van een verzorgingshuis waar ook een verpleegunit is. Dit stelt gerust, omdat mevrouw bij verdere achteruitgang van de dementie niet nogmaals hoeft te verhuizen. Bovendien kan mevrouw bij dit verzorgingshuis naar de dagverzorging, die mevrouw drie dagen kan ontvangen. Door haar rustige, passieve gedrag is de voorziening nog haalbaar, ondanks haar cognitieve achteruitgang. Doordat de zoon wat tijd investeert in het samen kennismaken, wordt mevrouw over de drempel getrokken. Ondertussen meldt de wachtlijstbegeleider dat de thuiszorg in staat is om de dagelijkse zorg te verlenen. De wachtlijstbegeleider regelt aanvankelijk tal van kleine zaken, maar als de situatie gestabiliseerd is, houdt zij enkel een vinger aan de pols via het contact met de zoon, de thuiszorg en het verzorgingshuis. Na zeven maanden wordt de opname gerealiseerd.

8.4 De ontmanteling: wat ging er mis en hoe gaat het nu

Ondanks het succes in kwantitatieve (tabel 1) en kwalitatieve (bovenstaande casus) zin, bleek het BWZ geen lang leven beschoren. Deze paragraaf vertelt over het hoe en waarom van de afbraak ervan. Om het BWZ optimaal te laten functioneren is samenwerking tussen het zorgkantoor, het RIO, de zorgaanbieders en de overheid van groot belang. Volgens planning had de integratie tussen de intra- en extramurale sector in de loop van 2003 voltooid moeten worden. Op politiek niveau ontstond langzaam duidelijkheid over verantwoordelijkheden en financiën; de weg ernaartoe vergde echter veel van de betrokken partijen. In 2002 en 2003 moesten zorgaanbieders bijvoorbeeld tegen eerdere afspraken in extra wachtlijstpeilingen uitvoeren voor de landelijke cijfers. Over de financiering van de door het zorgkantoor gedelegeerde taken rond wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing bestonden ook veel onduidelijkheden. Tot diep in 2003 zijn het zorgkantoor en de OZU ervan uitgegaan dat hun eerder aangegane samenwerking in de vorm van een geïntegreerd BWZ zou blijven bestaan. Uiteindelijk pakte het anders uit.

De zorgaanbieders hebben dit gezamenlijke project niet langer kunnen uitvoeren, onder andere omdat de financiering eind 2003 werd gestopt. Daarnaast vormde de toenemende marktgerichtheid en bijbehorende concurrentieoverwegingen een factor waardoor het project niet langer 'gedragen' werd. In november 2003 heeft de OZU besloten het gezamenlijke, stedelijke BWZ te ontmantelen. Voor alle zorgaanbieders binnen de OZU zou gaan gelden dat zij zelf verantwoordelijk werden voor de logistiek en toewijzing rond nieuwe cliënten. Dit zou leiden tot een zestal servicebureaus (in het kader van al eerdere gemaakte plannen tot bestuurlijke samenwerking zou er één gezamenlijk servicebureau van de thuiszorg en een van de intramurale concerns komen) en het opheffen van het diverse stedelijke overleggen

binnen de intramurale sector. Ook zou de registratie gesplitst worden. Dit had gevolgen voor cliënten.

In de opbouwjaren van het stedelijke BWZ was veel werk verzet voor het gelijktrekken dan wel integreren van alle werkprocessen. Er was een gemeenschappelijk protocol voor de intramurale sector gemaakt, dat afgestemd was op het protocol voor de extramurale sector. Er waren gelijkwaardige afspraken gemaakt tussen de intra- en extramurale teams wat betreft de benadering van cliënten, de afhandeling van administratie, de registratie van de wachtlijst, de positionering van cliënten op de wachtlijst, het omgaan met urgentiecriteria en het monitoren en begeleiden van (complexe) cliëntsituaties. In het afbouwtraject is weliswaar afgesproken dat de servicebureaus de beschikking over alle protocollen zouden krijgen, maar het stond een ieder vrij om vanaf dat moment zijn eigen koers te varen. Tenslotte kwam er een einde aan het intramurale stedelijke zorgtoewijzingsoverleg, dat gericht was op het plaatsen van urgente cliënten, de noodbeddenregeling, de regeling rond kortdurende opname, het omgaan met weigering van zorgaanbieders en het 'verdelen' van de druk van bepaalde wachtlijsten. De belangrijkste consequentie voor cliënten was, dat zij hun centrale toegang tot zorg in de stad Utrecht kwijt waren. En hoewel alle organisaties met een eigen servicebureau een nieuwe ingang creëerden, betekende dat wel dat de cliënt al gekozen moest hebben, voordat hij zijn zorgvraag kwijt kon. Diegenen die geen keuze konden of wilden maken, vielen terug op het zorgkantoor. Men moest in die gevallen wel gaan 'shoppen' (ook door zorgaanbieders en behandelaars uit aanpalende sectoren: ziekenhuizen, revalidatiecentra, GGZ) en kon zijn vraag niet meer bij een gezamenlijk loket neerleggen.

Er is veel aandacht besteed aan de communicatie rond de afbouw van het BWZ. Hoewel het geheel in korte tijd afgerond moest zijn (ongeveer vijf weken) zijn cliënten (en andere betrokkenen) op tijd geïnformeerd middels een nieuwsbrief. Een klein stukje hieruit staat in het volgende kader.

Nieuwsbrief

Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing OZU

december 2003, Laatste Editie

Afbouw

De OZU bouwt haar Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing per 1 januari 2004 af. Belangrijke reden is dat het Zorgkantoor haar financiering voor deze activiteit na 2003 staakt, en de verantwoordelijkheid voor de zorgtoewijzing en het wachtlijstbeheer delegeert aan de zorgaanbieders. De Stichtingen voor Verpleeghuiszorg, Verzorgingshuiszorg en Thuiszorg kiezen ieder voor een eigen vervolg, in nauwe afstemming met hun eigen cliënten. Zij willen directe verantwoordelijkheid dragen voor hun cliënt op de wachtlijst. Wanneer zij niet direct een zorgaanbod conform de indicatiestelling kunnen bieden, spannen zij zich in voor overbruggingszorg. Zonodig verwijst men naar elkaar.

Werkwijze

De huidige werkwijze van het Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing wordt op hoofdlijnen overgenomen door de Servicebureaus. Na ontvangst van de indicatie wordt de cliënt benaderd voor overleg over de gewenste en mogelijke zorg. De cliënt krijgt een vast aanspreekpunt bij het Servicebureau van de instelling van voorkeur, waar hij/zij met vragen terecht kan. Dit geldt uiteraard ook voor de familie/mantelzorgers en voor de verwijzers.

Het Wachtlijst Registratie Systeem wordt per 2004 door de afzonderlijke zorgaanbieders gebruikt, in afwachting van een nieuw systeem van het Zorgkantoor van Agis.

Medewerkers

De medewerkers van het Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing waren jarenlang uitgeleend door hun werkgevers, en keren daar nu terug. Vrijwel alle vertrouwde medewerkers gaan werken binnen de nieuwe servicebureaus.

Figuur 1: Nieuwsbrief ter gelegenheid van de opheffing van Het Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing

Het RIO tenslotte, een belangrijke schakel in de keten, staat onder grote druk. Dat komt door de vele opvolgende wijzigingen in de regelgeving (onder andere de functiegerichte indicatiestelling), alsook door de bij enkele partijen voortdurende twist over zijn bestaansrecht. In dit project heeft het RIO altijd het belang onderkend van het hebben van één aanspreekpunt voor de zorgtoewijzing en het wachtlijstbeheer.

Leen W. is teruggekomen uit Afrika toen haar moeder werd opgenomen. Haar werkgever wilde graag de uitzending verlengen, maar Leen vond het tijd om terug te

keren. Ze woont weer in haar ouderlijk huis en heeft haar oude werkzaamheden opgepakt. Haar buurvrouw, een goede huisvriendin van haar en haar ouders, is op leeftijd en krijgt fysieke klachten. Leen W. maakt opnieuw van dichtbij mee dat de situatie snel achteruit gaat. Op enig moment vertrouwt de huisarts het niet meer en hij probeert een opname te regelen in het verpleeghuis. Door het opheffen van het BWZ blijkt dit echter niet met één telefoontje geregeld te zijn. Bovendien blijkt het regelen van overbruggingszorg voor de tussentijd ook veel complexer. Leen neemt het op zich om met alle mogelijke leveranciers te onderhandelen en neemt in de tussentijd de zorg op zich. Na enige dagen wordt de buurvrouw opgenomen.

8.5 De toekomst

In deze paragraaf geven de auteurs, aan de hand van de in de inleiding genoemde verschuivingen binnen de AWBZ, hun persoonlijke mening over de toekomst. Het gaat hierbij om de gevolgen voor cliënten van het verlies van een centrale ingang, de problematiek rond wachtlijstcijfers, de relatie met het RIO en de dilemma's rond marktwerking.

Hoewel wij getracht hebben een zo objectief mogelijke beschrijving van het project te geven, zal het de lezer niet ontgaan zijn dat er in de vorige paragraaf een ondertoon van spijt zit. Wij hebben in een aantal jaren diverse stappen uitgevoerd om te komen tot een centrale, objectieve zorgpoort in de stad Utrecht. Aanleiding hiervoor waren de problemen die cliënten ondervonden bij het verkrijgen van zorg. Zoals beschreven ging het niet alleen om het tekort aan zorg (en alle problemen die gepaard gaan met de plaatsing op een wachtlijst), maar ook om het zorgvuldig een keus kunnen maken uit het aanbod. Dat de aanbieders de handen ineen wilden slaan is een voorwaarde. De noodzaak daarvan is nog eens te lezen in onderstaande casus.

Mevrouw K, een alleenstaande vrouw van 78 jaar, is dement in een beginnende vorm. Mevrouw vindt zelf niet dat zij ziek is of dat er problemen zijn, maar vertoont vanwege de dementie cognitieve en gedragsstoornissen. Toen zij nog thuis woonde kon zij hierdoor slecht voor zichzelf en haar hond zorgen. Na enige tijd wordt zij opgenomen op een gesloten afdeling in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Hier blijkt dat zij gedesoriënteerd is in tijd en plaats en dat zij zinnen en handelingen vaak zinloos herhaalt. Verder heeft zij enkele wonden, omdat haar hond haar gebeten heeft. Mevrouw had al enige tijd ondersteuning van de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, maar die kon escalatie niet voorkomen en heeft mevrouw met een IBS (in bewaring stelling) opgenomen. Uit de functionele indicatiestelling blijkt dat mevrouw op de meeste geïndiceerde onderdelen in de zwaarste categorie (noodzaak voor continu hulp, toezicht of sturing) valt. Er volgt een indicatie voor de functies ondersteunende begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling en verblijf. Mevrouw wil echter niet opgenomen worden, maar staat door het gebrek aan ziekte-inzicht ook niet open voor vormen van hulp thuis.

Al met al een complexe situatie. De indicatie voor verblijf en de weigering van mevrouw vragen veel coördinatie tussen de verschillende diensten en organisaties

die in de thuissituatie bij mevrouw betrokken zullen zijn om de zorg mogelijk te maken. Omdat het BWZ de coördinatie van het geheel op zich had genomen, kon er een zorgarrangement worden samengesteld (met onder andere gespecialiseerde thuiszorg en ambulante GGZ). Alle betrokken partijen wisten dat de anderen hun taken zouden uitvoeren, waardoor mevrouw na afloop van de IBS naar huis is gegaan.

In tijden van grote wachtlijsten zou deze situatie extra ingewikkeld zijn geweest, maar in de tijd van de beschreven casus kende de thuiszorg nauwelijks wachtlijsten, waardoor het ontslag van mevrouw veel beter te organiseren was. Deze casus ontstond na het uiteenvallen van het stedelijk BWZ. De functie verblijf was geïndiceerd. Hierdoor was de aanbieder van voorkeur, die verantwoordelijk is voor het inzetten van de zorg, een intramurale instelling. Deze instelling is volgens de nieuwe regels bij een wachtlijst verantwoordelijk voor het regelen van de overbruggingszorg. In deze casus is hiervoor echter gedegen kennis van de extramurale sector nodig. Een intramurale instelling moet in een dergelijk geval contact leggen met de thuiszorgorganisatie, waarvoor een goed netwerk dus noodzakelijk is. Concurrentie binnen de hele sector wordt wel bevorderd. Deze casus illustreert dus het dilemma binnen de moderne AWBZ: het belang van ketenzorg versus marktwerking.

Het hebben van een goed overzicht van de vraag naar AWBZ-zorg is een tweede punt van zorg. Wij hebben in de afgelopen jaren (op een gedetailleerd niveau) ervaring opgedaan met het verzamelen van dergelijke cijfers en het belang dat partijen hierbij hebben. Uitleg hierover willen we de lezer dan ook niet onthouden. In de loop van de jaren hebben de aanbieders vele malen wachtlijstcijfers moeten aanleveren. Bij de start van het AZR-traject in mei 2000 was de omvang van de wachtlijsten groot, zowel landelijk als regionaal. In de loop der jaren zijn de cijfers gedaald, zeker in de thuiszorg. De vraag is echter hoe betrouwbaar dit is. Uit eigen ervaring weten wij dat de cijfers in de loop van die jaren op diverse manieren zijn verzameld. Na het gelijktrekken hiervan hebben wij zelf veranderingen in de werkwijzen en protocollen uitgevoerd, waardoor de wachtlijst steeds een ander gezicht kreeg. Harde aantallen werden steeds betrouwbaarder (en dus minder goed te vergelijken), maar vooral de inhoud (wachttijden, urgentiescores en prioritering) werd steeds verfijnder. Daarnaast werd het voor aanbieders steeds minder interessant om een omvangrijke wachtlijst te hebben, omdat dit werd gestraft door maatregelen die de overheid trof. De belangrijkste maatregel in onze ogen is de verantwoordelijkheid die aanbieders hebben in het leveren van zorg, of het regelen van overbruggingszorg, aan de klant die voor hen gekozen heeft. Allemaal goede ontwikkelingen, maar de vraag is of deze betrouwbare sturingsinformatie opleverde. Is al die moeite nodig geweest? Zeker wel; mede omdat het veld gedwongen moest worden meer inzicht te krijgen en te geven in het eigen handelen.

Eerder is aangegeven dat de goede relatie met het RIO van wezenlijk belang is geweest voor de geslaagde uitvoering van de keten. Juist toen de wachtlijstproblematiek het meest schrijnend was, was het van belang dat het handhaven van gedeelde objectieve processen en handelwijzen alle cliënten het

beste deed toekomen. Met het toelaten van vele andere aanbieders wordt het de vraag, hoe dergelijke relaties in de keten het beste gehandhaafd kunnen worden. Het is voor een RIO niet doenlijk om dergelijke banden te onderhouden met vele aanbieders, die ook nog eens een commercieel belang hebben.

Op dit moment zijn de omvang van de wachtlijsten en de bijhorende problemen in de stad Utrecht 'behapbaar'. De meest urgente situaties worden snel opgelost. Extramurale aanbieders hebben nauwelijks nog urgent wachtenden, waardoor ook overbruggingszorg geen probleem vormt. Ook de diverse servicebureaus doen voor hun klanten goed werk. Op het moment dat er weer meer vraag dan aanbod ontstaat, wordt de diversiteit in het aanbod een probleem, met name voor cliënten die geen weet hebben van de mogelijkheden of uit al het aanbod geen keuze kunnen maken. Tot slot willen wij opmerken dat de modernisering van de AWBZ voor aanbieders verschillende dilemma's oplevert. Door de ontschotting was samenwerking makkelijker, maar werd ook marktwerking gestimuleerd.

Hoe kun je marktwerking laten bestaan, maar maatschappelijke verantwoordelijkheid blijven dragen? Hoe kun je verantwoordelijk zijn voor optimale zorg aan de cliënt als die het beste door een ander geleverd kan worden, terwijl je zelf zo afhankelijk bent van nieuwe cliënten? Hoe ga je om met een schaars goed waar iedereen recht op heeft, terwijl je het liefst de cliënten zou willen kiezen die het beste bij je passen (de cliënt mag immers ook kiezen)? Het moge duidelijk zijn dat in onze ogen deze dilemma's voor zowel de opbouw als de afbraak van het BWZ hebben gezorgd.

9 Regionale transferpunten en indicatiestelling

Elly van der Veen, oud-directeur RIO Eemland en thans senior beleidsmedewerker CIZ te Driebergen

9.1 Inleiding

Aanmeldingen voor zorg, zowel voor intra- en extramurale voorzieningen als voor de WVG, bereiken het RIO/CIZ vanuit diverse richtingen. Cliënten, huisartsen en zorgaanbieders (ook ziekenhuizen) kunnen een aanmelding doen. Gezien de gewenste doorstromingsnelheid van patiënten die in een ziekenhuis verblijven en de tendens om de opnameduur steeds meer te bekorten, is er een toenemende druk op het RIO/CIZ tot snelle afhandeling van indicaties van de in het ziekenhuis verblijvende cliënt. Daarnaast valt te constateren dat de zorg waarvoor een indicatie gevraagd wordt, zwaarder en omvangrijker is geworden als gevolg van de kortere opnameduur.

Sinds 1999 hebben Meander Medisch Centrum (MMC) en RIO Eemland/CIZ locatie Amersfoort een dienstenovereenkomst waarin is geregeld dat RIO Eemland/CIZ locatie Amersfoort/CIZ locatie Amersfoort diensten verricht op het terrein van transfers van cliënten van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Deze diensten zijn overeengekomen nadat in het ziekenhuis de functie van transferverpleegkundige was opgezet door MMC & thuiszorg Eemland. Bij de start van het RIO/CIZ is gezocht naar een vorm waarbij de onafhankelijke positie van de indicatiestelling gewaarborgd zou zijn en de coördinatie rondom ontslag behouden zou blijven.

9.2 Indicatiestelling door RIO Eemland/CIZ locatie Amersfoort in MMC

Organisatie, afspraken en taken

RIO Eemland/CIZ locatie Amersfoort heeft indicatiestellers in dienst, die werkzaam zijn ten behoeve van cliënten verblijvend in Meander Medisch Centrum, die een aanvraag doen of laten doen voor zorg en/of voorzieningen op het terrein van de AWBZ. De in het ziekenhuis gestationeerde indicatiestellers hebben, naast hun gewone taak (het stellen van een indicatie), extra taken die rond het ontslag van een cliënt noodzakelijk zijn en strikt genomen geen indicatietaken zijn. Het betreft de (transfer)taken:

- Bemiddelen met betrekking tot leveren van geïndiceerde zorg;

- Regelen van diensten waarvoor geen indicatie vereist is (alarmering, maaltijdvoorziening e.d.);
- Regelen van voorzieningen met betrekking tot de verpleging en verzorging thuis, zoals hoog-/laag bedden, infuuspompen, zuurstof;
- Deelnemen aan multidisciplinair afdelingsoverleg (MDO's).

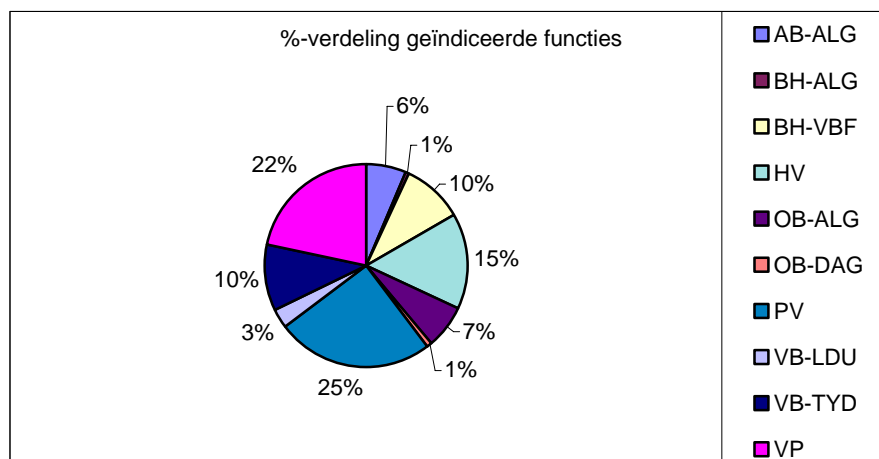
De combinatiefunctie van indicatiesteller met extra transfertaken heeft de benaming transferverpleegkundige gekregen. De extra (transfer)taken zijn diensten die het RIO/CIZ levert aan het ziekenhuis. In een dienstenovereenkomst (deze is op te vragen bij RIO Eemland/ CIZ locatie Amersfoort) is beschreven wat onder de diensten wordt verstaan en hoe de betaling en afrekening van geleverde diensten plaatsvindt.

Aan elke indicatie voor (met name) thuiszorg zitten ook transfertaken, die ook zonder indicatie (wanneer indicatie nog geldig is) kunnen worden verricht. In oorsprong waren de transferverpleegkundigen alleen actief op het terrein van de indicaties voor thuiszorg. Al spoedig bleek dat dit niet meer paste in het geïntegreerde concept van indicatiestelling AWBZ en is overgegaan op het indiceren voor het hele terrein AWBZ.

Het maatschappelijk werk is de afgelopen jaren in formatie sterk afgenomen door verschuiving van taken met betrekking tot het indicatietraject naar de transferverpleegkundige. Maatschappelijk werk heeft op dit moment de taak actief te zijn nadat een verblijfindicatie is afgegeven, en dient deze zorg/opname te realiseren.

In 2002 bedroeg het aantal LMR geregistreerde verkeerde bed patiënten 36 en verkeerde beddagen 1.140 (met name neurologie, interne en klinische geriatrie). De eigen registratie van het ziekenhuis geeft aan 2.658 beddagen, volgens de definitie medisch uitbehandelde patiënten met ligduur langer dan 28 dagen.

In 2003 zijn in MMC 2069 indicaties/transfers gedaan. In onderstaande figuur 1 is te zien welke functies in dat jaar in het ziekenhuis zijn geïndiceerd en in welke verhouding. Het aantal transfertaken zonder indicatie is op jaarbasis 150. De transferverpleegkundigen nemen op verzoek van de afdeling gedurende ongeveer 500 uur per jaar deel aan multidisciplinair overleg. Deze uren worden in rekening gebracht bij het ziekenhuis. De procedureplanning voor de indicatiebezoeken in het ziekenhuis is als bijlage bij dit hoofdstuk opgenomen.



Figuur 1: Procentuele verdeling van functies

AB-ALG	Activerende Begeleiding algemeen	(6%)
AB-DAG	Activerende Begeleiding Dagprogramma	(6%)
BH-ALG	Behandeling algemeen	(1%)
BH-VBF	Behandeling Verblijf	(10%)
HV	Huishoudelijke verzorging	(15%)
OB-ALG	Ondersteunende begeleiding algemeen	(7%)
OB-DAG	Ondersteunende Begeleiding dagprogramma	(1%)
PV	Persoonlijke verzorging	(25%)
VB-TYD	Verblijf Tijdelijk	(3%)
VB-LDU	Verblijf Langdurig	(10%)
VP	Verpleging	(22%)

	TOTAAL	100%

Voor MMC zijn zeven transferverpleegkundigen (vier fte) in dienst van het RIO/CIZ werkzaam, op de grootste locatie van MMC gehuisvest en ook werkzaam voor twee andere locaties van MMC. Indien cliënten in het ziekenhuis niet afkomstig zijn uit regio Eemland, zijn er standaard afspraken met buur-RIO's/CIZ locaties (Gelderse Vallei; Harderwijk, Putten, Ermelo; hele provincie Utrecht). Ook de transfertaken voor de buitenregionale aanvragen worden bij het ziekenhuis in rekening gebracht.

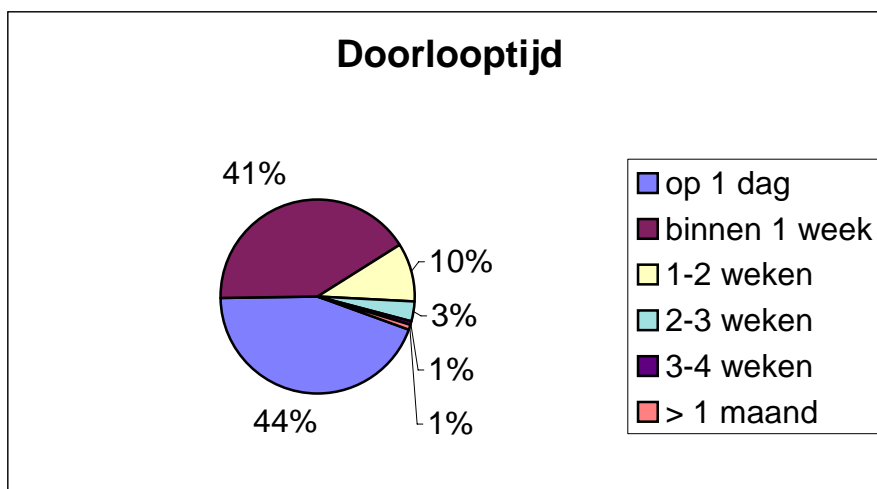
Werkwijze

De afdeling waar de cliënt verblijft, doet een aanvraag voor een indicatie en/of voorbereiden ontslag (transfer), al dan niet na bespreking binnen MDO. De aanvraag wordt naar de transferverpleegkundige gefaxt, gemaïld of gebracht. De aanvragen worden gescreend op urgentie c.q. uitstelbaarheid, en daarna ingepland. De administratief medewerker maakt eventueel een afspraak met familie. De transferverpleegkundige raadpleegt het dossier, voert een gesprek met cliënt en/of

familie en stelt een indicatiebesluit of -advies op. Voor indicaties met (o.a.) de functie ‘Verblijf’ wordt een indicatieadvies opgesteld dat na bespreking in het multidisciplinaire team van het RIO/CIZ omgezet wordt in een besluit. Naast het opstellen van het indicatierapport worden de transfertaken, indien van toepassing, verricht. De transferverpleegkundige stelt de afdeling op de hoogte van het indicatiebesluit en de feitelijke mogelijkheden met betrekking tot het ontslag (mogelijkheden zorginzet per wanneer en andere noodzakelijke voorzieningen). Bij spoedplaatsingen en bij enkele standaard revalidatietrajecten is een indicatieadvies toereikend voor plaatsing en wordt formeel het besluit achteraf genomen. Bij (te) late aanmelding of pieken in de aanvragen van uitstelbare zorgaanvragen, wordt de aanvraag niet door de transferverpleegkundige maar door een collega-indiciesteller in behandeling genomen. Na ontslag uit het ziekenhuis wordt door deze collega een huisbezoek gebracht.

De transferverpleegkundigen zijn vanuit het ziekenhuis middels de computer verbonden met RIO Eemland en werken rechtstreeks in het databestand. Zij kunnen eerdere indicaties raadplegen en eigen rapportage toevoegen. De indicatierapporten kunnen per e-mail direct naar zorgaanbieder of zorgkantoor worden gezonden. De cliënt ontvangt van het RIO het indicatiebesluit.

De zeven transferverpleegkundigen maken deel uit van regioteams van RIO Eemland. Elk regioteam heeft wekelijks een multidisciplinair teamoverleg. Daarin komen de aanvragen aan de orde die een besluit van dit team verlangen (functie ‘Verblijf’, negatieve indicatiebesluiten en bezwaren) en aanvragen waarover twijfel bestaat bij de indicatiesteller/transferverpleegkundige.



Figuur 2: Doorlooptijd

Opmerking bij met name de indicaties langer dan 1 week:

Een indicatie wordt in het ziekenhuis pas afgesloten als de zorgaanbieder bekend is. Dat kan wel enige tijd in beslag nemen. De indicatie is dan al eerder gereed. Ook worden aanvragen regelmatig te tijdig gedaan terwijl er nog geen sprake is van een helder beeld wat de vervolgzorg zou moeten zijn.

Projecten

Binnen het MMC zijn in of na overleg met RIO Eemland de afgelopen jaren de volgende projecten ontwikkeld:

Stroke Service Eemland project

Regionale zorgketen van zorgverleners die samen, als netwerk, zorg en behandeling voor CVA-patiënten waarborgt, in alle fasen van de aandoening.

Na opname (maximaal 14 dagen) op de Stroke Unit in het ziekenhuis, volgt doorstroming naar verpleeghuis of thuis met zorg. De specialist geeft informatie ten aanzien van de prognose.

In geval van revalidatie binnen het Stroke project wordt cliënt door de afdeling aangemeld bij een verpleeghuis en de transferverpleegkundige. Deze komt binnen 48 uur voor een gesprek met cliënt en familie en geeft een voorlopige indicatie af. Cliënt vertrekt dan op het moment dat hij is uitbehandeld naar verpleeghuis; definitieve indicatie volgt na bespreking in het MDT. Kan cliënt terug naar thuis, dan wordt de zorgbehoefte in kaart gebracht en geïndiceerd.

Orthopedisch project

Orthopedische revalidatie in het verpleeghuis of tijdelijke opname in het verzorgingshuis na ziekenhuisopname.

De orthopedieconsulent ziet patiënt zes weken preoperatief en geeft op formulier het advies dat patiënt in aanmerking zou kunnen komen voor verpleeg- of verzorgingshuis aan de hand van vastgestelde criteria.

Binnen drie werkdagen wordt patiënt door transferverpleegkundige gezien. Deze geeft indicatie af, veelal conform advies consulent. Indien de indicatie later afgegeven is dan binnen de afgesproken drie dagen, wordt de cliënt wel overgeplaatst en vindt de indicatie achteraf plaats.

Chirurgisch revalidatie project

Snelle doorstroming van chirurgische patiënten van MMC naar verpleeghuis. Er is een kader gevormd met in- en uitsluitingscriteria.

Binnen twee werkdagen na ontvangst van de aanvraag vindt indicering door het RIO/CIZ plaats.

In dit project gaat het altijd om een revalidatie periode van maximaal drie maanden.

Naast deze projecten hebben MMC en RIO Eemland/CIZ locatie Amersfoort de afspraak gemaakt dat voor de volgende operaties vooraf indicaties kunnen worden aangevraagd, die telefonisch kunnen worden afgehandeld: heup-, knie-, hernia-, schouder-, en staaroperaties, baarmoederverwijdering en borstamputatie. Per operatie staan de standaarden aangegeven voor de indicatie (termijn, functie en omvang). Deze indicaties kunnen, indien het thuiszorg betreft, vooraf gegeven

worden. De zorgaanbieder wordt op de hoogte gesteld, zodat de cliënt tijdig ingepland kan worden voor zorg thuis. Zo wordt voorkomen dat cliënt na de operatie moet wachten op thuiszorg. Na de operatie wordt bekeken of de vooraf gedane indicatie voldoet.

9.3 Eigen beoordeling van beschreven werkwijze

Samengevat kunnen ten aanzien van de bovenbeschreven werkwijze de volgende punten en voordelen genoemd worden:

- Onafhankelijke indicatie gewaarborgd door dienstverband bij RIO;
- Onafhankelijke en cliëntondersteunende rol transferverpleegkundigen ten opzichte van ziekenhuisbelangen (snelle doorstroming);
- Professionele, goed getrainde indicatiestellers/transferverpleegkundigen;
- Ingebed in indicatieorgaan met continuïteits- en kwaliteitsgarantie;
- Gebundelde kennis op één punt in het ziekenhuis van sociale kaart en regelingen/voorzieningen rond ontslag;
- Door indicatiestellers/transferverpleegkundigen in ziekenhuis te huisvesten is sprake van korte lijnen tussen indicatieorgaan en ziekenhuis;
- Deelname indicatiestellers/transferverpleegkundigen aan MDO's van ziekenhuis;
- Een duidelijk aanspreekpunt voor ziekenhuismedewerkers;
- Een snelle bereik- en beschikbaarheid van indicatiestellers, korte doorlooptijden, een adequate spoedprocedure, goede aansluiting op eerdere indicaties, en binnen enkele dagen duidelijkheid ten aanzien van omvang en soort van zorg na ontslag;
- Indicatiestelling, regelen andere benodigdheden en zorgrealisering voor het mogelijk maken van ontslag in één hand;
- Kosten voor ziekenhuis beperkt, mede gezien de afname van de formatie maatschappelijk werk en een relatief laag aantal verkeerde beddagen;
- Betrokkenheid RIO/CIZ bij opzet en evaluatie van ziekenhuis- en ketenprojecten, wanneer indicatiestelling daarin een rol speelt.

9.4 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor RIO/CIZ 's en ziekenhuizen op basis van bovenstaande zijn de volgende:

- Richt per ziekenhuis een aanmeldpunt/aanspreekpunt in met een vaste bezetting vanuit één RIO/CIZ;
- Maak met betreffende RIO/CIZ, ziekenhuis en zorgaanbieders afspraken over goede aanmelding en afstemming zorgrealisering, transfertaken (wie doet wat);
- Maak de afspraak dat het RIO/CIZ werkzaam in ziekenhuis alle indicaties mag doen, ook voor de inwoners van de werkgebieden van andere RIO/CIZ 's. Dit tegen de landelijk afgesproken verrekenarieven (nog nodig totdat landelijke financiering AWBZ indicatiestelling is geëffectueerd);

- Harmoniseer en digitaliseer aanvraagtraject vanaf de afdelingen naar transferpunt;
- Breid gestandaardiseerde indicatieprotocollen uit ten behoeve van goed aanvraagtraject en goede inschatting op uitkomst aanvraag voor ziekenhuis en zorgleverancier;
- Ketenaafspraken tussen ziekenhuis en zorgaanbieders met betrekking tot zorggaranties, directe levering voor specifieke doelgroepen (DBC's).

Bijlage

Procedure planning indicatiebezoeken in ziekenhuis

In het ziekenhuis werken anno 2005 zeven transferverpleegkundigen. Er komen gemiddeld 60 aanvragen per week binnen. Deze worden door de administratief medewerker in overleg met de transferverpleegkundigen als volgt ingepland:

- Aanvragen voor terminale patiënten worden binnen 24 uur in behandeling genomen;
- Aanvragen van de spoedeisende hulp worden onmiddellijk afgehandeld;
- Patiënten die geplaatst worden binnen projecten worden op de afgesproken datum bezocht (3^e dag post-OK);
- Dit betreft het *stroke* project, orthopedisch project en chirurgisch revalidatie project;
- Patiënten die gepland worden opgenomen, worden vooraf door het RIO/CIZ buiten het ziekenhuis met voorrang geïndiceerd, zodat zij al meegenomen kunnen worden in de planning van de zorgaanbieder, en na OK zo snel mogelijk het ziekenhuis kunnen verlaten;
- Patiënten waarbij de vooraf gestelde indicatie moet worden aangepast (bijv. bij complicaties: lichamelijke zorg of wondverzorging) worden zo snel mogelijk bezocht;
- Overige aanvragen worden op ontslagdatum ingepland. Het is daarom van belang dat de ontslagdatum of vermoedelijke ontslagdatum op de aanvraag is vermeld. Patiënt moet wel in dusdanige conditie zijn dat het indicatiebezoek ten aanzien van de aanvraag zinvol is. Een aanvraag voor thuiszorg bij een patiënt die volledig bedlegerig is, is in de meeste gevallen echter niet af te geven;
- Bij gegronde redenen kan een indicatie in overleg met spoed plaatsvinden.

10 Trajectbegeleiding en Transferafdeling

André Vis, zorgmanager patiëntenlogistiek Sint Franciscus Ziekenhuis te Rotterdam

10.1 Introductie van deelnemende instellingen

Het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) in Rotterdam is een algemeen ziekenhuis met 613 bedden. Het ziekenhuis heeft als missie om in samenwerking met zorgaanbieders in de keten een prominente rol te spelen in haar regio. Hierbij richt het SFG zich op het aanbieden van medisch specialistische zorg en opleidingen. Patiëntvriendelijkheid en kwaliteit van zorgverlening staan hoog in het vaandel. Een ziekenhuisopname kan zich steeds meer beperken tot de medisch specialistisch noodzakelijke behandeling, door het zo efficiënt mogelijk organiseren van deze processen. Patiënten worden steeds eerder ontslagen. De gemiddelde opnameduur is voor het SFG in 2004 teruggebracht tot 6.4 dagen. Projecten zoals ziekenhuisverplaatste zorg en de transferafdeling dragen bij aan dit resultaat en zullen naar verwachting de gemiddelde opnameduur nog verder terugbrengen. Ziektekostenverzekeraars doen er van hun kant alles aan om kwalitatief goede zorg tegen scherpe kostprijzen in te kopen en verpleegduur en wachtlijsten te beperken. De komende jaren zal het externe budget voor ziekenhuizen niet of nauwelijks groeien en interne efficiëntie en bezuinigingen zijn de thema's voor de komende jaren. Patiëntenlogistiek neemt dan ook een steeds belangrijkere plek in binnen ziekenhuizen. Het herinrichten van poliklinische processen en het streven naar one-stop-shopping waarbij patiënten binnen één bezoek een onderzoek en diagnose en/of behandeling ondergaan zijn samen met aandacht voor opname- operatie- en ontslagplanning voorbeelden hiervan. Met het efficiënter organiseren van het ziekenhuisproces is aandacht nodig voor de 'voor- en achterdeur' van het ziekenhuis. Daarom heeft het SFG, naast een intensieve samenwerking met huisartsen rondom de instroom, al sinds 1994 samenwerkingsinitiatieven over de uitstroom van patiënten met diverse aanbieders van nazorg in de keten.

Inmiddels is een breed netwerk gevormd van zorgaanbieders in de regio waarmee in meer of mindere mate wordt samengewerkt. *De Stromen*, een organisatie van verpleeg- en verzorgingshuizen en aanbieder van thuiszorg, is een samenwerkingspartner in de zorgketen. Onder het credo 'normaal waar mogelijk, bijzonder waar nodig' speelt deze organisatie in op het bieden van diensten die

passen bij de aard, wensen, en de (gezondheids)situatie van ouderen. Uitgangspunt vormt het perspectief van de cliënt en het ijkpunt is niet de kwaliteit van zorg maar de kwaliteit van leven.

Stichting Thuiszorg Rotterdam, een grote landelijke thuiszorgaanbieder met thuiszorgcentra verdeeld over heel Rotterdam, is ook partner in de zorgketen van het SFG. Met als missie 'alles wat we doen, doen we met zorg', sluiten zij aan bij zorgvragen van medisch specialistisch uitbehandelde patiënten.

De aanleiding

In de jaren 1998 tot 2000 was gemiddeld zes procent van de 613 bedden bezet door uitbehandelde patiënten. Noodgedwongen wachtten patiënten in een duur ziekenhuisbed op thuiszorg, verzorgings- of verpleeghuiszorg. De toename van oudere patiënten met een cumulatieve aan gezondheidsproblemen, ook wel aangemerkt als de 'dubbele vergrijzing', heeft er toe geleid dat in 1998 het idee is ontstaan om uitbehandelde patiënten sneller, maar vooral kwalitatief betere continuïteit in nazorg aan te bieden. De liaisonverpleegkundige, in dienst van de Thuiszorg Rotterdam en met een werkplek in het SFG, deed haar intrede. Zij bemiddelde voor patiënten tussen ziekenhuis en nazorgaanbieders. De snelheid van de transitie nam toe omdat liaisonverpleegkundigen AWBZ-indicaties voor thuiszorg stelden. De eerste stap om de 'verkeerde bedbezetting' terug te dringen werd zo gezet. De gedachte binnen het SFG om te komen tot een speciaal ingerichte afdeling voor uitbehandelde, vooral oudere patiënten die moeten wachten op een passend nazorgaanbod, stamt uit deze tijd.

Idee-ontwikkeling

Sinds 1994 bestaat een aantal ziekenhuisverplaatste zorgprojecten zoals voor patiënten na een Cerebrovasculair Accident (CVA) en voor patiënten na een chirurgische of orthopedische ingreep. Samen met verpleeghuis Schiehoven, onderdeel van De Stromen, worden met name voor orthopedische ingrepen goede resultaten geboekt. De totale opnameduur van ziekenhuis- en verpleeghuisbehandeling pakte zelfs lager uit. Vanuit steeds intensievere contacten met Schiehoven ontstond de gedachte voor een transferafdeling in het ziekenhuis waar patiënten tijdelijk zouden kunnen verblijven voor overbruggingszorg. In het najaar van 1999 werd de gedachte opgepakt om te komen tot een transferafdeling. Het zorgkantoor Rotterdam stelde subsidiegelden beschikbaar voor initiatieven in zorgketens. Kwaliteitsverbetering in zorgverlening, evenals afname van wachtlijsten voor ziekenhuisopnamen en afname van 'verkeerde bedden' waren redenen om de subsidie toe te kennen aan het zorgvernieuwingproject Trajectbegeleiding en Transferafdeling.

Visie

Met *De Stromen* werd een basis gelegd om te komen tot een gemeenschappelijke visie op 'integrale zorgverlening aan ouderen'. Deze zorg vergt een benadering die compartimenten en sectoren overstijgt.

In deze visie wordt een warm pleidooi gehouden voor trajectbegeleiding aan ouderen rondom een ziekenhuisopname. Samen met Stichting Thuiszorg Rotterdam (STR) en het SFG is deze visie verder ontwikkeld. Door middel van trajectbegeleiding wordt de cliënt aan de hand genomen en door het proces van ziekenhuisopname geloodst. De gedachte *van huis naar thuis met het ziekenhuis als tijdelijke tussenstop* moet zo goed mogelijk in de praktijk worden gebracht. Alle stappen in het proces en de hobbels die een patiënt kan tegenkomen, worden begeleid. Samen met de cliënt wordt naar het meest geschikte traject gezocht. Het voor patiënten complexe proces van indicatiestelling voor AWBZ-zorg en het bemiddelen naar een zorgaanbieder van voorkeur of waar nodig het bewerkstelligen van aanpassingen in de woonsituatie, worden zorgvuldig gecoördineerd.

10.2 Aanleiding vanuit patiëntenperspectief

In de laatste levensfase kunnen mensen geconfronteerd worden met een opeenstapeling van gezondheidsproblemen. Wanneer er sprake is van een ziekenhuisopname blijkt dat voor velen, vooral ouderen, de gezondheidsproblematiek en de regelgeving rondom een opname complexe situaties op kan leveren. Zonder ondersteuning kunnen mensen beperkingen worden opgelegd op het gebied van gezondheid, relaties, sociaal netwerk, dagbesteding en wonen. Daarnaast zorgen verminderde gezondheid en vaak daarmee samenhangend verminderde mobiliteit voor een situatie waarin een oudere vaker een beroep moet doen op zijn of haar sociale omgeving. Indien deze sociale omgeving in onvoldoende mate aanwezig is bestaat de kans op vereenzaming, isolement en een (nog) grotere afhankelijkheid van de gezondheidszorg. Verminderde gezondheid en daaruit voortvloeiende verminderde mobiliteit leiden ook tot een andere invulling van de dagbesteding. Ondersteuning hierbij is vaak gewenst. Door veranderingen in de gezondheidstoestand behoeven ouderen vaak aanpassingen in de directe woonomgeving. Voorbeelden hiervan zijn het aanbrengen van handvaten of aanpassingen voor rolstoelgebruik. Indien aanpassen van de huidige woning geen optie is, zal verhuizen naar een wooncomplex voor ouderen onvermijdelijk zijn, met alle gevolgen van dien. Wanneer ouderen worden geconfronteerd met een zodanige gezondheidsproblematiek dat een ziekenhuisopname noodzakelijk is, verliezen zij vaak (al dan niet tijdelijk) de balans in en de regie over het leven. Naast medische zorg dient in dat geval ook gekeken te worden naar het herstel van deze balans en regiefunctie.

Trajectbegeleiding

Trajectbegeleiding is een integrale benadering van de situatie van de oudere rondom een ziekenhuisopname.

Het is mogelijk de regiefunctie te ondersteunen of over te nemen en de tijdelijke disbalans te herstellen. Trajectbegeleiding richt zich met name op het gebied van ondersteuning van ouderen en hun sociale netwerk en op het verkrijgen van de juiste zorg, steun en begeleiding. Uitgangspunt is het op maat aanbieden van zorg op het juiste moment en op de juiste plaats. Daarbij is een adequate planning van de

beschikbaarheid van de gewenste vormen van zorg, steun en begeleiding cruciaal. Hierop volgt afstemming van overplaatsing en overdracht. De uitvoering van trajectbegeleiding is niet aan een afdeling of instantie gebonden, maar aan een patiënt.

Transferafdeling

De aanwezigheid van een transferafdeling in het Sint Franciscus Gasthuis draagt ertoe bij dat trajectbegeleiding beter kan worden toegepast. Op de transferafdeling kunnen patiënten namelijk worden opgevangen vanuit klinische afdelingen. De transferafdeling beoogt *tijdelijke* opvang te bieden aan patiënten die na een ziekenhuisopname niet direct gebruik kunnen maken van een passende woon- en leefomgeving, zoals het gebruik van thuiszorg, een verzorgings- of een verpleeghuis. Daarnaast wordt binnen deze afdeling voor maximaal drie maanden reactivering en kortdurende verpleeghuiszorg aangeboden. De patiënt kan met hulp van de trajectbegeleider de juiste en gepaste volgende stap nemen.

10.3 Aanpak, doelgroep en productontwikkeling

Aanpak

Trajectbegeleiding en de inrichting van een transferafdeling is ontstaan vanuit de visie ‘integrale zorgverlening aan ouderen’. Participanten in dit grote project waren een externe projectleider, deelprojectleiders vanuit betrokken organisaties, vertegenwoordigers van de Raden van Bestuur van betrokken ketenpartners, het Zorgkantoor Rotterdam en zorgverzekeraar Zilveren Kruis/Achmea. De laatste twee zijn nauw betrokken geweest bij de ontwikkelfase en de financiering. Het project is op de zuidoever van Rotterdam ook opgepakt door het Medisch Centrum Rijnmond Zuid.

Doelgroep

In de ontwikkeling van het product Trajectbegeleiding is uitgebreid stilgestaan bij de doelgroep. De patiënt die in aanmerking wil komen voor trajectbegeleiding moet aan bepaalde criteria voldoen. Hij of zij heeft een medische indicatie voor een klinische opname, dagbehandeling of poliklinische behandeling in het ziekenhuis. Niet het ziektebeeld op zich is doorslaggevend, maar de behoefte aan een integrale benadering van zorg, welzijn en wonen. De patiënt is niet in staat om zelf de regie te voeren, heeft een duidelijke hulpvraag en gaat akkoord met begeleiding. De verwachte begeleidingsperiode is te overzien en kan lopen van twee weken voor opname tot maximaal drie maanden na ontslag (de maximale verblijfsperiode op de transferafdeling).

Transferverpleegkundigen en hun rol als trajectbegeleider

De transferverpleegkundigen werkzaam binnen Bureau Nazorg van het SFG hebben zich snel de rol van trajectbegeleider eigen gemaakt. Bureau Nazorg coördineert binnen het SFG alle nazorgvragen voor AWBZ en is een vangnet voor alle patiënten die in aanmerking komen voor trajectbegeleiding. De coördinerende en

begeleidende taken sluiten goed aan bij de werkprocessen die hier al waren neergelegd.

Transferafdeling en de start

Het vinden van ruimte voor een transferafdeling en de realisatie van bouwkundige aanpassingen die ook de visie op de transferafdeling ondersteunden, was een punt van aandacht. Er is in het tijdbestek van een half jaar een ruimte geschapen die uitnodigend is voor tijdelijk verblijf en reactivering, maar die geen woonomgeving is zoals een verpleeghuis. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn dat het om een tijdelijk verblijf gaat. Per juli 2000 konden de eerste opnames op de transferafdeling plaatsvinden.

10.4 Trajectbegeleiding en Transferafdeling in de praktijk

Trajectbegeleiding is belangrijk gebleken om de patiënt zo spoedig mogelijk zorg, begeleiding en huisvesting op maat te bieden en daarbij doorstroming binnen de zorgketen te bevorderen. Het aantal aanvragen voor trajectbegeleiding groeit snel. Complexiteit van indicatieprocessen en mogelijkheden in nazorgaanbod op maat zijn, naast de druk om ziekenhuisbedden nog efficiënter te benutten, de belangrijkste redenen.

De dagelijkse praktijk leert dat patiënten een verhuizing binnen het ziekenhuis naar de transferafdeling minder belastend en veiliger vinden dan overplaatsing naar externe zorgaanbieders (Vis, 2002). Een overplaatsing kan ook eerder plaatsvinden omdat terugplaatsen bij complicaties eenvoudig is. Een ander effect is dat de uiteindelijke ontslagbestemming regelmatig een andere was dan de aanvankelijke opname-indicatie voor plaatsing op de transferafdeling. Zo konden veel mensen, waarvoor in beginsel een chronische verpleeghuisindicatie was afgegeven, naar huis met of zonder thuiszorg.

Trajectbegeleiding als casus

De onderstaande casus geeft een indruk van trajectbegeleiding.

Huisarts X belt naar een transferverpleegkundige en legt de volgende situatie voor: zijn 76-jarige patiënte, mevrouw Y, moet op korte termijn worden opgenomen voor een totale knieprothese. Mevrouw verzorgt momenteel haar hulpbehoevende man die driemaal per week gedialyseerd wordt in het SFG. Mantelzorg is afwezig. De vraag van de huisarts is of gelijktijdig met de opname van mevrouw het ook mogelijk is de heer Y op te nemen. Hij voorziet dat mevrouw na opname haar man niet meer kan verzorgen. Ondanks verzet van het echtpaar geeft hij aan dat opname in een verpleeghuis het meest voor de hand ligt.

Uitwerking en leerpunten

De transferverpleegkundige pakt de rol van trajectbegeleider op en brengt al voor opname de situatie en zorgvraag in kaart. Samen met het echtpaar maakt de trajectbegeleider een plan van aanpak, dat wordt afgestemd met de huisarts.

Uitgangspunt van het plan is de nadrukkelijke wens van de heer Y om niet in een verpleeghuis terecht te komen, waardoor het echtpaar noodgedwongen gescheiden zou worden. De transferverpleegkundige overlegt met de betrokken specialist over de termijn van opname. Vervolgens wordt Thuiszorg Rotterdam ingeschakeld met het verzoek al voor opname de woonsituatie en zorgvraag in kaart te brengen. Voor de heer Y wordt een plek gereserveerd op de transferafdeling vanaf het moment van opname van mevrouw Y. Hiermee is de verzorging van de heer Y gegarandeerd, en kan zijn dialyse eenvoudig doorgang vinden. Thuiszorg is in dit geval geen optie, omdat mantelzorg ontbreekt en de heer Y niet alleen uitgebreide zorg nodig heeft, maar ook regelmatig naar het ziekenhuis moet voor dialyse. Thuiszorg Rotterdam beantwoordt de transferverpleegkundige dat verzorging thuis na opname van mevrouw Y haalbaar is wanneer een bed in de woonkamer geplaatst kan worden. De Thuiszorg raadt verder aanpassingen aan in de vorm van beugels in het toilet en een klapstoeltje in de douche. De transferverpleegkundige neemt deze informatie mee in zijn overwegingen. Mevrouw Y wordt opgenomen op de afdeling heelkunde, en gelijktijdig wordt de heer Y op de transferafdeling geplaatst. Na de operatie is er bij mevrouw Y sprake van postoperatieve verwardheid. De orthopeed geeft aan dat de medisch specialistische behandeling van mevrouw na zeven dagen is afgerond, maar de door de verwardheid bemoeilijkte reactivering en herstel maken een langer verblijf noodzakelijk. In het multidisciplinair overleg wordt voorgesteld mevrouw Y vanaf de zevende dag naar een verpleeghuis te plaatsen voor verder herstel. Bij de transferverpleegkundige komt meteen de gedachte op om mevrouw Y bij haar man op de transferafdeling te plaatsen. Met dit in het achterhoofd wordt de indicatie voor AWBZ-zorg bij het indicatieorgaan aangevraagd voor plaatsing op dag acht. Spijtig genoeg meldt het indicatieorgaan dat de transferafdeling geen optie is, omdat de verwardheid zou kunnen passen bij een dementieel beeld.

De betrokken psychiater van het ziekenhuis deelt deze mening niet, maar voor het afgeven van de juiste RIO indicatie moet de RIAGG hiervoor de diagnose stellen, waarna het SRI de indicatie kan stellen. Plaatsing op de transferafdeling lijkt hierdoor nog ver weg. De afdeling orthopedie zou mevrouw Y vanaf dag zeven nog opgenomen moeten houden, wat zou betekenen dat zij een 'verkeerd bed' gaat bezetten. De ervaring is dat het proces van indicatiestelling voor PG minimaal zes tot negen weken in beslag neemt. Dit vindt de transferverpleegkundige onacceptabel en hij vraagt de transferafdeling of zij mevrouw toch niet willen opnemen. Met de transferafdeling bestaat de afspraak dat wanneer de inschatting van de transferverpleegkundige is dat de indicatie er komt en de zorgvraag past binnen het klimaat van de transferafdeling, plaatsing toch mogelijk is. Na beoordeling van de verpleeghuisarts en in afstemming met de psychiater van het ziekenhuis, blijkt opname op de transferafdeling in dit geval geen belemmering. Op dag negen vindt opname plaats op een tweepersoonskamer, waardoor de heer en mevrouw Y bij elkaar kunnen zijn. De revalidatie van mevrouw Y wordt door de hulpverleners binnen de transferafdeling opgepakt en verloopt voorspoedig. De behandeling door verpleeghuisarts en psychiater leidt na enige weken tot herstel van de verwardheid. Nadat in het multidisciplinair overleg binnen de transferafdeling het voorspoedige herstel besproken is, pakt de transferverpleegkundige de

trajectbegeleiding weer op. In het huis van de heer en mevrouw Y worden handgrepen en douchestoel gemonteerd. Het indicatieorgaan wordt gevraagd de lopende procedure voor indicatiestelling psychogeriatric (die door het RIAGG nog niet was ingezet) te herzien. De indicatie voor tijdelijke opname in een verpleeghuis lijkt nu immers te voldoen en deze kan kort hierop worden omgezet in een indicatie voor thuiszorg.

Resultaat

Het echtpaar gaat samen richting huis. De thuiszorg biedt continuïteit in zorgverlening, en opname in een verpleeghuis is voorkomen.

10.5 Effecten en aandachtspunten

Bij het ontwikkelen van de trajectbegeleiding en de transferafdeling in het SFG zijn de hierna genoemde effecten en aandachtspunten naar voren gekomen.

Samenwerking tussen de diverse organisaties in de keten

Betrokken organisaties hebben het als waardevol ervaren om vanuit een gemeenschappelijke visie op trajectbegeleiding vorm te geven aan een transferafdeling. Natuurlijk is er oog voor de (individuele) belangen van organisaties, maar altijd in tweede instantie. We hebben ervaren dat, wanneer we het voor de klant goed doen, de organisaties efficiencywinst kunnen behalen in de zorgprocessen.

Transferverpleegkundigen binnen Bureau Nazorg

Patiënten krijgen vele malen per dag verschillende zorg- en hulpverleners aan het bed. Men kan, rondom het ontslag met een nazorgvraag, naast de arts en verpleegkundige te maken krijgen met de maatschappelijk werker, de transferverpleegkundige, de indicatiesteller van het RIO (inmiddels CIZ) en de psychiater.

Bij het opzetten van Bureau Nazorg binnen het SFG was het uitgangspunt dat de patiënt met zo min mogelijk verschillende gezichten te maken zou krijgen. Het maatschappelijk werk besteedt momenteel alleen aandacht aan psychosociale begeleiding en de transferverpleegkundige regelt alle nazorgvragen voor nazorgproducten.

Met de komst van de regionale indicatieorganen (RIO's) is de schakel van indicatiesteller nadrukkelijk aanwezig. Het is voor alle partijen nog steeds een uitdaging om zoveel mogelijk van deze extra schakel af te komen. Voor zowel de patiënt als de behandelaar is het verwarrend als een indicatiesteller komt overdoen wat de transferverpleegkundige al heeft uitgezocht en geadviseerd aan het RIO. De uitkomst van het indicatiebesluit is bijna altijd identiek. De ervaring leert dat bij verschil van mening de transferverpleegkundige, die een patiënt langer volgt, de sterkste argumenten heeft voor de juiste indicatie.

Het doel voor de nabije toekomst is dat het Bureau Nazorg als lokaal indicatieloket kan functioneren voor van tevoren gestandaardiseerde indicatieprocessen. Indicaties kunnen vroeger in het behandelproces worden afgegeven zonder overlap van taken. Transferverpleegkundigen hebben moeten groeien in hun rol als trajectbegeleider. Gewend om nazorg te regelen, omvat hun nieuwe rol meer coördinerende en begeleidende aspecten. Deze rol van 'casemanager' is goed opgepakt en wordt door de cliënt als waardevol ervaren.

Indicatiestelling AWBZ door regionale indicatieorganen

Met betrekking tot indicatiestelling is regelmatig overlegd met het Stichting Rotterdams Indicatieorgaan (SRI). Er zijn goede afspraken gemaakt over de termijn waarop een indicatie wordt afgegeven. Al snel was het SRI bereid voor de Transferafdeling indicaties af te geven voor kortdurende verpleeghuiszorg. De schakel SRI zorgt echter nog steeds voor onnodige vertraging en dubbele werkzaamheden. Met name bij psychogeriatrische indicatiestelling bleek enorme vertraging te ontstaan. Terwijl een psychiater veertien dagen nodig heeft om te komen tot een indicatiebesluit, duurde dit bij het SRI 28 dagen tot 18 weken. De meeste vertraging ontstond bij de door een RIAGG uit te voeren diagnostiek. Uit onderzoek bleek dat in deze periode 60% van de patiënten die wachtten op een indicatie een ziekenhuiscomplicatie opliepen of in de wachtperiode kwamen te overlijden. Het SFG bood aan, het indicatieadvies door de eigen psychiater te laten uitvoeren: een investering die kwaliteit en opnamecapaciteit opleverde. Inmiddels heeft het verleggen van de diagnostiek naar de eigen psychiater vier weken winst per casus opgeleverd, en patiënten zijn na de diagnostische fase binnen enkele dagen op hun plek van bestemming.

Het is opmerkelijk dat, terwijl het SRI nu alle patiënten bezoekt, indicatieorganen buiten Rotterdam dit meestal achterwege laten. Het advies van de transferverpleegkundige wordt in bijna alle gevallen overgenomen. Hier staat geen vergoeding tegenover. Verdergaande protocollering van indicaties maar ook meer samenwerking met het Centrum Indicatie voor Zorg op het gebied van zorgprocessen lijkt uitkomst te bieden in het verdergaand protocolleren en mandateren van indicatieprocessen.

Financiën en eigen bijdrage

De projecten Trajectbegeleiding en Transferafdeling hadden niet tot stand kunnen komen zonder subsidie van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Betrokken ketenpartners hebben hun nek uitgestoken en hebben fors geïnvesteerd in nieuwe producten om klaar te zijn voor de toekomst. Uit evaluatie blijkt voor patiënten de kwaliteit van zorg rondom een ziekenhuisopname verbeterd. De Stroom heeft een nieuw zorgaanbod gecreëerd en het SFG kan goede nazorg bieden. Het aantal 'verkeerde bedden' is inmiddels gedaald tot 1.3%; de verkorting van de verpleegduur en van de wachtlijsten zijn hierbij een bemoedigend resultaat.

10.6 Praktijkevaluatie

In 2002 heeft een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie plaatsgevonden (Dunning, 2003). Het bleek dat patiënten tevreden waren. Met name het feit dat zij in een vroeg stadium konden overzien wat er na de ziekenhuisopname zou gebeuren, werd als positief ervaren. Het therapeutisch klimaat van de transferafdeling bleek aan de verwachting te voldoen. Een toegevoegde waarde van het verblijf op de transferafdeling, is het feit dat door de intensieve begeleiding en behandeling, in een ander therapeutisch klimaat dan het ziekenhuis, bij diverse patiënten een chronische verblijfsindicatie voor verpleeghuiszorg werd gewijzigd in 'ontslag naar huis met thuiszorgproducten'. In 2003 vonden binnen het SFG 1774 nazorgbemiddelingen plaats en werden 1639 AWBZ-indicaties afgegeven. De gemiddelde ligduur was 29 dagen. Achthonderdnegentig patiënten kregen een vorm van trajectbegeleiding aangeboden. Het aantal overplaatsingen naar de transferafdeling lag in 2003 op 213. De vraag naar trajectbegeleiding groeit. De cliënt stelt steeds meer eisen en voorwaarden en heeft goede voorlichting en hulp nodig om de nazorg goed en snel geregeld te krijgen.

10.7 Toekomstperspectief en ontwikkelingen binnen de AWBZ

Het SFG en De Stroom gaan als ketenpartner een transferafdeling van 60 bedden op het terrein van het SFG bouwen. Op deze manier kan een kwalitatief goed en innovatief zorgaanbod samengaan met een doelmatige en concurrerende kostprijs. Hiermee denken we een goed product te hebben voor de toekomst.

Zorg die niet (meer) in het ziekenhuis hoeft plaats te vinden, kan aansluitend op de transferafdeling geboden worden, soms al direct vanuit de spoedeisende hulp of via verwijzing van de huisarts. Door middel van trajectbegeleiding wordt vervolgens de definitieve zorgvraag en een passende ontslagbestemming bepaald.

Op deze manier zouden interessante Diagnose Behandel Combinaties in de keten kunnen ontstaan.

Ontwikkelingen binnen de AWBZ

Modernisering van de AWBZ moest voor de cliënt, de zorgaanbieder en het zorgkantoor vooral ruimte scheppen om vanuit vraagsturing te komen tot zorg op maat. De transferafdeling kan een wezenlijke bijdrage leveren om zorg vraaggestuurd en doelmatiger te organiseren. De huidige schotten in financiering leveren momenteel echter regelmatig discussies op. De ontwikkeling van zorgarrangementen lijkt hierin uitkomst te bieden. In de vorm van plusarrangementen of toeslagen zou een transferafdeling een bekostiging op maat kunnen krijgen. Er moet dan wel aandacht komen voor een plusarrangement waarin de meerkosten van de specifieke kenmerken van de transferafdeling zijn opgenomen, zoals beperkte medische en verpleegkundige behandeling, hoge turnover en extra reactiveringsmogelijkheden. Het verder terugdringen van bureaucraties kan onder meer door protocollering van indicatiestelling en het terugbrengen van de indicatiestelling naar de zorgaanbieder of naar lokale loketten waarop kwaliteitsbewaking plaatsvindt vanuit het CIZ. Voorts is het belangrijk dat zorgverzekeraars als zorginkoper, met ondersteuning van ICT, de ketenzorg

monitoren. Kwalitatieve en financiële bewaking zal noodzakelijk zijn. De verwachting is dat het, met de komst van Trajectbegeleiding en Transferafdelingen, mogelijk zal zijn om ook in de toekomst vraaggestuurde zorg van hoogwaardige kwaliteit te bieden tegen een scherpere kostprijs.

Literatuur

1. Dunning M. Evaluatieonderzoek transferafdeling en trajectbegeleiding. SFG, maart 2003.
2. Transferafdeling en trajectbegeleiding in het SFG, Projectplan 6. SFG/De Stroom/STR, december 2000.
3. Vis A.G.M. Trajectbegeleiding in het SFG, de volgende stap binnen de implementatie. SFG, september 2002.

11 Goede zorgtoewijzing binnen een zorgketen

*Rita van Gorcum,
Teamleider Indicatiestelling Lokaal Indicatieorgaan Almere*

11.1 Inleiding

Wat is goede zorgtoewijzing binnen de zorgketen? De meningen zijn hierover verdeeld. Goed is een relatief begrip. De cliënt kan bepalen of het goed of niet goed is, maar deze vraag wordt over het algemeen niet aan de cliënt gesteld. De cliënt is vaak al blij dat er zorg gegeven wordt. Hoe dit georganiseerd wordt, en met welke intentie en inspanning, is vaak voor de cliënt niet van belang. Maar wel voor de organisaties in het werkveld. De vraag is hoe de indicatiestelling en zorgtoewijzing functioneren in de zorgketen. Waarom gaat het zo en wat zijn de ontwikkelingen. Hierop gaan we in de volgende paragrafen nader in.

11.2 De opzet in Almere

Almere is al jarenlang een groeigemeente. In zo'n 25 jaar is de stad gegroeid naar 170.000 inwoners en deze groei zal zich nog verder doorzetten. In 2010 zullen er ongeveer 205.000 inwoners zijn en de verwachting is dat er in 2020 ongeveer 250.000 inwoners zullen zijn. Ook de voorzieningen zullen hierin meegroeien. In Almere ligt het aantal inwoners boven de 65 jaar gemiddeld lager dan in de grote steden, namelijk 7%. Verwachting is dat dit percentage ten opzichte van het geheel niet veel zal stijgen (8,5% in 2010). De vergrijzing zal in de oudere kernen van Almere doorzetten (tot 21%), maar door de groei van nieuwe kernen blijft het gemiddelde percentage ongeveer gelijk. De ontwikkeling van woonzorgcentra in nieuwe wijken biedt mogelijkheden voor de toekomst om meer gericht te zijn op een afgestemd beleid van wonen, zorg en welzijn.

Vanaf het begin heeft de bijzondere opzet van het Project Gezondheidszorg Almere (1983) geleid tot een uniek zorgaanbod in deze stad. De Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (Stichting EVA) was een organisatie voor de eerstelijnsgezondheidszorg waarin alle disciplines vertegenwoordigd waren. Er werd zorg geboden vanuit wijkgebonden gezondheidscentra. In de gezondheidscentra waren thuiszorgmanagers aangesteld die verantwoordelijk waren voor de indicatiestelling en de toewijzing van de extramurale zorg. De intramurale zorg werd voor de hele stad gerealiseerd vanuit de Stichting Delta en het Leger des Heils. Door

middel van een fusie in 1999 is er één organisatie ontstaan, 'de Zorggroep Almere', die zowel eerstelijns, intramurale, transmurale en extramurale zorg biedt. Deze unieke zorgketen is wijkgericht georganiseerd. Vanuit deze wijkgerichte zorgcentra (ongeveer 30.000-40.000 inwoners) wordt een integraal hulpaanbod gerealiseerd op het gebied van wonen, thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuiszorg. Daarnaast biedt de Zorggroep Almere een aantal stedelijke functies zoals revalidatie. Vele jaren waren de Zorggroep Almere en het Leger des Heils de enige zorgaanbieders in Almere. In de afgelopen twee tot drie jaar zijn er enkele kleine zorgaanbieders op de markt gekomen. Tot nu toe bieden deze particuliere aanbieders vooral huishoudelijke zorg en persoonlijke verzorging. Nu de verbreding in de AWBZ doorzet, zijn er vanuit de andere doelgroepen meer aanbieders die een aanbod kunnen gaan doen.

Door de visie 'thuis wat kan, intramuraal wat moet' (Van Oosterbos, 2002), van alle samenwerkende partners in Almere, is het gelukt om inwoners zo veel mogelijk zelfstandig in de eigen woonomgeving te laten wonen en daarmee ook zelf de regie te laten houden. Hierdoor zijn er minder intramurale plaatsen dan op landelijke schaal. In een onderzoek rondom wonen en zorg, van de provincie Flevoland, komt naar voren dat met de toenemende extramuralisering landelijk een afbouw van intramurale voorzieningen nodig is (het maximum zal rond 2015 liggen). In Almere zal juist uitbreiding van het huidige aanbod nodig zijn, met 225 intramurale plaatsen meer in 2015.

De groeigebieden bieden voor Almere een uitstekende gelegenheid om de landelijke ontwikkelingen op het gebied van de vermaatschappelijking van de zorg, de extramuralisering van de zorg en daarmee de ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn op te pakken. Het gemeentelijk beleid is in een nota Wonen, Welzijn en Zorg vastgelegd en gaat uit van het ontwikkelen van woonzorgzones in deze nieuwe gebieden.

11.3 Het indicatieorgaan in Almere

Binnen de gemeente was er een afdeling 'Bureau Zorg', die zich vanaf 1994 bezig hield met de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Het Bureau Zorg verzorgde de indicatiestelling en uitvoering van de WVG. Vanuit de keuze voor een integrale benadering werden ook de indicatiestelling voor verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en dagbehandeling bij deze afdeling ondergebracht. Door de nieuwe wetgeving van 1998 was de gemeente verantwoordelijk voor het oprichten van een indicatieorgaan (RIO). De indicatiestelling werd los van de uitvoering georganiseerd. Deze keuze van de gemeente Almere en de directie van de Stichting EVA heeft geleid tot het vormen van het Lokaal Indicatieorgaan Almere (LIA). Belangrijk aspect hierin was, dat het een lokaal indicatieorgaan was in de vorm van een bestuurscommissie (art. 82 van de wet Bestuursrecht). Een bestuurscommissie is rechtstreeks aan de gemeenteraad

verantwoording schuldig over uitoefening van de taken. Deze constructie wordt aangeduid als interne verzelfstandiging. Het LIA kreeg de opdracht tot het realiseren van een objectieve, onafhankelijke, integrale indicatiestelling die uitgaat van de vraag van de cliënt.

In januari 1999 ging het LIA van start met medewerkers van het Bureau Zorg tezamen met een aantal medewerkers van de Stichting EVA, die voorheen de indicaties voor de thuiszorg deden. Het bestuur van de organisatie bestond uit afgevaardigden van gemeente, zorgaanbieder, huisartsenvereniging en cliëntorganisaties. De dagelijkse leiding over de afdeling Toewijzing WVG, de afdeling Administratie en automatisering, de Stafafdeling en de afdeling Indiciestelling berustte bij de directeur. Binnen de afdeling indicatiestelling waren twee regioteams integraal en wijkgericht werkzaam vanuit een multidisciplinaire samenstelling. Het LIA beschouwde niet het bestaande aanbod, maar de integrale beoordeling en afweging van de hulpvraag als inhoud van de indicatiestelling. De rol die het LIA voor zichzelf zag weggelegd was het beter afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag door het signaleren van leemten, die vervolgens vanuit een autonome en onafhankelijke positie met zorgaanbieders en verzekeraars besproken werden. Dit kon alleen doordat het LIA een neutrale positie koos met openheid en transparantie in de uitvoering van de taken. Het LIA hechtte grote waarde aan samenwerking met partners in de zorgketen. Door een open en constructieve opstelling naar zorgpartners kon het LIA zijn positie tussen zorgaanbieders en het zorgkantoor verduidelijken. Door middel van een proactieve en constructieve instelling wilde het LIA samen met alle partners in de zorgketen een bijdrage leveren aan een passend en flexibel zorgaanbod door de bevordering van samenhang en samenwerking tussen ketenpartners.

11.4 De taken van het LIA

Het LIA heeft vanaf de start een breed takenpakket. Vanaf het begin is de opdracht een onafhankelijke, vraaggerichte, objectieve, transparante en integrale indicatiestelling op het gebied van de AWBZ, WVG, Welzijn en Parkeervoorzieningen uit te voeren. Een andere belangrijke taak is de WVG-toewijzing. Deze combinatie van taken geeft het LIA een bijzondere positie ten opzichte van andere RIO's, die zich merendeels alleen bezighouden met de indicatiestelling AWBZ. Tevens levert dit voor de medewerkers de zware taak op om gezamenlijk een integrale benadering te ontwikkelen en uit te voeren. Naast deze taken geeft het LIA de afdeling huursubsidie advies over de zorgzwaarte van een situatie in het kader van het al of niet toepassen van de hardheidsclausule in artikel 26 van de huursubsidiewet. Ook worden er adviezen met een 'pakket van eisen aan de woning' (PVE's) opgesteld voor cliënten die een andere woning zoeken. Daarnaast heeft het LIA een informatieve en adviserende taak naar cliënten over alle mogelijkheden (en onmogelijkheden) om in de eigen woonomgeving te kunnen blijven wonen en eventuele mogelijkheden elders in het land.

Sinds april 2000 is het LIA aanmeldingspunt voor de indicatiestelling gehandicapten. Na aanmelding gaan alle vragen naar het LCIG, waar alle indicaties voor verstandelijk, lichamelijk en/of zintuiglijk gehandicapten worden gesteld op regionaal niveau. Vanaf september 2003 stelt het LIA op regionaal niveau de indicaties voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), en heeft hiervoor de expertise op het gebied van de GGZ opgebouwd. Het LIA werkt hiervoor samen met het RIO Flevoland.

Vanaf het begin zijn er met 'de Zorggroep' samenwerkingsafspraken gemaakt, in het bijzonder over de medisch technische handelingen, met als doel te komen tot een snellere afhandeling van deze noodzakelijke handelingen. Deze zogenoemde geprotocolleerde handelingen worden door de zorgaanbieder geadviseerd (volgens vaststaande protocollen) en bij het LIA gemeld. De indicatiesteller van het LIA maakt het (veeg)besluit. Dit gebeurt ook bij de indicatieadviezen die de transferverpleegkundigen in dienst van de Zorggroep Almere, werkzaam in het ziekenhuis, afgeven.

De indicatiestelling is de toegang tot de zorg en is daarmee een onderdeel van de zorgketen. Binnen deze keten zijn vijf processtappen te onderscheiden die niet los van elkaar te zien zijn. De samenwerkende partners hebben in het ketenproces verschillende verantwoordelijkheden, te weten de hulpvraag, de indicatiestelling, de rechtmatigheidstoets, de zorgtoewijzing en de zorgverlening. Het zorgkantoor heeft als taak ervoor te zorgen dat er een zo naadloos mogelijke aansluiting bestaat tussen de geïndiceerde vraag en het aanbod. Zowel het zorgkantoor als de aanbieder zijn verplicht de geïndiceerde AWBZ-zorg toe te wijzen en te leveren. Men noemt dit ook wel het verzilveren van het gedefinieerde recht.

11.5 De keten

De indicatiestelling is de start van een keten. Iedere organisatie in deze keten heeft zijn eigen verantwoordelijkheid. Belangrijk is dat deelnemende organisaties het ketendenken ondersteunen. Er moet duidelijkheid zijn over waar je het voor doet, wat je wilt weten van de ander om het werk goed te doen en welke informatie nodig is om het goed te doen. Afspraken hierover ondersteunen het ketenproces en zijn belangrijke uitgangspunten voor samenwerking. De regie moet door een persoon of organisatie worden uitgevoerd en moet helder zijn bij de deelnemers van de keten. Het vertrouwen in elkaar is van groot belang voor een goede samenwerking. De keten is een dynamisch proces waarin de cliënt centraal staat.

Positie en rol van het LIA in de keten

Voor de WVG en Parkeren en Welzijn is de ketenvorming in feite al gerealiseerd binnen de organisatie van het LIA. Daar de afdelingen met aparte werkprocessen en begroting in de organisatie zijn ondergebracht, is onafhankelijkheid gewaarborgd. De rol in de toewijzing die vanuit de indicatiestelling gezien wordt, is voornamelijk signalerend en informatie gevend. Zoals eerder gezegd is de indicatie startpunt in de zorgketen. Dit betekent dat het LIA verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de

overdracht van gegevens. Snel, accuraat en op de juiste plek. Uitgangspunt hierbij is dat er geen bemoeienis is met de zorgtoewijzing zelf. Wat betreft de zorgtoewijzing, wordt er in het overleg met het zorgkantoor op aangestuurd dat er afspraken over toewijzing gemaakt worden die AWBZ breed werken. Alle zorgaanbieders zouden betrokken moeten worden bij deze afspraken. Zoals eerder gezegd, is het zorgkantoor ervoor verantwoordelijk dat er een zo naadloos mogelijke aansluiting bestaat tussen de geïndiceerde vraag naar zorg en het aanbod. Het zorgkantoor heeft deze rol niet actief opgepakt, maar overgelaten aan de aanbieders en het indicatieorgaan. Wel heeft het zorgkantoor een nota geschreven waarin de kaders van toewijzing en ketenautomatisering beschreven wordt. Wat de rol in de toewijzing van het zorgkantoor in de toekomst precies zal zijn moet nog duidelijk worden. Het zorgkantoor heeft aangegeven hierover nadere afspraken te willen maken. In vergelijking met andere RIO's blijkt dat in veel gevallen de toewijzing gedaan wordt door een toewijzingsbureau dat onafhankelijk werkt van aanbieders en indicatieorgaan.

Hoe werkt het in Almere

Voor de WVG en parkeren en Welzijn maakt de indicatiesteller een indicatieadvies. Dit advies wordt overgedragen aan het toewijzingsteam. De cliënt krijgt op dat moment ook een eigen contactpersoon van die afdeling. De contactpersoon gaat met de cliënt kijken wat de goedkoopst adequate voorziening is, toetst de rechtmatigheid en toetst de voorziening aan de verordening en het verstrekkingenbeleid. Het besluit wordt mondeling en schriftelijk in een beschikking aan de cliënt meegedeeld. De cliënt kan binnen 6 weken bezwaar aantekenen tegen dit besluit. Dit bezwaar wordt behandeld door een onafhankelijke bezwarencommissie van de gemeente door middel van hoor en wederhoor. De afdeling toewijzing zorgt ervoor dat er uitvoer gegeven wordt aan het besluit. Hiervoor hebben zij contact met de leveranciers, woningbouwverenigingen, aannemers en afdelingen van de gemeente. Intern is er zonodig op cliëntniveau informatief overleg tussen indicatiesteller en toewijzer. Structureel is er op beleidsniveau één keer per maand overleg tussen afgevaardigden van het indicatieteam en het toewijzingsteam.

Voor de AWBZ maakt de indicatiesteller aan het einde van het indicatieproces een indicatiebesluit. Intern wordt een aantal van deze besluiten getoetst door een multidisciplinair team waarin een arts zitting heeft. Aan het eind van het indicatieproces vraagt de indicatiesteller aan de cliënt hoe hij/zij de zorg geboden willen hebben: in natura of middels een Persoons Gebonden Budget (PGB). Kiest een cliënt voor PGB, dan wordt het rapport met indicatiebesluit gezonden naar het zorgkantoor voor toewijzing. Kiest een cliënt voor zorg in natura, dan wordt er gevraagd vanuit welke organisatie (zorgaanbieders) hij/zij de zorg wil hebben. De eerste keus van de cliënt wordt in het indicatierapport vermeld. De indicatiesteller zorgt ervoor dat indicatierapport en indicatiebesluit bij de gekozen zorgaanbieder terechtkomen.

In principe is er één grote zorgaanbieder (Zorggroep Almere) en één kleine zorgaanbieder (Leger des Heils), die alle functies kunnen bieden, zowel intra- als

extramuraal. In overleg participeert deze kleine zorgaanbieder gewoon mee als een onderdeel van de Zorggroep. Daarnaast zijn er vijf particuliere zorgaanbieders die veelal alleen de huishoudelijke en/of persoonlijke zorg kunnen bieden. Voor de gehandicapten en de cliënten uit de GGZ zijn er aanbieders die provinciaal werken. Er is geen structureel overleg met deze aanbieders.

Vanwege de historie worden veel indicatiebesluiten naar de Zorggroep Almere gestuurd. Deze organisatie levert ook de meeste integrale zorg en biedt alle functies. Met deze zorgaanbieder zijn goede afspraken gemaakt. Rapporten worden elke dag met de interne post opgehaald en naar een centraal registratiepunt gebracht dat ervoor zorgt dat de rapporten in de verschillende zorgcentra terechtkomen voor de uitvoering van zorg. Ook het Leger des Heils is aangesloten bij het centraal registratiepunt van de Zorggroep. Weet een cliënt niet welke zorgaanbieder hij/zij wil, dan brengt dat het LIA in een lastige positie.

Maandelijks worden alle indicaties volgens vaste parameters elektronisch 'geëxporteerd' naar het zorgkantoor, middels het AWBZ brede Zorg Registratie (AZR) systeem. Dit registratiesysteem is een landelijk opgezette systematiek ter ondersteuning van het indicatieproces, het toewijzen van zorg, het leveren van zorg en het wachtlijstbeheer. Het registratiesysteem wordt gebruikt door het indicatieorgaan (de geïndiceerde functies), de zorgaanbieders (de geleverde zorg) en het zorgkantoor (de toewijzing en wachtlijst bewaking).

11.6 De samenwerking in de keten

Op het niveau van indicatiestelling voor de AWBZ is er regelmatig contact tussen medewerkers van de zorgaanbieders en indicatiestellers. Indien nodig, wordt er over en weer informatie uitgewisseld die functioneel bijdraagt aan een goede indicatiestelling. Wanneer er een spoedaanvraag is, is er altijd rechtstreeks contact. Eén keer per maand is op wijkniveau overleg tussen vertegenwoordigers van de Zorggroep uit de zorgcentra en het LIA. In dit overleg wordt de wachtlijst besproken waarop alle cliënten uit de wijk staan die een indicatie hebben voor een verblijfsfunctie of voor Activerende Begeleiding of Ondersteunende Begeleiding; in oude termen: wachtlijst voor verpleeg-/ verzorgingshuizen/dagbehandelingen, zowel voor somatische als voor psychogeriatrische aandoeningen. In het transmuraal overleg wordt ook bekeken welke overbruggingszorg nodig is. Dit is in 76% van de wachtenden het geval (landelijk 64%). De rol van de afgevaardigde indicatiesteller van het LIA is informatie geven en kennis uitwisselen. De overweging voor het kiezen van deze rol is dat vertegenwoordigers van zorgaanbieders meer op eigen kennis moeten gaan steunen en minder op die van de indicatiesteller. Zij moeten zelf de omslag naar zorgaanbod maken en de wachtlijstbegeleiding oppakken. Voor de extramuraal thuiszorg was er eens per twee weken contact met de zorgcentra van de Zorggroep. Een afgevaardigde van de indicatiestellers was betrokken bij dit overleg en nam vaak zelf ook indicaties mee en wisselde informatie uit. Deze contacten zijn langzaam afgebouwd en vinden veelal alleen nog telefonisch plaats. Bovendien gaan nu alle indicaties eerst per post of in de vorm van een fax langs een registratiepunt.

Op centraal niveau is er een maandelijks overleg met onder meer afgevaardigden uit het decentrale overleg, waarin de wachtlijst en urgentielijst wijkgericht worden gevolgd en er informatie wordt uitgewisseld over wat er beleidsmatig nodig is. Het LIA is ook bij dit overleg betrokken. Daarnaast is er overleg tussen directeur LIA, stafmedewerker LIA en de directeur Zorg van de Zorggroep Almere, waarin de signalerende rol van het LIA een plek heeft. Informatie wordt uitgewisseld over veranderingen in beide organisaties, zoals de wijziging in methodiek van indiceren of de wijze waarop de transferverpleegkundigen werken. Ten gevolge van de verandering van het functiegericht indiceren en de veranderingen in de wijze van rapporteren, hebben beleidsmedewerkers in de wijkgerichte zorgcentra verschillende bijeenkomsten gehouden om uitleg te geven over de modernisering AWBZ, over wat functiegericht indiceren betekent en wat de gevolgen zijn voor cliënt en zorgaanbieders. In vergelijking met andere RIO's blijkt dat er in veel gevallen geen structureel contact is met de zorgtoewijzer. Waar wel contact is, is gekozen voor contact op cliënt- en beleidsniveau. Deze keuze wordt gevormd vanuit de behoefte onafhankelijk te willen blijven.

11.7 Effecten van de samenwerking

De wijze van organiseren in Almere sluit aan bij de theorie waaraan het ketendenken en het ketenorganiseren moet voldoen. Er is een duidelijke regie in het organiseren van overleggen en er zijn tussen organisaties goede afspraken gemaakt over ieders verantwoordelijkheid. Het wijkgebonden organiseren van overleg houdt in, dat iedereen goed op de hoogte is van elkaars werk, wat er zich in de wijk afspeelt en welke knelpunten er zijn. De meerwaarde hiervan is dat er snel op situaties kan worden ingespeeld. Cliënten vallen niet in een gat, informatie wordt 'warm' overgedragen en overbruggingszorg wordt geregeld. Vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid is de continuïteit van zorg gewaarborgd en sluit het aanbod snel en helder aan op de zorgvraag. Vanuit respect voor ieders verantwoordelijkheid is er openheid en bereidheid tot samenwerken tussen alle medewerkers van de verschillende organisaties. Dit is de kracht van het systeem. Er is inspanning nodig van alle organisaties om deze werkwijze vorm te geven; met name voor het indicatieorgaan is het arbeidsintensief.

Er is een overzichtelijke wachtlijst op wijkniveau, waarop de wachtende cliënten worden aangegeven die nog niet de geïndiceerde zorg krijgen. Voor deze wachtenden is er wachtlijstbegeleiding door de grootste zorgaanbieder. De stand van zaken van mei 2004 is in de volgende tabel opgenomen.

Wachttijst Almere mei 2004	Aantal wachtenden			Wachttijd (dgn)	
	Almere	Van buiten Almere	Totaal	Almere	Landelijk 2003
Verzorgingshuis	43	54	97	240.2	197
VPH-som	16	8	24	86.9	375
VPH-pg	33	20	53	136.5	230
Interval opname	7		7		
Dagbeh. som	4		4	72.8	125
Dagbeh. pg	18		18	81.4	144
Dagverzorging	34		34	101.5	159

Tabel 1: Wachttijst Almere, mei 2004

Het is opvallend dat de wachttijst kort is, hoewel er, ten opzichte van de landelijke gegevens, in Almere structureel minder intramurale plaatsen zijn. De wachttijd tot opname in het verpleeghuis is relatief kort ten opzichte van de landelijke gegevens; de wachttijd voor het verzorgingshuis is juist weer langer. Zowel het structureel geringere aantal intramurale plaatsen als de langere wachttijd voor verzorgingshuizen legt druk op de extramurale zorg. Desondanks is het mogelijk gebleken in het extramurale zorgaanbod geen (of soms korte) wachttijsten te laten ontstaan.

Concreet is er geen resultaat gemeten middels onderzoek. Ook de tevredenheid van cliënten is op dit punt niet gemeten. Het feit dat er, ondanks het kleine intramurale aanbod en de grote druk op het extramurale aanbod, toch een wachttijst voor intramurale zorg is en geen wachttijst voor extramurale thuiszorg, wijst erop dat het gehanteerde beleid effectief is. Dit zou een onderzoek waard zijn.

Knelpunten in de toewijzing

De wijze van informatievoorziening over het zorgaanbod naar de cliënt moet nog ontwikkeld worden, met name voor cliënten die nog niet weten waar zij de zorg vandaan wil hebben. Informatie over welke aanbieder zorg kan leveren, wachttijden, kwaliteit en eigen bijdragen is van belang voor de cliënt om een goede keus te kunnen maken. Het zorgkantoor en de zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de informatievoorziening naar de cliënt toe. Een lacune in de toewijzing bij spoed aanvragen is opgepakt door de grootste zorgaanbieder, door het aanstellen van zorgbemiddelaars die direct contact hebben met de cliënt. Deze zorgbemiddelaars doen ook de wachttijstbegeleiding.

De omslag naar het functiegerichte zorgaanbod is nog niet altijd gemaakt, waardoor informatie en uitleg geven belangrijk blijft. De toewijzing in de GGZ en de Gehandicaptensector is niet aangesloten bij de zorgtoewijzing zoals die nu bestaat. Ook de kleinere zorgaanbieders in de thuiszorg zijn hierin niet vertegenwoordigd.

Dit betekent dat het LIA als een spin in een web de indicatierapporten en -besluiten naar de verschillende zorgaanbieders stuurt. Dit wordt nog gecompliceerder op het moment dat de marktwerking verder vorm gaat krijgen. Het feit dat het zorgkantoor alleen de grootste zorgaanbieder van verpleging en verzorging bij overleg betreft, geeft reden tot bezorgdheid. De historische banden kunnen een valkuil zijn voor het indicatieorgaan.

De neiging om toch in die toewijzing te stappen is groot als je goed bekend bent met de grootste zorgaanbieder. Daarnaast bestaat de kans dat er vanuit de historische banden meer indicaties gestuurd worden naar de grootste aanbieder, waardoor de marktwerking geen kans krijgt. Er moeten afspraken gemaakt worden over de verantwoordelijkheden van de voorkeursaanbieder van de cliënt. Ook het cliëntouderschap (dit wil zeggen, het feit dat een willekeurige aanbieder verantwoordelijk is voor een cliënt), zal verder uitgewerkt worden. Deze aanbieder levert de zorg zelf of bemiddelt bij het vinden van een andere zorgaanbieder. Voor de cliënt is een juiste afstemming van het beschikbare zorgaanbod noodzakelijk. Er is nog weinig dynamiek in het zorgaanbod op dit moment. Er is een zekere traagheid van reageren op de ingezette modernisering.

11.8 Veranderingen in de keten

Door de modernisering van de AWBZ is het hele veld in de keten in beweging. Allereerst zijn als gevolg van het functiegerichte indiceren, de RIO's, dus ook het LIA, een breekijzer in de modernisering. Door vraaggericht in functies te indiceren gaan de zorgaanbieders hun aanbod in producten loslaten en komt er ruimte voor verschillende zorgarrangementen. De omslag naar een functiegerichte financiering van het aanbod ondersteunt deze ontwikkeling en maakt het mogelijk meer vraaggericht aanbod te doen.

Het centraliseren van de indicatiestelling AWBZ naar een landelijke stichting heeft tot gevolg dat de contacten in de keten wellicht formeler en minder worden. De indicatiestelling zal een meer claimgerichte afhandeling worden. De werkwijze van het LIA, gericht op informatie-uitwisseling op cliënt-, beleids- en organisatieniveau, kost inspanning. Als deze inspanning niet meer geleverd wordt, verdwijnt de kracht achter de samenwerking in de keten. Doordat de WVG onder de verantwoordelijkheid van de gemeente blijft en een apart indicatietraject krijgt, komt de integrale indicatie onder druk te staan.

Het registratiesysteem AWBZ brede Zorg Registratie zal de komende jaren meer ondersteuning bieden in de keten van zorgvraag, zorgtoewijzing (wachlijstgegevens) en het aanbod van de AWBZ-zorg. Wat de gemeenten zullen gaan registreren in het kader van de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling, is niet aangegeven. Daarmee ontstaat de vraag of er lokaal inzicht blijft in de zorgvraag en het zorggebruik.

Alle ontwikkelingen rondom de modernisering van de AWBZ zijn ingezet om de cliënt meer keuzevrijheid te geven. Om een keuze te kunnen maken uit meerdere partijen op de markt is goed bereikbare informatie voor cliënten van belang. Steeds

vaker zal de toekomstige cliënt via het internet informatie over zorgaanbod gaan zoeken en zo tot een keuze komen. De ontwikkeling van de digitale informatie zal hier een rol in kunnen spelen. Maar ook voor hen die niet op Internet kunnen zoeken zal informatie beschikbaar moeten zijn.

In de Contourennota ter voorbereiding van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, is aangegeven dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de maatschappelijke zorg. Dit betekent dat de Welzijnswet, de WVG en een deel van de AWBZ-zorg onder verantwoordelijkheid van de gemeente gaan vallen. Gemeenten zullen zorg gaan inkopen. In welke mate gemeenten partij worden in de zorgketen is afhankelijk van hoe zij deze taak zullen oppakken en uitvoeren. In de Contourennota wordt een belangrijk aandeel van de regie over de gehele maatschappelijke zorg, bij de gemeenten neergelegd. Er zal goede afstemming in beleid en uitvoering moeten komen om een samenhangend pakket van zorgaanbod te bieden, bestaande uit zowel het AWBZ functiegerichte aanbod als het aanbod vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Literatuur

- 1 Oosterbos H. van. Nieuwe structuren voor zorgaanbod in de eerste lijn. G.Schrijvers c.s. (red.), *Moderne Patientenzorg in Nederland*. Elsevier Gezondheidszorg, 2002 .
- 2 Aa A. van der, Konijn Th. *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling*. Uitg. Lemma, 2004.
- 3 Verslag Wachtlijstgegevens Zorggroep Almere, 22 juni 2004.
- 4 Sociale Atlas 2003, gemeente Almere.

12 Het kan eenvoudiger: aanbevelingen voor vereenvoudiging van de indicatiestelling op basis van tachtig goede en slechte casussen uit het werkveld

Susan Jedeloo¹, Guus Schrijvers, onderzoekers Julius Centrum

12.1 Inleiding

In een tijd waarin de modernisering van de AWBZ in volle gang is, liggen er naast allerlei nieuwe regels ook volop kansen voor het werkveld om zelf invloed uit te oefenen op de vereenvoudiging van werkprocessen. Professionals nemen zelf initiatieven en partijen worden betrokken in pilots waarin voorstellen tot vereenvoudiging worden onderzocht. In hoofdstuk 3 is deze ontwikkeling van de vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ beschreven. De vraag is niet of het eenvoudiger kan; het is de vraag *hoe* dit het beste kan die alle betrokkenen bezighoudt. Een reden te meer om het werkveld te vragen naar hun ervaringen met de vereenvoudiging van indicatiestelling. In opdracht van het ministerie van VWS verzamelde het Julius Centrum te Utrecht in de zomer van 2004 goede en slechte voorbeelden uit het werkveld, op basis waarvan aanbevelingen konden worden gedaan voor de vereenvoudiging van de indicatiestelling. De resultaten van dit onderzoek worden in dit hoofdstuk beschreven.

12.2 Aanleiding voor het onderzoek

Een eerste aanzet voor de vereenvoudiging van de indicatiestelling werd gegeven tijdens een reeks regionale startbijeenkomsten in het voorjaar van 2004 (Zie hoofdstuk 15). Onder de verantwoordelijkheid van het Taskforce RIO's werden tijdens de bijeenkomsten door verschillende partijen mogelijkheden voor vereenvoudiging gepresenteerd en reacties uit het veld verzameld (Dam en IJland, 2004). De 29 bijeenkomsten werden naar schatting door 16.000 personen bijgewoond, met name medewerkers van RIO's, van zorgaanbieders uit de sector

¹sinds 2004 docent-onderzoeker in dienst bij de Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam en UMC Utrecht.

verpleging en verzorging (met name thuiszorgorganisaties) en van ziekenhuizen. Bij enkele bijeenkomsten waren ook vertegenwoordigers van zorgkantoren en Regionale Patiënten- en Consumenten Platforms (RPCP's) aanwezig. Slechts in enkele gevallen participeerden ook huisartsenorganisaties en gemeenten.

Tijdens de bijeenkomsten bleek dat alle zorgkantorregio's op dat moment reeds bezig waren de indicatiestelling te vereenvoudigen. Veel RIO's beschikten over verkorte procedures voor een groot aantal zorgvragen en hadden afspraken met ziekenhuizen ter vereenvoudiging van ziekenhuistransfer. In veel regio's werden de standaardindicatiebesluiten, zoals ontwikkeld door de Taskforce, gezien als een welkome aanvulling op de toenemende vereenvoudiging waarmee men al bezig was. Minder goed georganiseerd vond men de vereenvoudiging van herindicaties. Van de initiatieven voor vereenvoudiging was nog niet bekend hoe deze in de praktijk werkten. Als aanvulling op de bevindingen tijdens de bijeenkomsten werd daarom onder de deelnemers een vervolgonderzoek uitgevoerd. Via de e-mail ontvingen 1010 deelnemers die voor het onderzoek hun e-mail adres beschikbaar hadden gesteld, een verzoek om casuïstiek aan te leveren van goede en slechte voorbeelden van (vereenvoudiging van) de indicatiestelling. Voor dit doel was een gestructureerde vragenlijst ontwikkeld (Jedelo en Schrijvers, 2004) die door de respondenten per casus werd ingevuld. Hierbij werden de volgende eisen gesteld: de casus is 1. anoniem; 2. zonder overdrijven ingevuld; 3. echt gebeurd; 4. formeel afgehandeld in de 3 maanden voorafgaande aan invulling van de vragenlijst; 5. voorzien van een vastgesteld indicatiebesluit; 6. ingevuld op basis van geschreven informatie die de respondent bij het invullen van de vragenlijst bij de hand had; 7. de datum van aanvraag en indicatiebesluit is ingevuld.

Wat er goed en fout ging in de specifieke casussen en wat de respondenten vonden dat hiervan geleerd kon worden voor de verbeteringen van de dagelijkse werkprocessen, waren de belangrijkste vragen. Het onderzoek had tot doel ervaringskennis, al dan niet plenair in de bijeenkomsten aan de orde gekomen, te expliciteren. Het onderzoek had nadrukkelijk niet als doel, gegevens over prevalentie en incidentie met betrekking tot goede en slechte voorbeelden te verzamelen.

12.3 Bevindingen

Reacties uit het veld

Door 97 instanties verspreid door heel Nederland werden casussen aangedragen. De respons werd geschat op 10 procent; hiervan waren 83 goede en 80 slechte voorbeelden bruikbaar. De meeste respondenten hadden zowel een goed als een slecht voorbeeld aangeleverd, waardoor de achtergrond van de respondenten van beide soorten voorbeelden nauwelijks verschilden. Twee derde van de casuïstiek werd aangeleverd door personen werkzaam bij zorgaanbieders en ongeveer een vijfde door medewerkers van RIO's. Dit was conform de achtergrond van de deelnemers van de genoemde Taskforce bijeenkomsten. Door zorgkantoren, huisartsen en cliëntenorganisaties werden nauwelijks of geen voorbeelden aangeleverd. De casuïstiek werd aangeboden door respondenten die al langere tijd, gemiddeld 8 à 9 jaar, in hun werk te maken hadden met indicatiestelling (overigens

niet altijd als indicatiesteller). In de meeste regio's vond regelmatig gestructureerd overleg tussen de ketenpartners plaats. Een derde van de respondenten gaf echter aan dat er in hun regio geen sprake was van zo'n overleg, of dat deze slecht functioneerde.

Cliënten uit de voorbeelden

Zowel bij de slechte als bij de goede voorbeelden betrof de casuïstiek meestal vrouwelijke cliënten (70%). De cliënten waren vaak al op leeftijd, gemiddeld vijfenzeventig jaar. Een kwart van de cliënten was jonger dan zeventig, waaronder slechts één tiener. Bijna driekwart van de cliënten woonde thuis. Opvallend bij de goede voorbeelden was het grote percentage cliënten dat thuis woonde zonder professionele zorg (44% versus 31%). Bij de slechte voorbeelden was het percentage thuiswonende cliënten met professionele zorg groter (43% versus 33% bij de goede voorbeelden). In de slechte voorbeelden ging het veelal om cliënten met psychogeriatrische problematiek en psychiatrische of psychosomatische aandoeningen (35%). Ook ging het vaker over oncologische cliënten of cliënten in een terminale fase (19% versus 9%). Bij de goede voorbeelden betrof het met name cliënten met klachten van het bewegingsapparaat (41% versus 26%).

	83 Goede voorbeelden	80 Slechte voorbeelden
Soort indicatie (%)		
eerste indicatie	58	33
vervolgindicatie bij gelijkblijvende zorgvraag	10	10
hernieuwde indicatie met wijziging van zorgvraag	29	48
spoedindicatie	2	6
overig *	1	3
Afhandelingroute (%)		
Spoedprocedure	18	19
Procedure zonder huisbezoek	21	17
Telefonische afhandeling	19	19
Standaard procedure (met huisbezoek)	33	41
Procedure ten behoeve van een standaard indicatiebesluit	10	4
Gemiddeld aantal dagen tussen zorgaanvraag en indicatiebesluit (Standaard deviatie), mediaan**	7 (12) 1	20 (28) 7
Voorkomen van casus bij vergelijkbare cliënten (%)		
dat gebeurt altijd	61	4
dat gebeurt vaker	35	76
het is een enkel geval	5	21

* dit betreft: geen indicatie, zelfde indicatie na tijd geen zorg gehad te hebben

** mediaan: 50% van de gevallen op of beneden dit aantal

Tabel 1: Kenmerken met betrekking tot het indicatieproces

Het indicatieproces

Bij beide soorten voorbeelden werden de meeste cliënten door professionals bij het RIO aangemeld. In ruim een kwart van de gevallen gebeurde dit door de cliënt (of familie, bekenden) of de huisarts. Vergeleken met de slechte voorbeelden hadden de goede voorbeelden bijna twee maal zo vaak betrekking op een eerste indicatie (tabel 1). Hierbij ging het vaker om hernieuwde indicaties, een vervolgingindicatie of een spoedindicatie. De meeste indicaties werden via een standaardprocedure afgehandeld. Dit gold vaker voor de slechte voorbeelden.

Bij de goede voorbeelden werd de helft van de casuïstiek binnen één dag afgehandeld, bij de slechte voorbeelden waren dit zeven dagen. Bij de slechte voorbeelden lag de gemiddelde doorlooptijd hoger. Dit valt onder meer te verklaren door het verschil in afhandelingroutes tussen de goede en slechte voorbeelden (tabel 1). De vertraging die optreedt doordat het in de casus misloopt is een mogelijke andere verklaring. De meeste beschreven situaties kwamen vaker voor. In het geval van de slechte voorbeelden ging het vaker om een uitzonderingsgeval. De slechte voorbeelden waren vaker voorbeelden van situaties die al voorkwamen sinds de oprichting van de RIO's (50 % vs 32%)

In tabel 2 is de inhoud van de indicatiebesluiten uit de casuïstiek in functies weergegeven. Opvallend is dat in de meeste voorbeelden sprake was van een indicatie waarvan persoonlijke verzorging en/ of verpleging deel uitmaakte. De functies *activerende begeleiding* en *behandeling* kwamen minder vaak voor.

Functies (percentage aangekruist)	83 Goede Voorbeelden		80 Slechte Voorbeelden	
	%	rangorde	%	rangorde
Persoonlijke verzorging	74	1	60	2
Verpleging	72	2	67	1
Verblijf	46	3	44	4
Huishoudelijke verzorging	41	4	49	3
Ondersteunende begeleiding	36	5	43	5
Behandeling	22	6	25	
Activerende begeleiding	18	7	10	7

Tabel 2: Inhoud indicatiebesluit in functies

Wat maakt een casus goed of slecht?

Waarom werd de beschreven casuïstiek nu gezien als een voorbeeld die eenvoudiger afgehandeld zou kunnen worden of waarbij dit niet goed verliep (slechte voorbeelden) of juist snel en eenvoudig afgehandeld was (goede voorbeelden)? De goede voorbeelden waren praktijkgevallen waarbij de kenmerken afhandelingsnelheid, vraaggerichtheid en doelmatigheid hoog scoorden (tabel 3). Dit waren ook de kenmerken waarop de slechte voorbeelden laag scoorden. Hierbij ging

het met name om het gebrek aan kwaliteit van informatieoverdracht, doelmatigheid en afhandelingsnelheid. Er werd bij de slechte voorbeelden veel minder vaak aangegeven dat het ook een voorbeeld was van ontevredenheid van de cliënt (28% vs 75%). Zowel bij de goede als bij de slechte voorbeelden leken de kenmerken integraliteit, onafhankelijkheid en claimgerichtheid het minst belangrijk.

De casus scoort	83 Goede Voorbeelden		80 Slechte Voorbeelden	
	%	rangorde	%	rangorde
afhandelingsnelheid	89	1	51	3
vraaggerichtheid	82	2	46	4
doelmatigheid	77	3	55	2
tevredenheid cliënt	75	4	28	7
arbeidstevredenheid	57	5	38	5
kwaliteit van informatieoverdracht	53	6	56	1
aantal contactpersonen met wie cliënt te maken heeft	51	7	31	6
integraliteit	30	8	18	9
onafhankelijkheid	19	9	24	8
claimgerichtheid	10	10	16	10

Tabel 3: Kenmerken van goede en slechte voorbeelden

Wat ging er mis, wat ging er juist goed in de casus?

Gevraagd werd wat er nu precies goed of mis ging in de beschreven casussen. Dit betrof in beide gevallen een open vraag.

Samenvattend kan gesteld worden dat bij ongeveer de helft van de goede voorbeelden sprake was van goede samenwerkingsafspraken (protocollen, werkafspraken). In bijna twee derde van de gevallen ging het om voorbeelden waarbij de zorg snel werd verleend of de indicatie snel kon worden gesteld. In een derde van de voorbeelden lag de nadruk op het feit dat er zorg op maat geleverd kon worden. Gebruikte termen waren 'goede hulpverlening', 'tevreden cliënt', 'weinig verschillende mensen bij cliënt', 'weinig overbodige personen bij cliënt', 'adequate hulp'. Bijna twee vijfde van de respondenten had aandacht voor de professionaliteit of duidelijkheid waarmee de zorgvraag in kaart werd gebracht. In deze voorbeelden ging het om de kwaliteit van informatie (compleetheid, relevantie etc.) en respect voor kunde van collega's.

Bij de slechte voorbeelden kwamen dezelfde onderwerpen aan de orde. Veel casuïstiek had te maken met het niet duidelijk in kaart brengen van de zorgvraag of 'het ontbreken van essentiële informatie om een indicatie te stellen' of 'om de juiste zorg in te zetten'. Hierdoor ontstonden in alle stadia van de keten vertragingen in de afhandeling van het indicatiebesluit of de zorginzet (opvragen informatie, herindicatie, herhaling van zorgvraaganalyse door aanbieder). Er ontstonden misverstanden over de hoeveelheid en de soort in te zetten zorg, zowel bij

aanbieders van zorg als bij cliënten. In meerdere voorbeelden was sprake van een achteraf verkeerd gestelde indicatie of bleken de geïndiceerde klassen niet overeen te komen met de zorgvraag. Andere partijen werd onkunde verweten; men sprak dan over 'een niet objectieve indicatiestelling'. Ook bleek er regelmatig sprake van een verschil van mening tussen het RIO, het ziekenhuis en de zorgaanbieder. Men vond het ergerlijk wanneer er geen of onvoldoende gebruik gemaakt werd van reeds door collega-professionals in kaart gebrachte informatie. Hierdoor werden 'essentiële zaken gemist', 'zaken dubbel gedaan' of, in de ogen van de respondenten, 'verkeerd afgehandeld'.

Een ander punt was de inzet van de zorg voordat de indicatie werd afgegeven. Hoewel het proces hierdoor werd versneld, waren er voorbeelden van situaties waarbij de indicatie daardoor niet goed verliep. Een groot deel van de voorbeelden had betrekking op telefonisch indiceren waarbij het niet mogelijk bleek een goede inschatting van de situatie van de cliënt te maken. Daarnaast waren er problemen met de conversie van de indicatie naar de te leveren zorgproducten.

Bij wie ging het mis? Waar vond juist samenwerking plaats?

Wanneer men vond dat het mis ging in de keten, werden in 45% van de 80 slechte voorbeelden twee of meer partijen genoemd. In ruim driekwart van de gevallen (78%) ging het onder meer mis bij het RIO. In ruim een kwart van de gevallen was dat het geval bij het ziekenhuis (27%) en de zorgaanbieder (29%). Het zorgkantoor werd in dit verband het minst vaak genoemd (8%). In een vijfde van de gevallen (18%) liep het bovendien mis bij de cliënt (of diens familie of vrienden).

Bij de goede voorbeelden werd gevraagd welke partijen er in het voorbeeld goed samenwerkten. In de meeste gevallen werden hierbij zowel het RIO (94%) als de zorgaanbieder (91%) genoemd. In respectievelijk 60 en 18 procent van de voorbeelden waren het ziekenhuis en het zorgkantoor bij de goede samenwerking betrokken. In een enkel geval werden ook de huisarts (13%) en de cliënt of familie (10%) genoemd.

12.4 Wat is er te bereiken door vereenvoudiging van het proces?

Bij de goede voorbeelden werd gevraagd naar de wijze van vereenvoudiging van het proces. Bij de slechte voorbeelden diende men aan te geven hoe de casus beter had kunnen worden aangepakt. Bij de gemaakte opmerkingen moet de lezer wel bedenken dat respondenten zowel medewerkers van zorgaanbieders, ziekenhuizen als RIO's zijn. Wat door de ene partij als voordeel wordt gezien, kan door de ander juist als een nadeel worden beschouwd.

Algemeen

Opnieuw kwam naar voren dat met name 'het maken van goede afspraken tussen de betrokken in de keten', 'het zich houden aan de afspraken' en 'het beargumenteerd afwijken' ervan belangrijk werden bevonden voor de vereenvoudiging. Hierbij zou men gebruik kunnen maken van protocollen, standaarden, formulieren en

werkafspraken. Door het creëren van goede contacten, korte lijnen en goede communicatie valt volgens veel respondenten winst te behalen; volgens sommige respondenten meer nog dan met protocollen en werkafspraken.

Voordelen voor de cliënt

Als positieve gevolgen van vereenvoudiging of verbetering van het proces noemden respondenten 'klantgerichtheid', 'het kunnen leveren van zorg op maat', 'het sneller een (juiste) indicatie kunnen ontvangen', 'het verkrijgen van helderheid en duidelijkheid over de procedures ('cliënten gaan begrijpen hoe een indicatie in elkaar zit')', 'het sneller geplaatst kunnen worden' of 'sneller zorg kunnen ontvangen'. Een aantal maatregelen kan ervoor zorgen dat 'de cliënt te maken heeft met minder gezichten' (zowel voor de indicatie als met betrekking tot handen aan het bed), 'een duidelijk aanspreekpunt heeft', 'minder (vaak) belast wordt met een bezoek', 'minder papieren moet invullen en/ of minder vaak zijn of haar verhaal moet doen of zelf niets meer hoeft te ondernemen om de juiste zorg te ontvangen ('minder onrust voor de cliënt')'. 'De cliënt wordt minder belast en zal meer tevreden zijn'.

Voordelen voor de zorgaanbieder

Als positieve gevolgen werden voor zorgaanbieder en cliënt soortgelijke punten genoemd. Door maatregelen zou de zorgaanbieder de zorgvraag snel in behandeling kunnen nemen en adequate zorg kunnen verlenen. Hierbij werd de nadruk gelegd op het ontvangen van een heldere zorgvraag en duidelijke informatie van ketenpartners. Door betere processen zou *verkeerd bed*-problematiek minder vaak voorkomen. Een goede communicatie en samenwerking en erkenning van de deskundigheid van de aanbieders (blijkend uit de maatregelen) werd als positief ervaren ('onnodige irritaties vervallen'). Een duidelijke overdracht en snelle doorstroming van de patiënt zouden ook de zorgaanbieder ten goede komen. 'Deze heeft ook baat bij een tevreden cliënt'.

Voordelen voor het RIO

Enkele maatregelen houden voor het RIO in dat het in bepaalde gevallen een toetsende rol krijgt. Bij een aantal samenwerkingsafspraken wordt het RIO 'uit de keten gehaald'. Hierdoor zal minder vaak een huisbezoek afgelegd hoeven te worden. Deze maatregelen zorgen ervoor dat het RIO sneller kan indiceren. Het wordt minder bureaucratisch en kan doelmatiger werken. Daarbij heeft ook het RIO baat bij tevreden cliënten, aldus de respondenten.

12.5 Nadelige gevolgen van vereenvoudiging

Aan respondenten werd gevraagd, hun kanttekeningen bij de vereenvoudiging van de werkprocessen te noemen. De volgende citaten illustreren deze.

'Het nadeel van integraal indiceren is dat de hele indicatie naar één zorgaanbieder gaat, die zelf moet zorgen dat de indicatie ook nog naar andere zorgaanbieders wordt gestuurd'.

Het kan eenvoudiger: aanbevelingen voor vereenvoudiging van de indicatiestelling op basis van tachtig goede en slechte casussen uit het werkveld

'Door snelle afhandeling (zoals faxen van een indicatiebesluit) ontstaan er extra administratieve werkzaamheden omdat het originele besluit wordt nagezonden.'

'Er is veel tijd gewonnen sinds de RIO's grotendeels indiceren. Met de komst van opnamebureaus, (opvolgers van de wachtlijstbeheerders, die meerdere huizen bedienen), wordt de situatie echter weer ingewikkelder en tijdrovender.'

'Door telefonische afhandeling kan een aanvraag verkeerd geïnterpreteerd worden omdat de cliënt geen huisbezoek heeft gehad. Wat de cliënt aangeeft moet voor waar aangenomen worden. In de praktijk blijkt dit niet altijd te kloppen. Door het niet afleggen van een huisbezoek kan er dus voor een juiste indicatie essentiële informatie gemist worden.'

Door het maken van ketenafspraken valt de vrijheid in keuze voor specifieke zorgaanbieders soms weg.

'Afspraken tussen instellingen blijken de keus van de patiënt te beperken. Bovendien wordt een bepaalde categorie eerder opgenomen in een vervolgvoorziening, waardoor andere patiënten langer moeten wachten. Er is dus gemiddeld als uiteindelijk resultaat geen tijdwinst.'

'Het organiseren van ketens vergt veel vergaderen en overleg, terwijl de ligtijd van de verkeerde bed patiënt alleen verkort wordt indien er meer plaatsingsmogelijkheden zijn'.

'Indien buiten de ketenafspreek om gehandeld wordt, loopt een specifieke zorgaanbieder met wie de ketenafspraken zijn gemaakt een cliënt mis. Deze heeft echter dan wel de zorgaanbieder van zijn/haar voorkeur. Soms worden door een zorgaanbieder toezeggingen gedaan (bij pre-advies en reeds inzetten van zorg) die later door het RIO moet worden hersteld. Er wordt ingeboet op de onafhankelijkheid wanneer het RIO uit het proces wordt gehaald'.

Een van de respondenten constateerde ten aanzien van het gebruik van protocollen:

'De praktijk leert dat in de laatste maanden teveel mensen buiten de criteria vallen. Ofwel er wordt onvoldoende informatie aangeleverd, ofwel de zorgvraag is onduidelijk of te groot, of er ligt een indicatie die niet samengaat met het protocol. In onze regio zijn de lijnen zeer kort en verlopen de samenwerkingslijnen tussen ziekenhuis en extramurale zorg en andere instellingen goed. Hierdoor zal een protocol geen tijdwinst opleveren, ook al kun je de indicatie in kortere tijd invoeren'.

Een transferverpleegkundige verwoordde ten aanzien van het gebruik van protocollen en bezwaren die in meerdere casussen naar voren kwamen:

‘Allereerst merk ik dat de protocollen veel verwarring opleveren. Het heeft een tijd geduurd voordat bij medewerkers en cliënten duidelijk was wat het RIO doet, en hoe ze het RIO moeten bereiken. Bij ons RIO zijn de standaardprotocollen uitgebreid toegelicht aan huisartsen, instellingen en thuiszorgorganisaties. Er ontstaat verwarring en onwil. Met name huisartsen zijn niet bereid extra werk te verrichten, zoals het invullen van protocollen, waarvoor ze niet betaald worden. Voor thuiszorgorganisaties lijkt het een manier om klanten binnen te krijgen, waardoor je vraagtekens kunt zetten bij de objectiviteit van de indicatiestelling. Het invoeren van protocollen betekent ook dat er criteria moeten worden vastgesteld; je hebt een minimum aan informatie nodig voordat je een indicatie kunt afgeven. Je bent persoonlijk verantwoordelijk voor een besluit waartegen cliënten ook nog bezwaar kunnen aantekenen. De praktijk wijst dat uit als er informatie ontbreekt, al is het maar de naam van een huisarts, de cliënt buiten de criteria van een protocol valt en buiten een verkorte of standaardprocedure valt. Dit bevordert de bureaucratie. Mijn collega’s op het RIO zijn veel tijd kwijt om te bepalen of iemand binnen een protocol valt. In de afgelopen jaren was ik werkzaam als transferverpleegkundige in twee ziekenhuizen. Mijn ervaring is dat als alle partijen hard werken aan een goede samenwerking en korte lijnen, je zonder standaardprotocollen zeer efficiënt en klantgericht kunt werken.’

De volgende opmerking illustreert de arbeidssatisfactie:

‘Over de protocollen wil ik zeggen dat hierdoor de kwaliteit van de indicatiestellingen wordt verminderd en de werkzaamheden van indicatiestellers wordt gereduceerd tot een soort bureaubaan waarbij je indicaties ‘afstempelt’. Ik begrijp best dat onze functie meer en meer toegaat naar die van claimbeoordelaar, maar ben van mening dat dit de arbeidstevredenheid niet ten goede komt.’

12.6 Mogelijke financiële gevolgen van vereenvoudiging

De meeste respondenten vonden de financiële gevolgen van vereenvoudiging moeilijk in te schatten. Een van hen merkte op:

‘Grotere doelmatigheid en efficiëntie lijken over het algemeen tot lagere kosten te leiden’. In sommige gevallen zou er enkel sprake zijn van substitutie van zorg en zouden de kosten voor de gemeenschap niet altijd minder worden: de verhoging van de kans op missers ten gevolge van de vereenvoudiging zou kostenverhogend werken. In hoeverre dit afweegt tegen de kostenbesparing is moeilijk te zeggen.’

Ook vooraf indiceren zou tot verhoging van de kosten kunnen leiden: in het ziekenhuis blijkt vooraf indiceren vaak dubbel werk doordat de vraag uiteindelijk toch anders is dan voorzien. Dit verhoogt de indicatiekosten.

De komst van zorgtoewijzingsbureaus kan leiden tot grotere kwaliteit en efficiëntie van de zorginzet. Het is echter een extra schakel, waar zaken ook weer mis kunnen gaan. Wat de invloed is op de totale kosten, is onduidelijk.

Door enkele respondenten werd gesproken over de discrepantie tussen indicatie en conversie naar het zorgaanbod. Door verschillen in prijsstelling voor bepaalde zorg (bijvoorbeeld verzorgingshuis of verpleeghuiszorg) levert dit problemen op voor de zorgaanbieder. Een andere respondent:

‘Wanneer er taken van het RIO naar de zorgaanbieder worden overgedragen (en het RIO een meer controlerende rol krijgt), zou dit ook overheveling van beschikbare gelden moeten betekenen. Bij start van de RIO’s zijn er gelden van de zorgaanbieders (Thuiszorg) overgeheveld naar de RIO’s. Als nu de uitvoering weer gedeeltelijk wordt uitgevoerd door de zorgaanbieders, moeten mijns inziens de gelden ook weer gedeeltelijk terug’.

12.7 Conclusies

Met het aanschrijven van RIO’s en deelnemers aan de genoemde Taskforce-bijeenkomsten is niet iedereen die met indicatiestelling en de vereenvoudiging daarvan te maken heeft benaderd en in de gelegenheid gesteld om suggesties aan te dragen. Wel zijn op deze wijze veel van de mensen bereikt die reeds interesse toonden in het meedenken over vereenvoudiging van indicatiestelling. Dit heeft ertoe geleid dat veel bruikbare casussen konden worden verzameld.

In aanvulling op de bevindingen van de Taskforce RIO’s met betrekking tot de vereenvoudiging van de indicatiestelling (Dam & IJsland, 2004) konden de volgende conclusies worden getrokken.

1. Het onderwerp Vereenvoudiging werd breed gedragen. Er werd vrijwel geen tegenstand aangetroffen. Wel werden enkele kritische kantekeningen geplaatst. Het vereenvoudigen door middel van standaarden en protocollen leidt ook tot missers. Uit de voorbeelden bleek de voorkeur uit te gaan naar de verbetering van communicatieprocessen en het creëren van korte lijnen tussen de betrokkenen. Dit is, naast de vereenvoudiging, een belangrijk aandachtspunt.
2. De indicatiestelling voor kortdurende enkelvoudige (thuis)zorg leek nergens een probleem te zijn; vrijwel overal was een snelle inzet van deze zorg geregeld. Ondanks afspraken of procedures gaven deze echter geen garantie voor een snelle afwikkeling. Ook hier gold dat alles stond of viel met goede communicatie, informatie en korte lijnen tussen betrokkenen.
3. Voor het vereenvoudigen van herindicaties was het noodzakelijk dat aanbieders de terminologie van functies en klassen over zouden nemen zoals deze bij de indicering werd gebruikt. Bijzondere aandacht diende hierbij te worden besteed aan de conversie van de indicatie naar de daadwerkelijk te leveren zorg.
4. Het ontbrak aan uniformiteit aan opvattingen, uitgangspunten, methoden en instrumenten. De invoering van standaard indicatieprotocollen zou dan ook vooral de uniformiteit bevorderen, niet zozeer de snelheid van afhandelen. Door het ontbreken van de juiste gegevens konden standaard indicatieprotocollen

minder vaak worden toegepast en diende aanvullende informatie opgevraagd te worden. Dit vertraagde het proces.

Naar de toekomst: Het kan eenvoudiger!

Het ministerie van VWS was geïnteresseerd in praktijkvoorbeelden voor de vereenvoudiging van de indicatiestelling om deze mee te nemen bij het vormgeven van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg).

Vanaf 1 januari 2005 is het CIZ door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de AWBZ. Gemeenten kunnen er dan voor kiezen om indicaties voor de Wet Voorzieningen Gehandicapten en sociaal-medische advisering te laten uitvoeren door het CIZ. In aansluiting op de bevindingen van de Taskforce RIO's kan vanuit de resultaten van het beschreven onderzoek worden aanbevolen dat onder leiding van het CIZ gewerkt zal moeten worden aan landelijke modellen voor werkafspraken tussen RIO's en zorgaanbieders en voor de toetsende rol van het RIO. Daarnaast zal het CIZ initiatieven moeten ontplooiën om meer standaard indicatieprotocollen te maken. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het kennisnetwerk dat de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) heeft opgericht. Vereenvoudiging heeft echter ook een keerzijde.

Cliënten passen niet altijd in een protocol; bij onvolledige informatie is een standaard niet in te vullen; zonder huisbezoek kunnen essentiële zaken worden gemist; door ketenafspraken komt de keuzevrijheid van cliënten soms in het geding. Goede communicatie en korte lijnen blijken veelal een oplossing. Het is dan ook van belang dat vanuit het CIZ de communicatie tussen de ketenpartners onderling en met de cliënt bevorderd wordt. Hierbij kan men, naast het aanbieden van samenwerkingsmodellen, denken aan scholing van management en medewerkers (transferverpleegkundigen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, medici en andere betrokkenen) op het gebied van communicatie en informatie-uitwisseling en het coördineren van transmurale zorg en ketenzorg. Scholing gericht op indicatiestellers (Jedelloo, 2004), maar ook scholing gericht op ketensamenwerking voor belanghebbenden zijn hiervan voorbeelden. Hoewel het buiten de verantwoordelijkheid van het CIZ valt, lijkt de scholing van zorgaanbieders en medewerkers van ziekenhuizen aan verbetering toe.

Het belang van persoonlijke contacten en korte lijnen tussen indicatieadviseurs en zorgverleners is voor een eenvoudige indicatiestelling van grote betekenis; naast de standaardisering wordt daarom aanbevolen om ook aan de ontwikkeling en handhaving hiervan aandacht te besteden. De door het Julius Centrum verzamelde 83 goede en 80 slechte voorbeelden zijn op lokaal, regionaal en nationaal niveau uitstekend te gebruiken als lesmateriaal en als discussiestof met betrekking tot (de gevolgen van) vereenvoudiging van indicatiestelling.

Literatuur

1. Dam N.J., IJland C.M. Vereenvoudiging Indicatiestelling. Verslag startbijeenkomsten. Enschede: Taskforce RIO's, 2004.
2. Jedeloo S., Engels J., Leerink T. Scholing 'Oog voor de Cliënt': cliëntperspectief in indicatiestelling. (cursistenversie, docentenhandleiding en handleiding ervaringsdeskundigen). KRV, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, 2004.
3. Jedeloo S., Schrijvers A.J.P. Het kan eenvoudiger! Aanbevelingen voor vereenvoudiging van de indicatiestelling op basis van goede en slechte casuïstiek uit het werkveld. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC-Utrecht, 2004.

13 De ICF (International Classification of disabilities, handicaps and human Functioning) als instrument voor zorgbehoeftenonderzoek

Sylvia Hoekstra, docent Hogeschool Arnhem-Nijmegen

13.1 Inleiding

Momenteel ontwikkelt de gezondheidszorg zich van een aanbodgestuurde naar een vraaggerichte zorg. Daarbij komt de gezondheidstoestand van de patiënt (ziekte, handicap of functioneringsbeperking) nadrukkelijk centraal te staan. Tevens is het zorgproces complexer geworden. Naast de bemoeienis van meer zorgverleners met hun specifieke deskundigheden wordt de zorg ook op meerdere plaatsen (intra-, extra- en transmuraal) verleend. Om dit zorgproces voor de patiënt goed te laten verlopen, is heldere communicatie en correcte overdracht van informatie bij de diverse partners in de zorgketen van belang. Dit alles vraagt om een uniforme taal en goed gestructureerde verzameling en overdracht van informatie, relevant voor de zorgverlening aan de patiënt. De behoefte aan een eenduidig begrippenkader en een logische gegevensstructuur doet zich bij meerdere disciplines in de zorg voor. De internationaal ontwikkelde ICF kan in deze behoefte voorzien. De ICF leent zich als instrument uitstekend voor het centraal stellen van de gezondheidsproblemen en de gevolgen daarvan voor de individuele patiënt. Met de ICF is het mogelijk uitputtend en integraal alle beperkingen voor de patiënt ten gevolge van ziekte, handicap of stoornis in kaart te brengen alsook alle externe factoren (zoals informele hulp en zorg en woonomgeving) die een rol spelen in de mate waarin problemen kunnen worden verholpen. Beschrijving met behulp van de termen van de ICF leidt tot een gemeenschappelijke taal voor diverse disciplines zoals artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere paramedici. Deze taal kan vanuit multidisciplinaire benadering, waarbij de patiënt centraal staat, een uniforme en gestructureerde gegevensverzameling, gegevensordening, patiëntenbespreking en overdracht binnen de ketenzorg bewerkstelligen. Een compleet beeld van de gezondheidsproblemen van de patiënt, inclusief de gevolgen voor zijn functioneren, is met de ICF-classificatie gewaarborgd.

13.2 Historie ICIDH/ICF

De voorloper van de ICF is de International Classification of Impairments, Handicaps and Disabilities (ICIDH) uit 1980. Het doel was een (internationale) classificatie te ontwikkelen die zowel een eenduidige standaardtaal als een bepaalde logische gegevensstructuur bezat. In eerste instantie waren het vooral de paramedici die bijdragen leverden aan de ontwikkeling van dit eenduidige begrippenkader. Later waren vooral ook patiënten- en consumentenorganisaties actief in het bijstellen en verfijnen van de ICIDH. Zij leverden een belangrijke bijdrage aan het ombuigen van de voorgestelde termen in een neutraal en positief taalgebruik, waardoor de patiënt zich minder gestigmatiseerd voelde.

Sindsdien heeft de ICIDH zich voortdurend verder ontwikkeld en in 1999 kwam een herziene versie uit: de ICIDH-2, beta draft for field trials (RIVM, ICIDH-2, 1999). Met deze versie zijn in Nederland ook diverse projecten gestart. Bij verschillende zorginstellingen zijn pilots gehouden naar de bruikbaarheid van de ICIDH in de gezondheidszorgpraktijk (Van Achterberg, 2002).

De gereviseerde ICIDH-2 is in 2001 onder de naam ICF door de World Health Organization (WHO) vrijgegeven voor internationaal gebruik (WHO, 2001; ICF, 2002). In Nederland bevindt zich ook het 'Collaborating Centre', dat zich bezighoudt met onder andere revisie en vertaling van de ICF in het Nederlands. Dit centrum is ondergebracht bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2002).

13.3 Doelstellingen ICF

De ICF kan meerdere doelen dienen. De classificatie is bruikbaar voor diverse disciplines in meerdere sectoren en op verschillende vakgebieden. De belangrijkste doelstellingen zijn:

- De ICF schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren. Belangrijk doel hierbij is verbeteren van de communicatie tussen de verschillende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en andere sectoren.
- De ICF maakt gegevens vanuit verschillende landen, vakgebieden en sectoren in de tijd met elkaar vergelijkbaar (Van Achterberg, 2000).
- De ICF biedt een wetenschappelijke grondslag voor het begrijpen en bestuderen van het menselijk functioneren, uitgedrukt in uitkomsten en determinanten.
- De ICF voorziet in een systematisch coderingsstelsel voor informatiesystemen in de gezondheidszorg.
- De ICF classificatie is een praktisch en zinvol systeem, bruikbaar voor ontwikkelaars van gezondheidsbeleid en geschikt voor kwaliteitsbewaking en voor het evalueren van resultaten.

13.4 Relatie classificatie ICF en ICD

Sinds mensenheugenis is er behoefte aan ordening en structurering van verzamelde gegevens met betrekking tot ziekte en gezondheid. Naast een taal waarin dit beschreven wordt, is het nodig een hiërarchie of gegevensordening te ontwikkelen waarmee een classificatie voor een bepaald afgebakend terrein ontstaat.

De WHO is een internationale, overkoepelende organisatie die meerdere classificaties onder haar hoede heeft. De oudste is de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). De ICD is een classificatie van medisch diagnostische termen die door artsen wordt gebruikt bij communicatie over en registratie van ziekte. Een ziekte weerspiegelt over het algemeen een proces en verwijst niet zozeer naar de actuele gezondheidstoestand van de patiënt. Juist voor het beschrijven van de actuele gezondheidstoestand en de gevolgen ervan voor de individuele patiënt en zijn functioneren, biedt de ICF een belangrijke aanvulling op de ICD (Van der Brug & Jongerden, 2003).

13.5 De structuur van de ICF

Om met de ICF te kunnen werken is het belangrijk om de structuur van deze classificatie te begrijpen. De ICF heeft betrekking op aspecten van iemands functioneren en welzijn. Deze worden beschreven als gezondheidsdomeinen en domeinen die met de gezondheid verband houden.

De ICF richt zich op alle mensen, zowel zieke als gezonde. Met behulp van de ICF kan de functionele gezondheidstoestand van ieder individu worden beschreven. De classificatie ICF bestaat uit twee delen.

Deel 1 beschrijft het menselijk functioneren en de daarmee verband houdende problemen. Deel 2 betreft externe en persoonlijke factoren. Beide delen zijn onderverdeeld in componenten. De hoofdstukken in beide componenten zijn grotendeels geordend volgens orgaansystemen. (Zie Tabel 1).

**Het menselijk functioneren en de daarmee verband houdende problemen.
'Functies en anatomische eigenschappen' en 'Activiteiten en participatie'.**

Deel 1 heeft de volgende constructen:

- Verandering in functie
- Verandering in anatomische eigenschap
- Vermogen
- Uitvoering

Functies (Body = code B) Hoofdstuk

1. mentale functies
2. sensorische functies en pijn
3. stem en spraak
4. functies van hart en bloedvatstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel (en bijbehorende klachten)
5. functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel (en bijbehorende klachten)
6. functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies (en bijbehorende klachten)
7. functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies (en bijbehorende klachten)
8. functies van huid en verwante structuren (en bijbehorende klachten)

Anatomische eigenschappen (Structure = code S) Hoofdstuk

1. Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel
2. Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren
3. Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak
4. Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
5. Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
6. Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel
7. Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging
8. Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren

Activiteiten en participatie (Domain = code D) Hoofdstuk

1. Leren en toepassen van kennis
2. Algemene taken en eisen
3. Communicatie
4. Mobiliteit
5. Zelfverzorging
6. Huishouden
7. Tussenmenselijke interacties en relaties
8. Belangrijke levensgebieden
9. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Tabel 1 Deel 1: ICF Classificatie-indeling componenten en domeinen (op het eerste niveau = hoofdstukken)

Externe en persoonlijke factoren.
'Externe factoren' en 'Persoonlijke factoren'

Deel 2 heeft de volgende constructen:

- Invloed van fysieke omgeving
- Invloed van sociale omgeving (ondersteunend en/of belemmerend)

Externe factoren (Environment = code E) Hoofdstuk

1. Producten en technologie
2. Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin
3. Ondersteuning en relaties
4. Attitudes
5. Diensten, systemen en beleid

In de ICF is per hoofdstuk een verdere subindeling gemaakt naar detaillering van de begripsomschrijving en de codering zoals uitgewerkt in het volgende voorbeeld:

Activiteiten en participatie (component ICF) hoofdstuk 5 Zelfverzorging

Dit hoofdstuk betreft het voor zichzelf zorgen, zich wassen en afdrogen, eten en drinken en het zorgdragen voor eigen gezondheid.

d510 Zich wassen

Wassen en afdrogen van het gehele lichaam, of lichaamsdelen, met gebruik van water en geschikte was- en droogmaterialen of methoden zoals baden, douchen, wassen van handen en voeten, gezicht en haar, en met een handdoek drogen.

Inclusies: wassen van lichaamsdelen; wassen van het gehele lichaam; zich afdrogen.

Exclusies: verzorgen van lichaamsdelen (d520); zorgdragen voor toiletgang (d530)

d5100 Wassen van lichaamsdelen

Gebruiken van water en zeep en andere substanties om delen van het lichaam schoon te maken zoals het wassen van handen, gezicht, voeten, het haar of de nagels.

d5101 Wassen van het gehele lichaam

Gebruiken van water en zeep en andere substanties om het gehele lichaam schoon te maken, zoals baden of douchen.

d5102 Zich afdrogen

Gebruiken van een handdoek of andere middelen om een of enkele lichaamsdelen of het gehele lichaam af te drogen, zoals na het gewassen te hebben.

d5108 Zich wassen, anders gespecificeerd

d5109 Zich wassen, niet gespecificeerd

Tabel 1 Deel 2: ICF Classificatie-indeling componenten en domeinen

13.6 Coderingssysteem ICF

De ICF gebruikt een alfanumeriek coderingssysteem waarbij de letters staan voor de verschillende domeinen.

B staat voor functies, S voor anatomische eigenschappen, D voor activiteiten en participatie en E voor externe factoren. Deze letters worden gevolgd door een numerieke code. Deze begint met het nummer van het eerste hoofdstuk (één cijfer) gevolgd door het tweede niveau (twee cijfers). Vervolgens kan nog verder gespecificeerd worden naar het derde en vierde niveau (elk een cijfer). Een voorbeeld:

Patiënt X heeft problemen met oriëntatie in tijd, plaats en persoon. Hij kan nog wel zijn eigen naam noemen en vertellen wie hij is maar vooral andere personen zoals zijn burens en kinderen herkent hij niet meer. De oorzaak is niet bekend.

In de terminologie van ICF en de daarbij behorende codering is deze problematiek als volgt te beschrijven:

Component functies (body=B)

Hoofdstuk 1 Mentale functies: **B 1**

B 114 Oriëntatie:

Algemene mentale functies gerelateerd aan het weten en inschatten van de relatie die men heeft met zichzelf, met andere personen, met de tijd en met de omgeving

Nog specifiekere is beschreven:

B 1140 Oriëntatie in tijd:

Het zich bewust zijn van dag, datum, maand, jaar.

Hetzelfde geldt voor

B 1141 Oriëntatie in plaats:

Het zich bewust zijn van de plaats waar men zich bevindt, zoals de onmiddellijke omgeving, de eigen stad of het eigen land.

B 1142 Oriëntatie in persoon:

Het zich bewust zijn van de eigen identiteit en van de identiteit van personen in de onmiddellijke omgeving.

In deze situatie is tot het laagste detailniveau registratie mogelijk namelijk:

B 11420 Oriëntatie in eigen persoon:

(het zich bewust zijn van de eigen identiteit) is niet verstoord maar wel doen zich problemen voor bij:

B 11421 Oriëntatie in andere personen:

Het zich bewust zijn van de identiteit van andere personen in de onmiddellijke omgeving.

Een casus coderen met behulp ICF

Een 56-jarige man heeft een half jaar geleden een hartinfarct gehad. Hij heeft nog steeds klachten van angina pectoris en moeheid, en is bang voor een recidief. Tevens

heeft hij geheugenproblemen. Hij kan moeilijk nieuwe dingen leren en taken uitvoeren. Hij leeft een teruggetrokken bestaan en gaat bijna de deur niet meer uit. Zijn vrouw is aardig en behulpzaam voor hem.

In het ziekenhuis en tijdens de korte periode van revalidatie kan hij zich moeilijk uiten. Bij de medisch psycholoog heeft hij aangegeven heel erg bang te zijn voor een herhaling. Ook jegens verpleegkundigen en de behandelend cardioloog heeft hij zijn angst verwoord. Nu komen de emoties thuis los; met name 's nachts heeft hij veel last van angsten. Hartrevalidatie is in zijn buurt niet georganiseerd. De cardioloog heeft medicijnen voor zijn hartfalen voorgeschreven. Met de huisarts praat hij niet over zijn angsten en andere problemen. Wel houdt de huisarts zijn eigen medische gegevens bij over het verloop tot nu toe. Hij vraagt de patiënt niet naar andere problemen, zoals eventuele werkhervatting.

Meneer werkte met veel plezier in de bosbouw maar zit sinds het infarct in de ziekteket. De bedrijfsarts heeft een keer schriftelijk contact opgenomen en zijn vrouw heeft de vragenlijst ingevuld. Op deze gegevens zijn geen vervolgacties gekomen. De wijkverpleegkundige heeft twee weken thuis met lichamelijke verzorging geholpen nadat het RIO een indicatiestelling daarvoor had afgegeven. Daarna heeft mevrouw het, zo goed en zo kwaad als het kan, zelf overgenomen. Iedere professional verzamelde op zijn eigen manier gegevens. Er was geen of minimaal overleg of overdracht tussen de betrokken hulpverleners. Het leek meneer of iedereen langs elkaar heen werkte. Hij mopperde dat hij steeds weer dezelfde gegevens moest vertellen.

Met behulp van de ICF (Tabel 1) kan deze patiënt met zijn gezondheid en daarmee samenhangende problemen nu eenduidig worden beschreven en gecodeerd.

Functionies (Body = code B) Hoofdstuk

- B 100 Mentale functies: specifieker:
- B 1300 klachten rondom moeheid/energieniveau,
- B 134 Slaapproblemen/ piekeren
- B 144 Geheugenproblemen en
- B 1522 Angst (voor recidief).
- B 400 Functies van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel (en bijbehorende klachten): specifieker:
- B 410 Hartfunctie: rondpompen van bloed naar het lichaam in adequate of vereiste hoeveelheden en met vereiste en adequate of vereiste druk is onvoldoende.

Anatomische eigenschappen (Structure = code S) Hoofdstuk

- S 400 Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel; specifieker:
- S 410 anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel: hartinfarct en angina pectoris

Activiteiten en participatie (Domain = code D) Hoofdstuk

- D 100 Leren en toepassen van kennis, specifieker: D 160: richten van de aandacht, zich niet kunnen concentreren.
- D 470 Mobiliteit: specifieker: D 4751: besturen van een auto.
- D 7500 Tussenmenselijke interacties en relaties: contact onderhouden met vrienden is verminderd.
- D 800 Belangrijke levensgebieden: D 8502 Voltijds werk: uitvoeren daarvan volledig onmogelijk.
- D 900 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, specifieker: D9200 recreatie en vrije tijd, de kaartclub, wordt niet meer aan deelgenomen.

Externe factoren (Environment = code E) Hoofdstuk

- E 300 Ondersteuning en relaties: E 310: positief is dat zijn echtgenote sterk ondersteunend en aardig is voor hem.
- E 5800 Gezondheidsvoorzieningen: negatief is de afwezigheid van een voorziening voor verdere hartrevalidatie in deze regio voor cliënt.

Nu de gezondheid en de daarmee samenhangende problemen van de patiënt eenduidig in kaart zijn gebracht, kunnen deze gebruikt worden door meerdere disciplines in de keten. De gegevens kunnen zowel bij overdracht voor verdere behandeling dienen als voor het structureren van multidisciplinaire overlegmomenten. Tevens zijn de gegevens te benutten voor beleidsdoeleinden. Voor een gemeentelijk beleid is het van belang te weten bij hoeveel burgers in de gemeente het probleem van gebrek aan verdere revalidatie na een hartinfarct zich voordoet. Mocht het gaan om meerdere burgers en is er sprake van een trend, bijvoorbeeld een toename van vragen in deze richting, dan kan de gemeente daar beleid in ontwikkelen en voor deze groep patiënten welzijnsactiviteiten of revalidatieprogramma's ontwikkelen.

13.7 Toepassingen ICF

Sinds de eerste versie van de ICF als ICIDH in 1980 beschikbaar kwam, heeft deze classificatie al verschillende toepassingen gekend. In eerste instantie werd de ICF vooral gebruikt in gezondheidsenquêtes en informatiesystemen om beleid op te ontwikkelen, waarbij de ICF de basis vormde voor het verzamelen en vastleggen van statistische gegevens. Ook diende de ICF als basis voor het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten die de kwaliteit van leven en effecten van zorg of van externe factoren meten.

Tevens werd de ICF gebruikt als basis bij het ontwikkelen van klinische instrumenten ten behoeve van het vaststellen van de zorgbehoefte, bij afstemming van behandeling in specifieke zorgsituaties, bij het vaststellen van iemands geschiktheid voor een bepaald beroep, bij revalidatie en bij de evaluatie van behandelingsresultaten (Brug en Van Achterberg, 2002). Daarnaast is de ICF ook als basis gebruikt voor het ontwikkelen van instrumenten voor sociaal beleid, waarbij zowel de ontwikkeling als de uitvoering van dat beleid benut werden.

De ICF leent zich tenslotte ook als basis voor het ontwikkelen van onderwijsinstrumenten en kan als classificatie de kapstok zijn bij het ontwikkelen van lesprogramma's.

Bij het ontstaan van de Regionale Indicatie Organen (RIO's) vanaf 1997, is de voorloper van de ICF, de ICIDH, gebruikt om een eenduidige formulierenset te ontwikkelen, de zogenaamde BIO-formulierenset. Deze BIO-formulierenset is gebaseerd op de structuur van de ICF en maakt gebruik van de ICF hoofdgroepen waarop de beperkingen van de cliënt in kaart werden gebracht. Deze formulierenset was tevens de basis voor een drietal softwarepakketten die speciaal voor de indicatiestelling ontwikkeld werden. Echter, elk softwarebedrijf werkte naar eigen inzicht de ICF-structuur uit in het eigen systeem, waardoor er grote verschillen ontstonden in de rapportage van het zorgbehoeftenonderzoek.

In het kader van de modernisering van de AWBZ werd de AWBZ-indicatiestelling herzien. De nadruk kwam te liggen op functiegericht indiceren. Om tot meer uniformiteit, objectivering en eenduidigheid te komen, werd een landelijke formulierenset ontwikkeld waarbij de ICF meer uniform als leidraad werd voorgeschreven. Met name op hoofdgroepniveau werd vastgelegd welke items onderzocht werden bij een cliënt. (B-gedeelte formulierenset juli 2002). Hierdoor ontstond meer eenduidigheid in structuur en beschrijving van de zorgbehoefte van de cliënt.

13.8 Ontwikkelingen in de toekomst

Op dit moment wordt bij de onafhankelijke indicatiestelling door de RIO's de ICF al toegepast als basisstructuur voor het vaststellen van de zorgbehoefte van de patiënt. De verwachting is dat de hierbij gehanteerde uniforme taal- en gegevensstructuur niet alleen van waarde zijn voor het vaststellen van de zorgbehoefte van de patiënt en de daaruit voortvloeiende indicatie voor AWBZ-zorg, maar ook een basis kunnen vormen voor het vervolgtraject in de ketenzorg. Zowel de zorgkantoren als de zorgaanbieders kunnen deze eenmaal verzamelde gegevens van de patiënt ook benutten voor het opstellen van bijvoorbeeld een zorg-/behandelplan. Tevens kunnen deze gegevens betrouwbaarder worden geanalyseerd op mogelijke trends. De zorgkantoren kunnen daarop anticiperen door zorgaanbieders te vragen om op basis van deze trends specifieke zorgproducten te ontwikkelen. Daarmee kan een daadwerkelijk vraaggerichte zorg op maat worden ontwikkeld.

Ook kan de ICF dienen als basis voor brede indicatiestelling. Gegevensverzameling met behulp van de ICF is aan te bevelen voor de toekenning van welzijns- en ondersteunende diensten in het kader van de toekomstige Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Het is gewenst om verder onderzoek te verrichten naar de toepasbaarheid en implementatie van de ICF in de gezondheidszorg ten behoeve van transmurale zorg en ketenzorg. Te denken valt aan het (landelijk) ontwikkelen van overdrachtsformulieren gebaseerd op de ICF vanuit (ziekenhuis) transferpunten.

Deze formulieren kunnen ook gehanteerd worden voor elektronische gegevensuitwisseling.

Zowel bij mono- als multidisciplinaire besprekingen kan de ICF van grote waarde zijn door het eenduidige begrippenkader en de classificatie van gevolgen van ziekte en handicap voor de patiënt. Elke professional kan vanuit de eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid gericht ingaan op een voor te stellen multidisciplinaire aanpak. Hierdoor is een patiëntgerichte en integrale beschouwing mogelijk: er wordt met aandacht naar de totale patiënt gekeken, en niet fragmentarisch of detaillistisch naar een aspect van diens functioneren.

De toepasbaarheid voor specifieke patiëntengroepen (denk aan zuigelingen en kinderen) zal nader onderzocht moeten worden. Ook is het van belang om de ICF in diverse zorgsettings te onderzoeken, waarbij zowel intra- extra- als transmurale gegevensverzameling en -uitwisseling rondom de patiënt centraal zal staan.

De ICF leent zich bij uitstek als eenduidig begrippenkader voor multidisciplinair gebruik. In de praktijk zal dit dan ook nader uitgewerkt moeten worden. Aansluiting bij reeds in gebruik zijnde succesvolle instrumenten is daarbij zeker aan te bevelen. De ICF als basis voor het ontwikkelen van onderwijsinstrumenten staat nog in de kinderschoenen. Het is gewenst om in het onderwijs meer aandacht te besteden aan de ICF. Tevens is het waardevol om de bruikbaarheid van de ICF als raamwerk voor structurering van het onderwijs nader te bestuderen.

In de gezondheidszorg worden veel gegevens verzameld, geregistreerd en uitgewisseld. Veelal gebeurt dit nog handmatig, wat veel tijd kost. De behoefte bestaat aan ondersteuning in de vorm van ICT. Dat vraagt echter om een inhoudelijke gegevensordering en een gestandaardiseerd begrippenkader. De ICF voldoet aan beide eisen. Daarnaast biedt het een alfanumeriek codestelsel, waardoor eenduidigheid in trendanalyses te realiseren is. Ook zijn gegevens gebaseerd op de ICF en verkregen uit wetenschappelijk onderzoek internationaal te vergelijken en lenen de gegevensverzamelingen zich voor meta-analyses.

Onlangs is het National Platform ICT in de zorgsector (NICTIZ) opgericht met het doel, alle ontwikkelingen op het gebied van informatisering en automatisering te coördineren, waarbij ook de ontwikkeling en het gebruik van de ICF meegenomen moet worden.

De ICF als classificatie is nog steeds in ontwikkeling en daardoor aan verandering onderhevig. De basisstructuur is vastgelegd, evenals het eenduidig begrippenkader. De komende jaren zullen op lokaal, nationaal en internationaal niveau voorstellen voor aanpassing, wijziging en aanvulling plaatsvinden op basis van nieuwe inzichten en ervaringen. De WHO blijft eindverantwoordelijk voor het coördineren en het reviseren van de ICF en zal te zijner tijd een vernieuwde en nog verfijnder ICF presenteren.

Gezien de toenemende ontwikkelingen rondom transmuralisatie en ketenzorg is de ICF een goed hulpmiddel om zorginnovatie rond transmurale samenwerkingsverbanden en verschuiving van zorg te beschrijven en te ondersteunen. Het uitgangspunt van vraaggerichte in plaats van aanbodgestuurde zorg is met hulp van de ICF te realiseren. Met de ICF kunnen de gevolgen van

ziekte, handicap of stoornis van de patiënt volledig in beeld worden gebracht en kunnen zorgarrangementen door meerdere zorgaanbieders ontwikkeld worden. Gezien de ontwikkelingen op ICT-gebied en de behoefte aan bruikbare toepassingen op het gebied van classificering, is het zeer gewenst het verrichte voorwerk vanuit het landelijke onderzoeksproject te continueren en waar mogelijk te vertalen naar de eigen organisatie.

Literatuur

1. Achterberg T. van, Brug Y. van der. ICF in de verpleegkunde II, Aan het werk met het internationaal classificatiesysteem (LCVV-studies), Elsevier Gezondheidszorg/LCVV. Utrecht, 2000.
2. Achterberg T. van, Frederiks C., Persoon A., Holleman G. ICF Taal voor de toekomst? Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002;10:20-25.
3. Brug Y. van der, Achterberg T. van, Heijnen-Kaales Y., Kleef M. van. Toepassing in de praktijk: Aan het werk met de ICF. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002;10:26-29.
4. Brug Y. van der, Jongerden I. ICIDH in de verpleegkunde. Helder communiceren met het internationale classificatiesysteem (LCVV-studies), Elsevier Gezondheidszorg/LCVV. Utrecht, 2003.
5. ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, Bohn Stafleu Van Loghum. Houten 2002.
6. RIVM. ICIDH-2, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Beta-2 draft for field trials (Nederlandse vertaling). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, 1999.
7. WHO. ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization. Geneva, 2001.
8. www.lcvv.nl
9. www.lvio.nl/
10. www.rivm.nl/who-fic/

Deel 3

Wat goede voorbeelden mogelijk maakt

14 Gebruikelijke zorg, werkdocumenten voor de indicatiestelling

Juul van Ogtrop, medewerker CIZ te Driebergen

14.1 Inleiding

In een tijd dat er aan alle kanten druk wordt uitgeoefend op de AWBZ, is onafhankelijk, objectief en zo nodig integraal vaststellen op welke zorg iemand aanspraak kan maken, geen sinecure. Het moet eenvoudig, snel, maar wel rechtvaardig en het moet leiden tot effectieve inzet van zorg.

Volgens het Besluit Zorgaanspraken AWBZ heeft iemand recht op zorg voorzover hij daar in redelijkheid en vanuit het oogpunt van doelmatigheid op is aangewezen. Een interessant uitgangspunt, aangezien noch redelijkheid, noch doelmatigheid nader omschreven is. In hoge mate afhankelijk van wat 'we' met zijn allen 'redelijk' vinden. Jurisprudentie begint mondjesmaat te komen. Ook doelmatigheid wordt niet nader afgebakend. Het vaststellen van die redelijkheid en doelmatigheid is de taak geworden van de indicatiesteller en daarmee van de beroepsgroep van indicatiestellers. Vanuit de beroepsgroep van de indicatiestelling zijn werkdocumenten ontwikkeld. Dit zijn instrumenten voor de indicatiestellers die ondersteunen bij het maken van afwegingen en beslissingen. Ze zijn ontwikkeld vanuit collectieve kennis en ervaring van de indicatiestellers en dragen zo bij aan de uniformering van het indicatieproces. Ze zijn voor iedereen die het aangaat toegankelijk en maken transparant welke afwegingen op welke gronden worden gemaakt.

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de verschillende aspecten van het werkdocument Gebruikelijke Zorg.

14.2 Weegfactoren

De indicatiestelling is het eindoordeel van een afwegingsproces, waarbij de weegfactoren kenmerken zijn van de vrager en van diens omgeving. Die weegfactoren zijn: beperkingen, zorgen, behoeften, doelen en wensen van de cliënt, zo veel mogelijk geobjectiveerd, en sociale en fysieke aspecten van de omgeving. De term 'cliënt' wordt hier gebruikt voor degene die de zorg nodig heeft: zorgvrager, verzekerde of belanghebbende.

Het resultaat van een indicatie zoals training, woningaanpassing of zorg, moet altijd ingrijpen op de factoren die beslissend zijn in het dagelijks functioneren: dit zijn factoren die bepalend zijn voor adequate deelname aan het maatschappelijk leven. De weging van deze factoren vindt op een onafhankelijke manier plaats. Er wordt geen rekening gehouden met mogelijkheden of onmogelijkheden van financier en zorgleverancier. De wensen van de cliënt zijn weliswaar uitgangspunt, maar zijn niet altijd doorslaggevend. Het professionele oordeel van de indicatiesteller is dat wel. Hierbij maakt de indicatiesteller gebruik van een set van regels die transparant moeten worden toegepast, zodat een zekere mate van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid ontstaat. De indicatiesteller beoordeelt de redelijkheid en doelmatigheid van de aanspraak op zorg.

De dimensies die een rol spelen bij het vaststellen van de zorgbehoefte zijn geclassificeerd volgens de International Classification of Functioning (ICF). (Zie ook hoofdstuk 13 van dit boek). Naast stoornissen en beperkingen van de persoon, worden ook de omgevingsfactoren vastgelegd. Op de omgevingsfactoren wordt in de volgende paragraaf ingegaan.

14.3 Sociale omgeving van essentieel belang: algemeen gebruikelijk

De mensen met wie je leeft en werkt, je woning, de bebouwde omgeving, het al dan niet beschikken over hulpmiddelen: dit zijn allemaal zaken waarmee het zelfstandig functioneren in de samenleving valt of staat en die bepalen of er sprake is van participatieproblemen. Welke compensatie gaat er uit van, of welke extra belasting is gelegen in de sociale omgeving (huisgenoten, kinderen, ouders, buurt, familie, vrienden, collega's) van iemand die met beperkingen door het leven gaat? Bij de indicatiestelling voor ondersteuning bij het functioneren in het dagelijks leven kunnen bovengenoemde factoren nooit buiten beschouwing blijven. Maar de vraag is wel hoe ze meegeteld dienen te worden. Bij de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) kennen we het begrip *algemeen gebruikelijk* wanneer het erom gaat de extra problemen te benoemen die voortvloeien uit de handicap of de beperkingen. Problemen waarmee een niet-gehandicapte in dezelfde sociaal-economische omstandigheden ook geconfronteerd zou worden, dienen op eigen kracht te worden opgelost. Het bekende voorbeeld is de auto. Niet-gehandicapten in dezelfde inkomenspositie zouden gebruik maken van een eigen auto. Boven die inkomensgrens wordt een auto *algemeen gebruikelijk* en komt dus, indien er sprake is van een handicap, niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Bij veel vragen om zorg speelt ditzelfde probleem. Ook alleenstaande werkende ouders zonder handicap moeten hun kind onderbrengen in een kinderopvang. Hoewel de AWBZ dit begrip formeel niet kent, wordt wel in toenemende mate geïndiceerd met inachtneming van wat *gebruikelijk* is. We noemen dit 'gebruikelijke zorg' en 'ouderlijke zorgplicht'.

14.4 De Algemeen Aanvaarde Standaard Verzorging (AASV)

Al rond 1990 constateerde men dat er onvoldoende sprake was van eenduidige en algemeen gedeelde inzichten ten aanzien van de weegfactoren vanuit de omgeving, dus weegfactoren die bepalend zijn voor het vaststellen van de zorg die in bepaalde omstandigheden als de meest geëigende moest worden getypeerd. Vooruitlopend op de wijziging van voorzieningsgerichte aanspraken in functiegerichte aanspraken (!) werd de noodzaak onderkend voor het opstellen van algemene regels. Deze regels zouden een weergave vormen van algemene en gedeelde inzichten met betrekking tot aard, inhoud en omvang van zorg. De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en het Verweij Jonker Instituut hebben een onderzoek opgestart dat in 1996 resulteerde in het document 'Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging' (AASV). Doelstelling van de AASV was een algemeen referentiekader te bieden voor het bepalen van passende zorg. De AASV was normerend naar zowel te wegen omstandigheden (aanwezigheid van gezonde huisgenoten) als naar de afzonderlijke taken (onder welke omstandigheden wordt maaltijdbereiding geïndiceerd). Oorspronkelijk bedoeld ter ondersteuning van thuiszorginstellingen die wijkverpleging en (gezins)verzorging indiceerden, werd de AASV tussen 1996 en 2000 door de meeste Regionale Indicatieorganen (RIO's) als normerend kader overgenomen. De verbreiding van de standaard kon niet worden opgelegd, aangezien RIO's een autonome ontwikkeling doormaakten. Ieder RIO kon desgewenst eigen richtlijnen ontwikkelen. Toch is anno 2003 de AASV met recht een Algemeen Aanvaarde Standaard te noemen, die door RIO's gehanteerd wordt bij het indiceren van zorg thuis.

14.5 Mantelzorg

Met betrekking tot de inzet van mantelzorg zegt de AASV het volgende:

“Het huishouden (...) blijft altijd primair verantwoordelijk voor het eigen functioneren (...) bij uitval streven huisgenoten naar een herverdeling van taken (...) deze zorg is 'afdwingbaar' (...) geen onderscheid op basis van sekse (...) overname door de thuiszorg pas in beeld als overbelasting dreigt (...) met name bij langdurige hulpverlening overbelasting interne mantelzorg (...) externe mantelzorg altijd een vrijwillig karakter (...) bij uitval van externe mantelzorg ontstaat een legitieme vraag naar thuiszorg (...) ondersteuning is wenselijk om verantwoorde zorg te bieden (...) continuering externe mantelzorg niet ten koste van alles.“

Over de persoonlijke verzorging van huisgenoten onderling zegt de AASV:

“Persoonlijke verzorging van volwassenen is min of meer vrijwillig (“gezinsverzorging staat coulant ten opzichte van bezwaren...”); “persoonlijke verzorging van kinderen is afdwingbaar.“

Daarnaast kent de AASV ook nog de ‘oppasfunctie’ bij personen of kinderen die niet alleen kunnen worden gelaten, die tot doel heeft de mantelzorg te ontlasten.

“*Nadrukkelijk dient wel te worden nagegaan of er geen sprake kan zijn van inzet van externe mantelzorg, vrijwilligers of voorliggende voorzieningen*”.

Ondanks de regionale verschillen is de AASV in grote lijnen toegepast zoals hierboven is gesteld, onder andere door het opnemen van de materie in de (post-) HBO opleidingen voor indicatiestellers.

De discussie over de inzet van mantelzorg lag inmiddels niet stil. Met de toepassing van de AASV bleef het een punt van discussie en van verschil tussen RIO's onderling. Mantelzorg wordt gedefinieerd als ‘vrijwillig en onbetaald, gegeven vanuit wederkerigheid en onderlinge sociale relaties’. Al in 1991 heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in haar rapport *Advies ondersteuning mantelzorg* een onderscheid gemaakt tussen mantelzorg en normale zorg. Bij normale zorg ging het, volgens dit rapport, om gangbare activiteiten die berusten op een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verwanten voor elkaar. Mantelzorg overschrijdt het normaal gangbare ruimschoots, en wordt ‘extra zorg’ genoemd.

14.6 Kennisnetwerk Indicatiestelling

Uiteraard is het vaststellen van het verschil tussen *normaal gangbare zorg* en *extra zorg* subjectief. In de praktijk bleef een grote behoefte bestaan aan richtlijnen betreffende de normering van de mantelzorg. Het onderwerp normering mantelzorg bleef bovenaan staan op de verlanglijst van de indicatiestellers. Begin 2003 nam het ministerie van VWS het initiatief tot de ontwikkeling van een facilitaire structuur, gemaakt door en bestemd voor inhoudelijk deskundigen met betrekking tot de indicatiestelling, die werd verspreid over alle RIO's. Dit project, ‘Kennisnetwerk Indicatiestelling’, werd ondergebracht bij de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO). Vanuit het kennisnetwerk opereerden teams van deskundigen, die in maandelijkse sessies prioriteiten stelden en de ontwikkelingen begeleidden. Zo werd door de RIO's in de loop der jaren een werkdocument ontwikkeld, *Gebruikelijke Zorg*, dat voornamelijk gebaseerd was op de AASV protocollen. Het is een werkdocument omdat het een richtlijn is, die zijn geldigheid moet bewijzen in de praktijk. Hoofddlijn hierin is het door indicatiestellers gewenste onderscheid tussen gebruikelijke zorg, waarvoor geen aanspraak AWBZ bestaat, en zorg die als extra, als mantelzorg wordt gezien. Dit is geen afdwingbare zorg. Meer over de inhoud van het werkdocument in de volgende paragraaf.

14.7 Werkdocument in hoofdlijnen

Hoofddlijn van het werkdocument *Gebruikelijke Zorg* is het benoemen van *gebruikelijke zorg* ten opzichte van *extra zorg*. Daar waren tot dan toe alleen in de AASV uitspraken over gedaan.

Gebruikelijke zorg omvat:

- huishoudelijke taken,
- zorgplicht ouders voor kinderen,
- zorgplicht partners onderling.

Daarnaast worden er uitspraken gedaan met betrekking tot:

- bestaande vrijwillige mantelzorg,
- voorliggende voorzieningen en de afdwingbaarheid ervan.

De huishoudelijke taken omvatten het uitvoeren of organiseren van zwaar en licht huishoudelijk werk, zoals het doen van de was, het aanschaffen van voeding en drank, het bereiden en toedienen van maaltijden. De ouderlijke zorgplicht van ouders voor kinderen betreft de zorg en begeleiding die een kind, in overeenstemming met zijn leeftijd, nodig heeft. Partners onderling zorgen voor elkaar wanneer er uitzicht is op herstel.

In iedere leefeenheid die uit meerdere leden bestaat, is sprake van een taakverdeling voor het draaiende houden van de leefeenheid. Het kan zijn dat de taakverdeling in het verleden zo is vastgesteld dat het ene gezinslid buitenshuis werkt om voor het inkomen te zorgen, terwijl een ander gezinslid het huishouden verzorgt. Ook kan het zijn dat beide partners zowel inkomensverwerving als zorgtaken op zich nemen. De gedachte achter het vaststellen van gebruikelijke zorg is, dat bij uitval van een van de uitvoerders moet worden nagedacht over een verandering van de taakverdeling. De (gebruikelijke) zorgtaken moeten worden herverdeeld over de andere leden. Wanneer extra zorgtaken ontstaan, namelijk zorgen voor de uitvaller, is het voor korte tijd aanvaardbaar dat die aan het gewone takenpakket worden toegevoegd. In het geval van chronische persoonlijke zorg voor een gezinslid, is overbelasting van de verzorger een groot risico, zeker wanneer deze de zorg voor kinderen, huis en partner moet combineren met werk. Overbelasting moet worden voorkomen door middel van zorg vanuit de AWBZ. Persoonlijke verzorging is niet afdwingbaar, ook niet tussen partners. Hierin wijkt het werkdocument af van de AASV. De reden hiervoor is dat in de jarenlange praktijk van RIO's, persoonlijke verzorging altijd tot het vrijwillige domein behoorde. In de AASV is sprake van afdwingbaarheid van persoonlijke verzorging van partners onderling, tenzij er ernstige ethische bezwaren waren. Hoe er tot nu toe gewerkt wordt met het werkdocument komt in de volgende paragraaf aan de orde.

14.8 De Praktijk: werken met werkdocument

Zoals altijd is de werkelijkheid weerbarstig. De uitvoering van de richtlijnen riep veel reacties op. Op 1 juli 2003 werd de RIO's gevraagd welke criteria ze hanteerden voor het afwegen van mantelzorg. Tweederde van de RIO's gebruikten de AASV.

Op 1 februari 2004 was bij 90% van de geïnterviewde RIO's het werkdocument ingevoerd. Ook het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten hanteert het

werkdocument in grote lijnen. De RIO's zeggen veel strakker te werken dan vroeger. "Dankzij de invoering van het werkdocument kunnen de indicatiestellers gemakkelijker consequent omgaan met vergelijkbare mantelzorgsituaties". De indicatiestellers kunnen op dit moment het effect van het werken met het werkdocument nog niet in feitelijke gegevens uitdrukken. Men verwacht een aanzienlijke daling (20-50%) van de geïndiceerde zorg wanneer er sprake is van volwassen huisgenoten. Dit verwachte effect zal vooral optreden bij Huishoudelijke Verzorging en in mindere mate bij Persoonlijke Verzorging.

In het periodiek overleg over de indicatiestelling met cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgkantoren en het Ministerie, is vastgesteld dat de uitvoering moet worden bewaakt. Er is een monitorgroep ingesteld die signalen vanuit het veld zal verzamelen en verwerken. Daarnaast heeft het Ministerie een onafhankelijk onderzoek ingesteld. Ondertussen hebben zich in de praktijk van de indicatiestelling de nodige inhoudelijke knelpunten voorgedaan, die in een volgende paragraaf aan bod komen. Daarnaast is de uitvoering niet vlekkeloos verlopen. Veel cliënten maken bezwaar tegen de wijze waarop de indicatie heeft plaatsgevonden. Om de doorlooptijden van de indicatiestelling te bekorten, werden veel aanvragen telefonisch of schriftelijk afgehandeld. Vooral tegen het telefonisch afwijzen en niet horen van de betrokken huisgenoot wordt veelvuldig bezwaar gemaakt. Gebrek aan informatie over deze nieuwe richtlijnen naar de cliënt toe speelt een grote rol in de verontwaardiging.

14.9 Vrijwilligheid van mantelzorg

Het blijft in veel gevallen lastig om aanspraak op zorg vast te stellen. Als een echtgenoot extra zorg levert en overbelast dreigt te raken, is het niet duidelijk dat de indicatie wordt ingevuld door dezelfde overbelaste partner met behulp van een Persoons Gebonden Budget. Wanneer als reden voor de overbelasting werk, sollicitatieplicht of uitkering worden opgegeven is de relatie *minder werken=meer zorg* helder. Maar wanneer alle andere taken ook door dezelfde persoon worden uitgevoerd? Of als er geen sprake was van een werkring of andere bezigheden buitenshuis? Indiciestellers wijzen dan een aanvraag af, terwijl er juridisch gezien een aanspraak bestaat. Immers, er wordt bovengebruikelijke zorg geleverd, en afname in PGB of Zorg In Natura is geen taak van de indicatiesteller. Het College voor Zorgverzekeringen heeft dit aangekaart bij de politiek en het wachten is op een uitspraak. Dergelijke dilemma's komen indicatiestellers in de praktijk veel tegen. Formeel is de te volgen lijn: wanneer iemand zorg verleent die niet binnen de *gebruikelijke zorg* valt kan, voor dat deel, onverkort AWBZ-zorg worden geclaimd. RIO's vullen hun taak gewetensvol in en onderzoeken of er 'in redelijkheid' een aanspraak bestaat. De redelijkheid wordt dan gezien in "als je de zorg voor je huisgenoot niet meer aankan, is er AWBZ-zorg. Als je het wel kan en wil, is het je eigen verantwoordelijkheid". Indiciestellers vragen dan hoe mantelzorgers zo kunnen worden ondersteund, dat ze in staat zullen zijn de zorg te blijven leveren. In deze visie is het terrein tussen wettelijke aanspraak en redelijkheid het terrein van de

indicatiesteller. Een indicatie komt uit op een deel van het één (AWBZ-zorg), teneinde een deel van het ander (de mantelzorg) overeind te laten.

14.10 Overbelasting

Dreigende overbelasting van huisgenoten en mantelzorgers is een belangrijke reden om AWBZ-zorg te indiceren. Hoe stel je (dreigende) overbelasting vast? De meest bewandelde weg is het oordeel van de arts. Toch zouden indicatiestellers, deskundigen in het functioneren van mensen, bij uitstek dit terrein moeten beoordelen. Als er onbalans is tussen draaglast en draagkracht, rijst de vraag: hoe valt draagkracht te versterken of draaglast te verminderen en welke van de twee heeft de voorkeur? Hiervoor is het nodig dat 'objectieve' kenmerken van draagkracht en draaglast worden geïnventariseerd en transparant worden meegewogen in de beoordeling. Vinden we het feit dat iemands werkkring 70 uur van zijn week kost waardoor hij geen gebruikelijke zorgtaken in het gezin op zich kan nemen, wel of niet een objectieve factor (antwoord ja) die ook meegewogen moet worden in de indicatiestelling voor zorg (antwoord: nee, tenzij). Er is een onderscheid tussen fysieke, sociale en psychische aspecten van belasting en belastbaarheid. Indicatiestellers hebben vaak wel oog voor aanwijsbare activiteiten die moeten worden uitgevoerd, maar het onderzoeken van psychische en emotionele belasting van zorgverleners is moeilijker. Onderzoeksresultaten op dit terrein zijn nog onvoldoende geïntegreerd in de methodiek van de indicatiestelling. Het College van Zorgverzekeringen heeft een uitspraak gedaan over (dreigende) overbelasting. Bij *gebruikelijke zorg* is medische onderbouwing daarvan noodzakelijk. Wanneer een mantelzorger zegt overbelast te zijn, is dat alleen al voldoende voor een aanspraak.

14.11 Relatie arbeid en zorg

Er zitten nogal wat haken en ogen aan de beoordeling van een aanvraag AWBZ in relatie tot het werk van een mantelzorger. Zorg mag niet ten koste gaan van de maatschappelijke participatie, is het credo. Tegelijkertijd vinden we dat zorg onderdeel uitmaakt van het leven. Gebruikelijke zorg is zorg voor degenen met wie iemand leeft. Die zorg zou iedereen naast een volledige werkweek moeten kunnen opbrengen. Een huisvader met een volle baan, twee kleine kinderen en een zieke echtgenote thuis wordt verondersteld het huishouden, de zorg voor de kinderen en de persoonlijke verzorging voor de echtgenote (dit laatste voor korte tijd) zelf te kunnen regelen. In chronische situaties is alle zorg voor huishouden en kinderen gebruikelijke zorg voor een ouder. Het opvangen van jonge kinderen bij de uitval van een ouder is vaak een kostbare zaak. Toch wordt men verondersteld eerst kinderopvang in te zetten voordat AWBZ-zorg kan worden aangesproken. De invulling van wat redelijk is en van wat er aan eigen mogelijkheden moet worden aangesproken wordt niet ingegeven door financiële argumenten. Een ander ingewikkeld punt is de inzet van AWBZ-zorg met als doel een gedeeltelijke werkkring te behouden. Mensen met chronische beperkingen kunnen in

deeltijd werken, maar de zorgtaak in het huishouden is om gezondheidsredenen daarbij niet vol te houden. Ook hier speelt de vraag of de AWBZ hiervoor de oplossing moet bieden. Wanneer iemand een uitkering heeft en daarnaast mantelzorg levert, komt het voor dat hij door de uitkerende instantie wordt gewezen op de AWBZ als vervangend inkomen. Het beoordelen van de geleverde mantelzorg als vrijwillige zorg, waar geen aanspraak tegenoverstaat, is dan wel heel kort door de bocht. Indicatiestellers kunnen de AWBZ niet zomaar als wettelijk voorliggend beschouwen. De oplossing voor dit dilemma zou zijn dat indicatiestellers vaststellen welke zorg nodig is en de mantelzorger vragen wat daarvan vrijwillig wordt ingevuld. De resterende zorg is te vertalen naar een indicatie. Of hier een Sociale Dienst het initiatief heeft genomen doet niet terzake.

14.12 Ouderlijke zorgplicht en AWBZ

De ouderlijke zorgplicht wordt gedefinieerd als de zorg die ouders behoren te geven aan kinderen, conform de leeftijd, op het gebied van dagelijkse verzorging, opvoeding, ontwikkeling en ontplooiing. Maar ook betreft het de aandacht en begeleiding die kinderen in iedere leeftijdscategorie nodig hebben. Met een zekere marge is te stellen dat een kind van drie nog niet alleen gelaten kan worden, dat een kind van acht nog niet alleen het verkeer in kan en dat een kind van veertien in meer of mindere mate wordt begeleid bij zijn huiswerk. Andersom kan gezegd worden dat wanneer een vijfjarige nog niet zindelijk is, een negenjarige zich nog niet zelf aankleedt of een twaalfjarige niet alleen naar het zwembad kan, er behoefte is aan extra zorg. Bij de vaststelling van extra zorg ben je er echter nog niet. Vastgesteld dient te worden welke extra zorg de ouder bereid is vrijwillig te blijven geven en op welke terreinen extra hulp moet worden ingezet. Eerder dan vroeger wordt de zorg die ouders vrijwillig geven niet meer tot de aanspraken gerekend. Vooral in de gehandicaptenzorg betekent dat een ingrijpende vermindering van de zorg.

14.13 Een kwestie van keuze: snel toewijzen of zorgvuldig afwijzen?

Het hanteren van het werkdocument *gebruikelijke zorg* heeft ertoe geleid, dat RIO's in korte tijd een ongekende uniformiteit in beoordeling van AWBZ-aanspraken hebben bereikt. De inhoudelijke dilemma's geven aan dat het niet eenvoudig is een zorgvuldige afweging te maken in een situatie die aanleiding geeft tot het doen van een aanvraag. Er wordt daarom nog veel overgelaten aan de individuele beoordeling van de indicatiesteller. Er is vraag naar meer gedetailleerde richtlijnen, maar de vraag is of dit wenselijk is. De toekomst vraagt vooral om vereenvoudiging en standaardisering van de indicatiestelling enerzijds, en globale richtlijnen waarbinnen de indicatiesteller een eigen zorgvuldige beslissing neemt anderzijds. In de praktijk levert dit een spagaat op.

Bij de nieuwe indicatiestelling zal een keuze moeten worden gemaakt tussen het zorgvuldig beslissen, waarbij het toe te wijzen volume aan AWBZ-zorg mogelijk wordt beperkt, en het snel en eenvoudig afhandelen van aanvragen, met vooral veel

toewijzing van gevraagde zorg. Het netto-effect op de AWBZ laat zich gemakkelijk raden.

15 Zorgtoewijzing en Zorgregistratie: de zorgketen in beeld. Ervaringen van de VGZ-zorgkantoren

Joop Jaspers, Lianne van de Weerdhof, medewerkers zorgkantoren van Zorgverzekeraar VGZ

15.1 Ontstaansgeschiedenis

In de regio's Nijmegen, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant en Noord-en Midden-Limburg voert Zorgverzekeraar VGZ de concessie voor het zorgkantoor uit. Er wordt gewerkt met een dekkantoor in de regio zelf, voornamelijk gericht op zorginkoop, zorgregie en zorgtoewijzing; de administratie en centrale aansturing bevinden zich in Eindhoven.

Van oudsher werd per regio een regeling getroffen voor zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer. Vanuit de wachtlijstaanpak van het Ministerie van VWS werd grote druk uitgeoefend om met betrokkenen uit de drie AWBZ-sectoren: verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) rond de tafel te gaan zitten om knelpunten in de zorg op te pakken. In overeenstemming met zijn rol als verdeler van de extra te besteden geldmiddelen, kreeg het zorgkantoor een sterke regierol toebedeeld. In de uitvoering werd de nadruk gelegd op uitvoering door zorgaanbieders zelf, aangezien zij uiteindelijk zorg aan de klant moeten leveren. Het zorgkantoor koos er bewust voor om het proces te sturen en te monitoren, in plaats van zelf de uitvoering op zich te nemen. Deze aanpak leidde op korte termijn tot snelle implementatie van zorgtoewijzing in de regio, maar schoot tekort qua uniformiteit en daarmee stuurbaarheid. Eind 2002 waren er elf verschillende zorgtoewijzingsbureaus in de vier regio's actief die delen van de zorg niet eens bestreken. Zo ontbrak in de regio's de toewijzing van het zorgaanbod aan instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De zorgkantoren hadden te maken met zeven Regionale Indicatie organen (RIO's; per 1 januari 2005 *Centrum Indicatiestelling Zorg CIZ*) en met vier LCIG kantoren (LCIG: Landelijk Centrum voor Indicatiestelling in de Gehandicaptenzorg), die ieder op eigen wijze hun indicatiegegevens aanleverden.

Naast de coördinatie- en afstemmingsproblemen die hier het gevolg van waren, kwamen ook andere knelpunten naar voren:

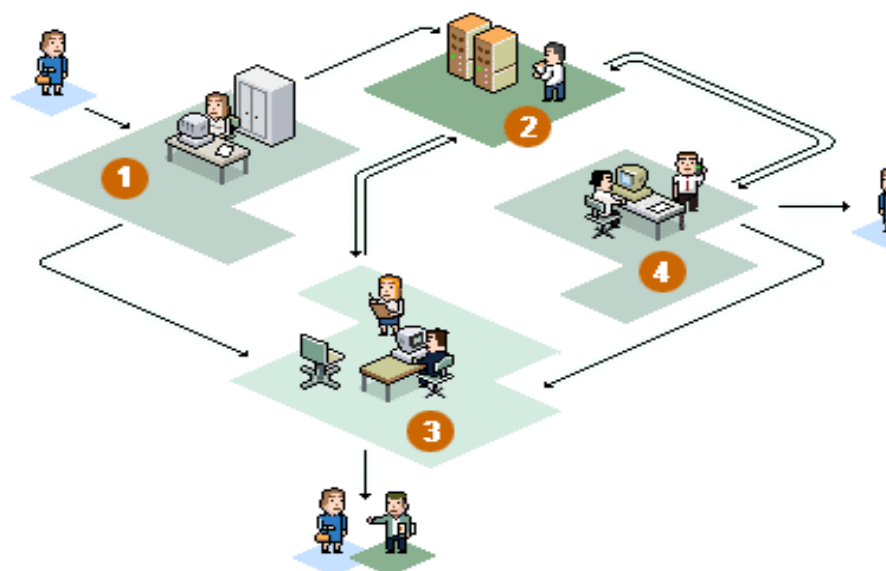
- Het was in de praktijk niet meer uit te leggen waar de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor ophield en die van de zorgaanbieder begon.
- Waar sprake was van gezamenlijke financiering, bleek deze ondoorzichtig.
- Het rendement, in de zin van resultaat van de financiële inspanningen, was onvoldoende.
- De regionale en sectorale bijzonderheden maakten stroomlijning en verbetering nauwelijks mogelijk.

Omdat Zorgverzekeraar VGZ sinds het najaar van 2001 ook voortrekker was bij de landelijke ontwikkeling van het AWBZ-zorgregistratiesysteem (AZR), deden deze knelpunten zich des te meer gelden. Om deze reden werd begin 2003 de drastische keuze gemaakt om voor alle vier de regio's één AWBZ-breed zorgtoewijzingssysteem te ontwikkelen, gebaseerd op het AZR, dat inmiddels het kinderstadium was ontgroeid. Vanaf dat moment begon een traject van zorgvuldige communicatie met ketenpartners, interne herbezinning en verandering. De start werd gemaakt met de interne ontwikkeling van een beleidskader Zorgtoewijzing, die voor alle vier zorgkantoren identiek was. Het zorgkantoor wil door middel van zorgtoewijzing en zorgregistratie bereiken dat een verzekerde met een indicatie voor AWBZ-zorg

- die zorg kan verzilveren,
- op het gewenste moment (binnen aanvaardbare termijn) en op passende wijze,
- met zo min mogelijk bureaucratische belasting en
- met een goede aansluiting naar wonen en welzijn.

15.2 De zorgketen in beeld

Het organiseren van een gestroomlijnde zorgketen lijkt in theorie een eenvoudige klus. Het beeld dat hierbij geschetst wordt ziet er ongeveer uit als volgt (Figuur 1).



- 1 Het CIZ, dat de indicatie stelt.
- 2 Het zorgkantoor, waar alle gegevens over vraag en aanbod samenkomen en beheerd worden.
- 3 De zorginstelling, die zorg aanbiedt.
- 4 Het zorgbemiddelingsbureau, dat helpt bij problemen in het vinden van zorg.

Figuur 1: De zorgketen in beeld

De uitgangssituatie is echter zeer gecompliceerd:

- Tussen de drie AWBZ-sectoren bestaan historisch grote verschillen;
- De schaalgrootte van de indicatieorganen, de zorgkantoren en de werkgebieden van zorginstellingen verschilt bijna altijd;
- Veranderingen in organisatie vereisen bijna altijd veranderingen in automatisering;
- Standaardisatie van werkprocessen vraagt altijd verandering (van bewustzijn) van de mensen die erbij betrokken zijn (cliënten, hulpverleners, zorgkantoren);
- Het overheidsbeleid is niet consistent en soms zelfs intern in tegenspraak.

In de volgende paragrafen wordt het systeem uiteengezet zoals dat door de VGZ-zorgkantoren is uitgewerkt: in de automatisering, de interne organisatie en in afspraken met zorgaanbieders, indicatieorganen en cliëntenorganisaties.

15.3 Van indicatiestelling tot zorgkantoor

Een voorwaarde voor het welslagen van het traject van indicatiestelling naar het daadwerkelijk ontvangen van de benodigde zorg, is duidelijke communicatie aan de basis. Deze basis betreft niet alleen de communicatie tussen cliënt en een regionaal indicatieorgaan (het CIZ), maar ook de communicatie tussen het CIZ en zorgkantoor. In de vier zorgkantoorregio's waar VGZ concessiehouder is, worden de processen van zorgtoewijzing en zorgbemiddeling sinds enige jaren ondersteund door het AWBZ-brede Zorg Registratiesysteem (AZR). Specifiek voor de sector Gehandicaptenzorg is tot oktober 2004 gewerkt met het Zorgregistratiesysteem ZRS, waarbij in hoofdlijn dezelfde processen gelden als bij het AZR. Eind 2004 zijn de functionaliteiten van ZRS in het AZR geïntegreerd (Handboek Zorgregistratie, 2004). In het AZR worden alle cliënten opgenomen die AWBZ-zorg nodig hebben. Het AZR heeft als doel het kunnen beschikken over betrouwbare wachtlijst informatie, het kunnen volgen van de ontwikkeling in de zorgvraag, het na kunnen gaan of cliënten de geïndiceerde zorg op tijd ontvangen en het efficiënt laten verlopen van de zorgtoewijzing. Het AZR zorgt verder voor een vermindering van de administratieve lasten voor alle partners in de keten (regionale indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders). Door het AZR wordt de vraagsturing ondersteund en het aanbod beter op de vraag afgestemd.

Vanaf eind 2004 worden indicatiestelling, zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer en zorgverlening volledig door het AZR ondersteund. Het werken met het AZR levert voor elke ketenpartner voordeel op. De snelheid van informatie-uitwisseling neemt toe en daardoor ook de actualiteit van de informatie. Voor de cliënten betekent het dat zij slechts eenmaal hun gegevens hoeven te verstrekken, aangezien de gegevens daarna in digitale vorm worden uitgewisseld binnen de zorgketen. Na verloop van tijd wordt een cliëntendossier opgebouwd. Voor de cliënten betekent het nieuwe traject ook dat er meer en betere informatie wordt gegeven en dat er meer duidelijkheid is. Zij hebben meer keuzemogelijkheden en zeggenschap en hebben de garantie dat de zorg binnen een aanvaardbare wachttijd geleverd wordt. Daarnaast hebben zij ook hun eigen verantwoordelijkheid bij het maken van keuzen en om aan de bel te trekken als zaken onduidelijk zijn.

Zorgkantoren kunnen, door de digitale vastlegging van gegevens, indicatiebesluiten vergelijken met de daadwerkelijk geconsumeerde zorg, en hier conclusies aan verbinden. Door de centrale registratie wordt het zorgkantoor het informatieknooppunt in de regio. Het heeft daardoor een goed zicht op het functioneren van de zorgketen, de vraag naar zorg, de zorgconsumptie, de ontwikkeling van beschikbare capaciteit, doorlooptijden en knelpunten in de markt. Door hier tijdig op in te springen, levert het zorgkantoor een bijdrage aan de

efficiëntie en effectiviteit van de zorgketen, waardoor de zorg aan de cliënt geoptimaliseerd kan worden.

Voor de aanbieder is een belangrijk voordeel gelegen in de vermindering van administratieve handelingen. Daarnaast is het AZR een bron van informatie over de zorgmarkt. Een slimme aanbieder gebruikt deze informatie ter verbetering van zijn rendement en ter versteviging van zijn positie in de markt. Ook kan de versnelde informatie-uitwisseling zorgen voor een verkorting van de doorlooptijden, waardoor de capaciteit van de aanbieder beter benut kan worden. Er is echter wel een voorwaarde voor het behalen van deze voordelen: alle ketenpartners dienen consequent met het AZR te werken en gegevens zorgvuldig in te voeren.

Het AWBZ-traject begint bij de indicatiestelling door het CIZ. Maar voordat het CIZ een indicatie stelt, kan de cliënt zich via het internet voorbereiden op een gesprek met het indicatieorgaan. Via websites van patiëntenorganisaties kan men een elektronisch indicatieformulier invullen. Op deze manier kan de cliënt op zijn gemak de vragen doorlezen en zich bezinnen op antwoorden. Met het ingevulde formulier kan men vervolgens een afspraak maken bij een vestiging van het CIZ. Doordat de cliënt zich goed heeft voorbereid en de meeste vragen al beantwoord heeft, kan het indicatietraject sneller verlopen dan in de oorspronkelijke situatie het geval was. Via de website van het zorgkantoor kan de cliënt zich oriënteren op het actuele zorgaanbod in de regio en op de wachttijden die op dat moment gelden. Het CIZ geeft aan de hand van het gesprek met de cliënt de definitieve indicatiestelling. De cliënt ontvangt het indicatiebesluit op papier en het CIZ voert dit besluit in het AZR-bestand in. Als er een voorkeursaanbieder bekend is, wordt deze ook opgenomen in het AZR. Vanaf dat moment is de rol van het CIZ uitgespeeld en komt het zorgkantoor om de hoek kijken.

Het zorgkantoor heeft binnen de uitvoering van de AWBZ verschillende taken. De volgende taken zijn te onderscheiden:

- De administratie van de verzekerden en de verleende zorg;
- Het verstrekken van informatie aan de verzekerden met betrekking tot de AWBZ;
- Het innen van de eigen bijdrage;
- Het verstrekken van het persoonsgebonden budget (PGB) en de verantwoording daarvan;
- Het uitvoeren van een cliënttevredenheidsonderzoek op het gebied van de ontvangen zorg;
- Het toewijzen van zorg.

Daarnaast is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de inkoop van de te leveren zorg, het afsluiten van contracten met aanbieders, het maken van afspraken over tijdige zorglevering en het wachtlijstbeheer. Op grond van deze laatste verantwoordelijkheid is ooit begonnen met de ontwikkeling van het AZR. Uiteindelijk is het systeem veel breder toepasbaar dan slechts voor wachtlijstbeheer.

In het kort rekt het zorgkantoor het tot zijn verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de cliënt de geïndiceerde AWBZ-zorg op het gewenste moment en op passende wijze kan verzilveren met zo min mogelijk bureaucratische belasting en met maximale keuzevrijheid. Dit houdt in dat het zorgkantoor in de keten ook een aanjaagfunctie heeft en er in alle gevallen op toeziet dat de juiste weg bewandeld wordt, de juiste zorg geleverd wordt en of de cliënt tevreden is.

15.4 Zorgtoewijzing

Nadat een indicatiebesluit in het AZR opgenomen is, vindt zorgtoewijzing plaats. Het traject van de indicatiestelling tot het daadwerkelijk verlenen van zorg, kent op hoofdlijnen drie varianten. Daarnaast zijn er vele uitzonderingsgevallen te bedenken die hier verder niet besproken zullen worden. Zorgtoewijzing kan automatisch geschieden wanneer de voorkeursaanbieder bekend is. In dat geval ziet de betreffende aanbieder in het AZR-bestand dat er een nieuwe cliënt op de wachtlijst is verschenen.

Vervolgens worden de onderstaande stappen doorlopen.

Voorkeursaanbieder bekend

1. De cliënt maakt een afspraak met het CIZ;
2. Het CIZ indiceert de cliënt en geeft direct de voorkeursaanbieder op in het AZR;
3. De zorgaanbieder kan via het AZR zien dat er zorg gevraagd wordt, welke zorg en door wie;
4. De zorgaanbieder neemt binnen vijf werkdagen contact op met de cliënt;
5. Op het moment dat de aanvangsdatum voor zorg bekend is, maar uiterlijk binnen vijf werkdagen na aanvang van de zorg, stuurt de zorgaanbieder een MAZ-bericht (melding aanvang zorg).

Het ook mogelijk dat cliënten geen voorkeur voor een aanbieder hebben. Wellicht kennen ze geen aanbieders of zijn ze niet op de hoogte van de kwaliteit of de mogelijkheden die de verschillende aanbieders offeren. In dat geval neemt het zorgkantoor contact op met cliënten om hen te helpen hun keuze te bepalen. Onderstaande procedures zijn dan mogelijk.

Voorkeursaanbieder niet bekend (mogelijkheid 1)

1. De cliënt maakt een afspraak met het CIZ;
2. Het CIZ indiceert de cliënt maar vult geen voorkeursaanbieder in;
3. Het Zorgkantoor neemt contact op met de cliënt en helpt deze met de keuze voor een zorgaanbieder;
4. De keuze wordt ingevoerd in het AZR;
5. De zorgaanbieder kan via het AZR zien dat er zorg gevraagd wordt, welke zorg en door wie;
6. De zorgaanbieder neemt binnen vijf werkdagen contact op met de cliënt.

Op het moment dat de aanvangsdatum voor de zorg bekend is, maar uiterlijk binnen vijf dagen na aanvang van de zorg, stuurt de zorgaanbieder een MAZ-bericht (melding aanvang zorg).

Voorkeursaanbieder niet bekend (mogelijkheid 2)

- 1 De cliënt maakt een afspraak met het CIZ;
- 2 Het CIZ indiceert de cliënt maar vult geen voorkeursaanbieder in;
- 3 Het Zorgkantoor neemt contact op met cliënt, maar de cliënt zoekt zelf naar een aanbieder (shoppen);
- 4 De cliënt neemt contact op met de zorgaanbieder;
- 5 De zorgaanbieder doet een melding aanvang zorg.

Bovenstaande procedures zorgen voor een duidelijk overzicht in het hele traject van de indicatiestelling tot de levering van zorg. Op elk gewenst moment kan gezien worden waar een cliënt zich in de keten bevindt. Het zorgkantoor ziet er op toe dat het traject op de juiste manier en binnen de gestelde termijn verloopt.

De voorkeursaanbieder coördineert de zorg vanaf de indicatiestelling. Het kan echter ook zo zijn dat de voorkeursaanbieder niet aan de totaal gevraagde zorg kan voldoen, maar dit op een later tijdstip wel kan. In overleg met de cliënt kan ervoor gekozen worden om de voorkeursaanbieder alvast een gedeelte van de gevraagde zorg (overbruggingszorg) te laten leveren. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit bij de cliënt aan te kaarten. Bij het leveren van overbruggingszorg kan van het indicatiebesluit worden afgeweken, zowel in functie als in klasse. Een voorbeeld hiervan is het leveren van thuiszorg terwijl in het indicatiebesluit de functie *verblijf* is aangegeven. Het zorgkantoor dient in dit geval een kader aan te geven waarbinnen overbruggingszorg geleverd mag worden en binnen welke geldigheidstermijn. In het geval van levering van overbruggingszorg blijft de cliënt wel op de wachtlijst staan.

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het aanbieden van passende en gedifferentieerde zorgarrangementen. Bij implementatie van de zorgtoewijzing worden met zorgaanbieders nieuwe termijnen en normen afgesproken. Er wordt uitgegaan van een termijn van twee weken voor zorg zonder verblijf en vier weken voor zorg met verblijf. De door de aanbieder te behalen normering wordt afhankelijk van zorgsoort en doelgroep vastgesteld.

15.5 Voordeel voor alle betrokkenen

Het werken met het bovengenoemde compleet uitgerolde AZR-systeem levert voor alle betrokkenen grote voordelen op:

- Cliënten krijgen zicht en greep op hun gang door de zorg. Hun voorkeur is bepalend en er is voldoende informatie voorhanden om hen bij hun keuzes te ondersteunen.

- Zorgaanbieders krijgen beter zicht op hun zorgvragers en profiteren van de snelle en eenvoudige route naar hun kantoor; de informatiestromen worden aanzienlijk vereenvoudigd.
- Indicatieorganen krijgen een duidelijker overzicht van wat er na hun indicatiestelling gebeurt, en kunnen hun cliënten hierdoor beter informeren en van dienst zijn.
- Zorgkantoren kunnen hun administratieve systemen doelmatiger inrichten en hun energie op de klant richten.
- De overheid profiteert van de, door een betere informatievoorziening, toegenomen kwaliteit en beheersbaarheid van de zorg en de daarmee behaalde efficiencywinst.

Literatuur

1. Handboek Zorgregistratie, Ministerie van VWS, oktober 2004.

16 De West-Friese Zorggroep De Omring en scenario's voor Verzorging en Verpleging op basis van Indicatiestelling

*Ying-Lie O**, *Gerard van Beusekom[#]*, *Guus Schrijvers**, *Ton Uivel^{#1}*

16.1 Inleiding

De West-Friese Zorggroep De Omring is een middelgrote zorgaanbieder opererend vanuit Hoorn, Noord-Holland. De groep beheert drie verpleeghuizen en tien verzorgingshuizen in de regio West-Friesland, en heeft tevens een volledig assortiment thuiszorgproducten en maatschappelijk werk in het pakket. Het is een jonge fusie-organisatie, met de ambitie om op professionele wijze aan beleidsontwikkeling te doen. Op dit moment is de omschakeling van aanbodsturing en aanbodgerichtheid naar vraagsturing en vraaggerichtheid een belangrijke taak van de organisatie.

Ook in West-Friesland neemt het aantal ouderen de komende jaren snel toe. De algemene notie was dat die toename gepaard zal gaan met een groei van de vraag naar zorg. De Omring had echter behoefte aan een beter onderbouwd inzicht in die ontwikkeling. Aan welke capaciteit is de komende tien, twintig jaar behoefte? Blijft de trend gericht op extramuralisering van de zorg, of zal daarin een zeker evenwicht tussen intra- en extramuraal ontstaan? Welke voorzieningen moeten er in de regio worden gerealiseerd? Wat zijn denkbare ontwikkelrichtingen met betrekking tot grote beleidsdossiers als de modernisering van de AWBZ (Ross-van Dorp, 2003) en de herziening van het gehele zorgstelsel, en wat is daarvan de invloed op de ontwikkeling van de zorgvraag? Teneinde ook op termijn in de zorgbehoefte te kunnen voorzien, is een onderzoek verricht om te komen tot een aantal voor de toekomst denkbare scenario's voor verzorging en verpleging (O en Schrijvers, 2003).

Met de resultaten van het onderzoek wil de De Omring niet alleen het eigen beleid richting geven maar ook het gesprek aangaan met andere partijen in de regio, zoals gemeenten, woningcorporaties en andere aanbieders. De gedachte is dat de scenario's bijdragen aan het ontstaan van een gezamenlijk urgentiebesef met

¹ * Onderzoekers Julius Centrum UMC Utrecht

[#] Secretaris en voorzitter Raad van Bestuur van West-Friese Zorggroep De Omring

betrekking tot de naderende problematiek. Op die manier wil men op regionaal niveau samenhang en afstemming bereiken bij het bedenken van passende antwoorden op de komende vergrijzing.

In het onderzoek zijn twee onderzoeksvragen gehanteerd.

De eerste is gericht op het in beeld brengen van het *demografisch scenario* voor de vraag naar zorg in de periode tot 2020. Dit scenario koppelt de ontwikkeling van de zorgvraag aan de wijziging van de bevolkingsopbouw. Overige condities blijven gelijk. Het beleid wordt niet gewijzigd, er wordt een voldoende aanbod van woningen en zorg verondersteld, en het gemiddeld zorggebruik van de verschillende bevolkingsgroepen blijft over de jaren constant.

De tweede onderzoeksvraag is bedoeld om een aantal scenario's te laten zien waarbij (een aantal van) bovengenoemde condities worden losgelaten. Hoe ziet bijvoorbeeld de vraag naar zorg eruit als er een bepaalde wijziging van het ziektekostenstelsel wordt doorgevoerd? In het oorspronkelijke, demografische, scenario wordt een aantal beleidsvariabelen voor het aanbod van woningen en zorg geïntroduceerd, aan de hand waarvan verschillende beleidsscenario's kunnen worden opgesteld.

Een scenario is een voorspelling gebaseerd op een aantal gegevens en condities. Gegevens worden verzameld, geordend en vervolgens geanalyseerd door middel van vergelijking. Bij het opstellen van zowel het *demografisch scenario* als het *Omring-scenario* zijn de volgende gegevens gebruikt:

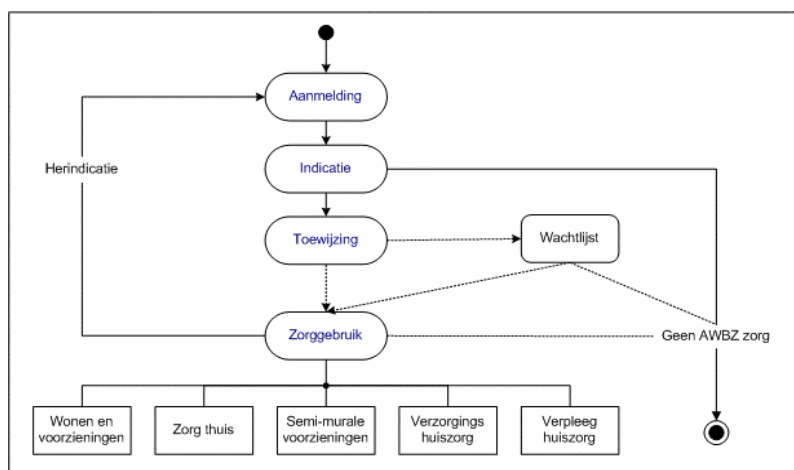
- Gegevens die het werkelijk gebruik van zorgproducten weergeven (de productiegegevens van De Omring);
- Indicatiegegevens van het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan), die de omvang van het recht op zorg weergeven;
- Zorgtoewijzingsgegevens die aangeven wat cliënten uiteindelijk aan zorg kunnen ontvangen;
- Wachtlijstgegevens, i.c. de wachttijd tussen indicatie/zorgtoewijzing en het tijdstip van daadwerkelijke zorg;
- Groepen en aantallen cliënten met hun kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, en woonplaats;
- Gegevens met betrekking tot de bevolkingsontwikkeling.

Het onderzoek is vooral, vanwege de vergrijzing in de regio, gericht geweest op de verzorging en verpleging van ouderen. Wel is, met betrekking tot een aantal specifieke thuiszorgproducten, een aantal trends in beeld gebracht voor cliënten jonger dan 65 jaar.

16.2 Beschrijving van de gegevens

In het onderzoek werd de volgende systematiek gebruikt voor het verzamelen van gegevens. Iedereen die in aanmerking wil komen voor verzorging of verpleging dient zich aan te melden bij het lokale RIO. (Omdat het onderzoek plaatsvond in 2003, hanteren wij de term Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) in plaats van het later in gebruik genomen Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)). Aan de hand van de aanmelding wordt een indicatie voor de zorgbehoefte bepaald, uitgedrukt in zogenaamde BIO-producten (Breed Indicatie Overleg). Vanuit dit overleg zijn standaard omschrijvingen voor zorgproducten opgesteld. Aan de hand van de indicatie vindt de toewijzing voor de zorg plaats. Indien de zorg op het gewenste moment niet kan worden geboden, wordt de cliënt met de geïndiceerde zorgproducten op de wachtlijst gezet totdat de geïndiceerde zorg beschikbaar komt.

Vanuit de zorglogistiek gezien, vormt het proces van aanmelding–indicatie–toewijzing of wachtlijst het begin van de zorgketen (Figuur 1).



Figuur 1: Schematische weergave in UML (unified modeling language) notatie van een gedeelte van de zorgketen. De ovalen aanmelding, indicatie, toewijzing en zorggebruik zijn de processen in de zorgketen.

Wachtlijst is een toestand waarin de cliënt moet wachten totdat de geïndiceerde zorg kan worden geboden.

De cliënt kan dan alsnog besluiten om geen gebruik te maken van de AWBZ. Het zorggebruik en de daarbij gegeven indicatie is uitgesplitst in de verschillende soorten zorg volgens de BIO-productindeling in hoofdgroepen.

16.3 Zorggegevens

Zoals figuur 1 laat zien, gaan de processen van aanmelding, indicatie en toewijzing of wachtlijst vooraf aan het zorggebruik. De indicatie weerspiegelt de *zorgbehoefte*, en cliënten met een indicatie zijn *aspirant zorggebruikers*. Zorgproducten zijn gedefinieerd als BIO-producten. Deze zijn verdeeld in een aantal productgroepen, zoals thuiszorg en verzorgingshuiszorg, waaronder de eigenlijke zorgproducten vallen. Zo kent de thuiszorg de producten *huishoudelijke verzorging* en *gespecialiseerde verzorging*, en de verzorgingshuiszorg het product *activiteitenbegeleiding*. In de meeste gevallen worden de zorgproducten van een bepaalde productgroep geleverd door dezelfde soort zorginstelling. De *thuiszorg*instelling levert diverse vormen van thuiszorg, een instelling voor verpleeghuiszorg levert onder meer verblijf en behandeling.

In de definities van de zorgproducten is aangegeven wat de te verwachten gebruiksduur is: kortdurend, langdurend of permanent. Zorgproducten die in de regio West-Friesland niet of nauwelijks worden geïndiceerd of afgenomen zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

Een cliënt kan meerdere aanmeldingen, indicaties en toewijzingen hebben. Na een aantal jaren huishoudelijke verzorging te hebben ontvangen kan het, na een operatie, bijvoorbeeld nodig zijn om daarnaast ook verpleging thuis te krijgen. Cliënten kunnen hun voorkeur voor een bepaalde zorginstelling aangeven. Dit wordt zowel bij de indicatiestelling als bij plaatsing op de wachtlijst geregistreerd.

De gegevens die we voor het onderzoek hebben gebruikt zijn afkomstig uit verschillende bronnen, waaronder het RIO en De Omring. Ze zijn ook met verschillende bedoelingen geregistreerd. Soms om de dagelijkse werkprocessen te ondersteunen, zoals de facturering, en soms om managementinformatie te genereren. Bewerking moest de gegevens geschikt maken voor analyse, aangezien met de verschillende gegevens berekeningen moesten kunnen worden uitgevoerd. De belangrijkste eis waaraan de structuur van de gegevens moest voldoen, was de mogelijkheid om prognoses te kunnen opstellen met betrekking tot het toekomstig zorggebruik. Daarbij moesten verschillende indelingen mogelijk zijn:

- Een indeling naar zorgproducten met dezelfde kenmerken van gebruik;
- een indeling naar homogene cliënt-categorieën, zoals naar leeftijd of geslacht
- Uniforme eenheden om de kwantiteit van het zorggebruik te beschrijven, zoals het aantal uren of dagen per jaar;
- Tijdreeksen op jaarbasis in totalen (om het gebruik over meerdere jaren in beeld te brengen);
- Woonplaatsgegevens; deze waren nodig om eventuele lokale verschillen te kunnen signaleren, bijvoorbeeld tussen stad en platteland.

Om het gebruik over meerdere jaren in beeld te brengen (tijdreeksen) is ervoor gekozen om *totalen per jaar* te vermelden in plaats van de totalen op een bepaalde

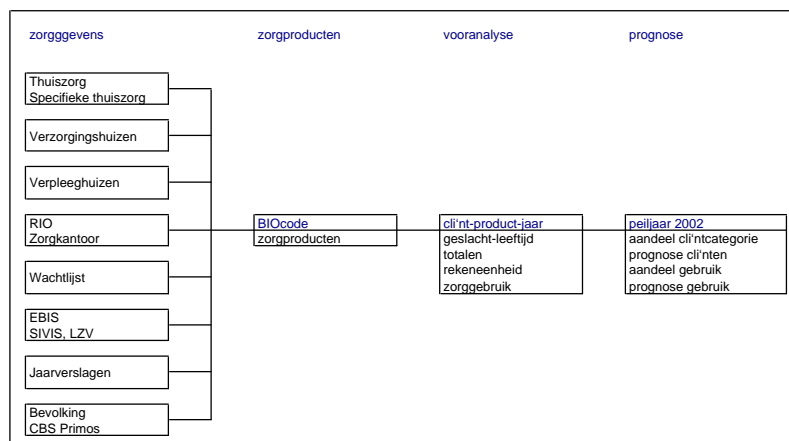
peildatum, bijvoorbeeld 31 december van elk jaar. Dit is mede ingegeven door het feit dat in ieder geval alle productiegegevens in totalen per jaar beschikbaar waren. Bovendien zeggen, in het geval van wachtlijsten, aantallen op een peildatum meer over de beschikbare capaciteit dan over de zorgbehoefte.

Ten behoeve van de analyse zijn de bestanden opgeschoond naar zogenoemde *unieke cliënt-BIO-product-jaar combinaties* met bijbehorende rekeneenheden. Alle gegevens zijn uiteindelijk terug te voeren naar echte cliënten en de zorg die ze hebben ontvangen. Ook zijn dubbelstellingen geëlimineerd, die kunnen ontstaan wanneer een cliënt voor meerdere BIO-producten geïndiceerd is en daarbij meerdere voorkeursinstellingen voor hetzelfde BIO-product in dat jaar heeft opgegeven. Voorzover mogelijk is er gerekend met de werkelijke uren zorgverlening zonder bijvoorbeeld overhead en mutatiedagen. Hierdoor kunnen de cijfers afwijken van productietotalen in bijvoorbeeld jaarverslagen. Van een aantal nieuwe producten, zoals semi-murale zorg, zijn momenteel geen of slechts van een beperkt aantal jaren cijfers voorhanden over de indicatie en het gebruik. De prognoses zijn daardoor minder betrouwbaar.

16.4 De prognosemethode

Prognoses zijn berekeningen voor de toekomst gebaseerd op het verleden. Prognoses voor het zorggebruik in de toekomst worden dan ook gebaseerd op het gebruik in de voorgaande vijf tot tien jaar. Daarbij wordt als methode doorgaans de *trendanalyse* gebruikt, waarbij het verleden als het ware 'doorgetrokken' wordt naar de toekomst. Dat was niet mogelijk bij deze prognoses, omdat de definities van verschillende, veel gebruikte, zorgproducten in de afgelopen zes tot zeven jaar meerdere keren zijn gewijzigd. Daarom is voor de in dit artikel beschreven prognoses gebruik gemaakt van demografische gegevens, zoals verdeling man/vrouw, bevolkingsgroei en leeftijdsopbouw, in het verleden en naar de toekomst toe.

De aanname is dat groepen cliënten met gelijke eigenschappen, zoals leeftijd en geslacht, in de toekomst ook een zelfde aandeel in het zorggebruik zullen hebben. De wijze waarop cliënten worden ingedeeld is bepalend voor de uitkomsten, zodat dit met zorg en zo realistisch mogelijk moet gebeuren. Vervolgens kan worden volstaan met het kiezen van een peiljaar, waarvan het gebruik in kaart wordt gebracht. Gekozen is voor het jaar 2002, omdat gedurende dit jaar geen veranderingen in definities zijn doorgevoerd. Het is op voorhand niet goed aan te geven wanneer een prognosemethode de beste oplossing geeft. Meestal wordt een vorm van 'gladheid' als goed ervaren. Dat wil zeggen, hoe minder uitschieters de prognoses laten zien, des te 'gladder', dus geschikter, is de methode. Ook het verloop over de jaren moet geen al te extreme uitkomsten vertonen.



Figuur 2: Schematische weergave van de prognosemethode. Links zijn de gegevensbronnen vermeld. De gegevens worden geordend naar zorgproducten en voorzien van een productcode (1^e vakje), aan een cliënt gekoppeld in gebruik per jaar (2^e vakje) en tenslotte in een cliëntcategorie ingedeeld, op basis waarvan de prognoses voor aantallen cliënten die van het betreffende zorgproduct gebruik zullen maken worden opgesteld (laatste vakje).

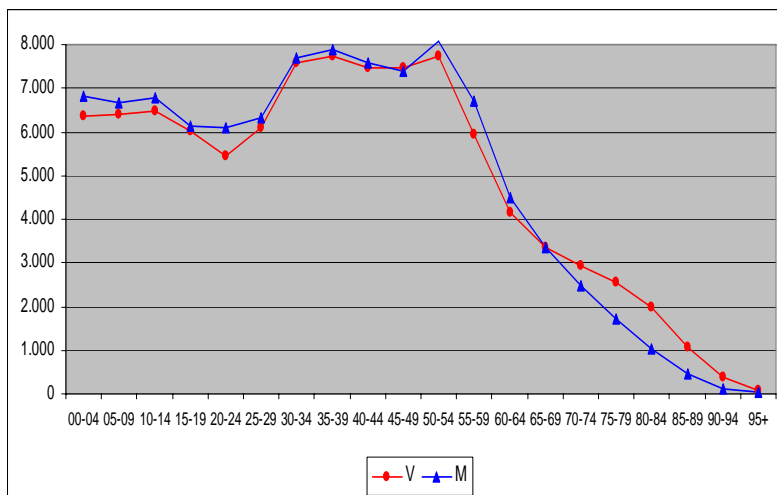
16.5 Scenario's voor verzorging en verpleging

De bevolkingsgroei in West-Friesland vormde de basis voor de prognoses. Daarbij is gebruik gemaakt van de gegevens van het CBS en PRIMOS, waarbij gekeken is naar de ontwikkeling van een aantal specifieke, in het zorggebruik te onderscheiden, leeftijdscategorieën:

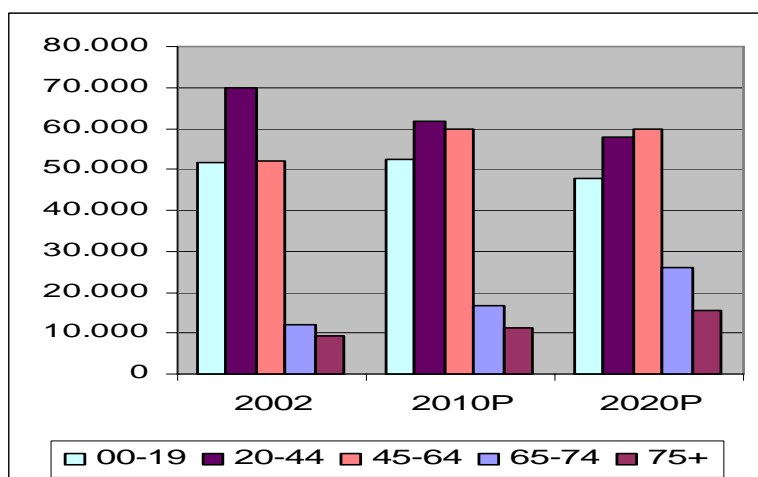
- 0 – 19 jaar jeugdigen
- 20 – 44 jaar jong volwassenen
- 45 – 64 jaar middelbaren
- 65 – 74 jaar ouderen
- 75 + jaar (hoog) bejaard

In figuur 3 is de samenstelling van de bevolking in West-Friesland in 2002 weergegeven, op basis van leeftijd.

In het rechterstaatje worden de prognoses voor de bevolkingsontwikkeling tot 2020 getoond, nu echter ingedeeld naar de bovengenoemde leeftijdscategorieën. Uit het rechterstaatje blijkt dat het aantal ouderen relatief gezien toeneemt, terwijl het aantal jeugdigen en jong volwassenen licht daalt.



Bevolking van West-Friesland in 2002 naar geslacht en leeftijd



Bevolking van West-Friesland naar leeftijdscategorie met de prognoses voor 2010 en 2020

Figuur 3: Samenstelling van de bevolking van West-Friesland

In het in de volgende paragraaf beschreven demografisch scenario is, zoals eerder beschreven, alleen rekening gehouden met demografische ontwikkelingen. Het wonen met zorg wordt beschreven in relatie tot de zorgproducten die worden aangeboden door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg.

16.6 Het demografisch scenario

De prognoses in het demografisch scenario zijn berekend volgens de eerder beschreven methode. Tijdens de analyse zijn de gegevens onderzocht op hun eigenschappen. De belangrijkste eigenschap bij het opstellen van de prognose is het aandeel dat de verschillende leeftijdscategorieën hebben in het zorggebruik en de indicatiestelling.

In Tabel 1 staat een aantal zorgproducten die veel door ouderen worden gebruikt. Het aantal vrouwelijke zorggebruikers en geïndiceerden is hoger dan het aandeel mannelijke. Dit wordt veroorzaakt doordat vrouwen in deze leeftijdscategorie vaker alleenstaand zijn en dus voor de mantelzorg niet op een partner kunnen terugvallen. Mannen die zorg nodig hebben worden door hun partner opgevangen en worden, indien de partner niet meer leeft, door hun omgeving eerder als zorgbehoevend erkend en geholpen.

Behalve voor het product *kortdurende opname verzorgingshuis* zijn de percentages voor geïndiceerden lager dan de percentages voor zorggebruikers. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat een deel van de zorggebruikers reeds jaren het betreffende zorgproduct afneemt, terwijl de huidige indicatiesystematiek pas enkele jaren wordt toegepast. Deze zorggebruikers zijn daarom niet in de gegevens van het RIO terug te vinden.

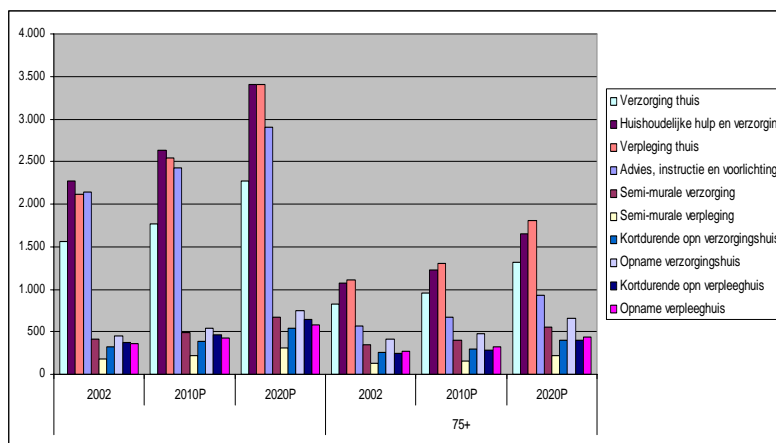
	Zorggebruiker		Geïndiceerden		Zorggebruiker		Geïndiceerden	
	V	M	V	M	V	M	V	M
	Verzorging thuis				Huishoudelijke verzorging			
65-74	4,9%	2,8%	2,4%	1,1%	8,0%	2,8%	5,0%	1,4%
74+	18,5%	12,1%	10,3%	6,1%	27,6%	15,6%	11,8%	5,3%
	Verpleging thuis				Advies, instructie en voorlichting			
65-74	5,4%	4,0%	4,4%	3,4%	7,8%	8,2%	3,5%	2,4%
74+	16,3%	14,6%	12,7%	10,2%	11,2%	11,5%	6,3%	5,7%
	Dagbehandeling somatiek verpleeghuis				Dagbehandeling psychogeriatric verpleeghuis			
65-74	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%
74+	0,3%	0,5%	0,2%	0,2%	0,5%	1,3%	0,8%	1,1%

	Opname verzorgingshuis				Kortdurende opname verzorgingshuis			
65-74	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%	0,3%	0,1%	0,7%	0,3%
74+	7,2%	4,1%	5,0%	3,3%	1,5%	0,8%	3,3%	1,6%

	Opname verpleeghuis somatiek				Opname verpleeghuis psychogeriatric			
65-74	0,9%	0,9%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,2%	0,1%
74+	4,4%	3,5%	1,0%	0,8%	5,5%	4,1%	2,1%	1,6%

Tabel 1: Aandeel van oudere zorggebruikers en geïndiceerde cliënten voor een aantal zorgproducten in percentages van leeftijdscategorieën in de bevolking in het peiljaar 2002

In figuur 4 zijn de prognoses voor de indicaties voor een aantal producten als totalen weergegeven. De leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder heeft hierbij een hoog aandeel. Alle zorgproducten vertonen een grote stijging ten opzichte van het peiljaar 2002.



Figuur 4 Prognoses van geïndiceerde cliënten van een aantal zorgproducten ten opzichte van het peiljaar 2002. Aan de linkerkant zijn de totalen gegeven, en aan de rechterkant de aantallen in de leeftijdsgroep van 75+

De berekeningen voor de nieuwe producten zijn door de lage waarden minder nauwkeurig. Naar verwachting zal het gebruik van bijvoorbeeld *semi-murale zorg* (zorg in wooncomplexen) langzaam maar zeker toenemen, indien er voor deze cliënten in voldoende mate geschikte woonruimte beschikbaar komt. Op dit moment bestaan voor dergelijke voorzieningen lange wachtlijsten.

De prognose voor het gebruik van het product verzorgingshuiszorg is uitsluitend gebaseerd op de cliënten van De Omring (aandeel rond de 42%). De wachtlijsten voor de thuiszorg zijn grotendeels opgelost met behulp van het extra geld dat vrij kwam door de tijdelijke open-eind-financiering.

Voor verzorgingshuiszorg is er een wachtlijst ter grootte van bijna 40% van het aantal geïndiceerde cliënten, waarvan rond de 80% voor opname in een verzorgingshuis. De wachtlijst voor verpleeghuiszorg heeft een omvang van ca. 20% van het aantal geïndiceerde cliënten. Bijna 60% daarvan heeft een indicatie voor opname in het verpleeghuis vanwege psychogeriatrische aandoeningen. Ten gevolge van het bestaan van deze wachtlijsten komen de prognoses voor beide producten te laag uit.

Vanwege de veranderingen in het beleid in de laatste jaren zijn de berekende prognoses op basis van het huidige zorggebruik niet betrouwbaar genoeg om er verdere berekeningen mee uit te voeren. Ook kan hierdoor de gemiddelde zorgduur niet worden berekend. Voor het hierna volgende Omring-scenario voor wonen met zorg wordt daarom uitgegaan van cijfers op basis van de RIO-indicaties.

16.7 Het Omring-scenario voor wonen met zorg

De algemene doelstelling van het beleid voor wonen en zorg is de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen, in alle omstandigheden en in alle fasen van het leven, zolang mogelijk en zoveel mogelijk te handhaven (Algemene Rekenkamer, 2003). Het Omring-scenario concretiseert, op basis van deze doelstelling, de relatie tussen wonen en de behoefte aan zorgproducten aangeboden door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. De achterliggende gedachte van dit scenario is het bieden van wonen 'zoals thuis' en 'zorg op maat'. In deze visie is het de bedoeling dat cliënten zo lang mogelijk in de thuissituatie kunnen blijven wonen. Het scenario maakt het mogelijk om op een adequate wijze te voldoen aan de toenemende behoefte aan zorg. Ook wanneer de zorg zodanig complex wordt dat deze niet meer in de thuissituatie kan worden geboden, is het de opzet om zorg te bieden in een omgeving die zo dicht mogelijk de thuissituatie benadert. In deze visie evolueren verzorgingshuizen, die in West-Friesland van oudsher een goede spreiding kennen over de regio, naar woonzorgcomplexen waarin verschillende manieren van wonen mogelijk zijn, en waar 'zorg op maat' kan worden geboden. Het bieden van verzorgingshuis vervangende zorg (VVZ) in de thuissituatie zal het aantal opnamen in het verzorgingshuis verminderen. Onderzoek heeft aangetoond dat deze zorg niet alleen cliënten in staat stelt langer zelfstandig te blijven wonen, maar ook leidt tot uitstel of zelfs afstel van opname in het verzorgingshuis (Van Maanen-Hellings, 2001).

Het aanbod van woonzorgfaciliteiten verschilt per soort en regio (Marsman en Smit, 2001; Van der Meulen-Arts, 2002). In het algemeen kan voor woonvormen, niet zijnde verzorgingshuizen (dus zonder 24-uurs zorg), een onderscheid worden

gemaakt tussen woonzorgcomplexen en woonzorgzones. Een woonzorgcomplex is een complex van zelfstandige woningen waar zorg en diensten worden geboden. De woningen zijn aangepast of verder aanpasbaar aan behoeften van personen met beperkingen. Een woonzorgzone is een deel van een woonwijk waarin zorg en diensten gecentraliseerd worden aangeboden en waar ook de infrastructuur zorgtoegankelijk is. Een deel van de woningen is aangepast of aanpasbaar aan de behoeften van personen met beperkingen.

Met name voor ouderen is het gecombineerd aanbieden van woon-, welzijns- en zorgproducten dikwijls nodig om zelfstandig te kunnen blijven wonen (Algemene Rekenkamer, 2003). Datzelfde kan in zijn algemeenheid gesteld worden voor mensen met andere beperkingen, bijvoorbeeld ten gevolge van een handicap of chronische ziekte. Naast de woon- en zorgcomponent moet het belang van hotel- en welzijnsdiensten (zorggerelateerde welzijnsvoorzieningen) daarbij niet onderschat worden. Eerdere onderzoeken naar zorg en dienstverlening laten zien dat er zes verschillende groepen van zorg en dienstverlening te onderscheiden zijn (Marsman en Smit, 2001):

- Zorgdiensten: AWBZ-zorg, zorggarantie
- Welzijn: alarmering, maaltijdvoorziening, boodschappendienst, wasservice, administratieve hulp, huisbezoek
- Woondiensten: klussen, (huurders)onderhoud
- Vervoer
- Informatie/coördinatie
- Recreatieve activiteiten

Naast beschikbaarheid in de directe omgeving is het wenselijk dat deze diensten via één contact kunnen worden geregeld. Hiervoor zou een *woonzorgcoördinator* of *woonzorgmakelaar* moeten worden aangesteld, die als primaire contactpersoon beschikbaar is voor cliënten en hun persoonlijke contactpersonen. De werkwijze van de huidige steunpunten *WonenPlus*, een initiatief van de Stichting Welzijn Ouderen West-Friesland, kan model staan voor de invulling van deze functie.

Waar aanwezig zou bijvoorbeeld ook de huismeester een dergelijke functie kunnen vervullen. Belangrijk hierbij is dat cliënten zoveel mogelijk te maken hebben met dezelfde contactpersoon of hooguit incidenteel met een vervanger. Een goede coördinatie is cruciaal om wonen 'zoals thuis' en 'zorg op maat' als een geïntegreerd pakket aan te bieden.

Tot voor kort was er in de regelgeving (van zorg) sprake van een scheiding tussen intramurale opname en extramuraal wonen. Inmiddels is er door de invoering van het functiegericht indiceren in 2003 een eerste stap gezet om deze scheiding minder stringent te maken. Ook in zorgtechnisch opzicht is het inmiddels mogelijk om complexe zorg, wat verpleeg- en verzorgingshuiszorg doorgaans is, in de thuisituatie te leveren. Dat biedt ruimte voor nieuwe vormen van wonen met zorg, volgens het concept van wonen 'zoals thuis' en 'zorg op maat'. Daarbij wordt een

geïntegreerd pakket aangeboden, dat het mogelijk moet maken dat cliënten zo lang mogelijk in de eigen woning kunnen blijven wonen. Permanente intramurale opname vindt dan alleen nog plaats indien dit strikt noodzakelijk is.

Naast de eerder genoemde woonzorgzones en woonzorgcomplexen (wozoco's) is het wenselijk om een geïntegreerde woonvorm te creëren tussen wozoco en verpleeghuis in, waarmee de verschuiving tussen verpleeg- en verzorgingshuis kan worden opgevangen. De doelgroep wordt gevormd door cliënten die op dit moment wonen in een traditionele intramurale setting, en van wie kan worden verwacht dat zij in de loop der jaren steeds meer zorg nodig zullen hebben, zoals ouderen, chronisch zieken en mensen die op een andere manier beperkt zijn.

Het Omring-scenario bestaat dus uit verschillende aangepaste en verder aanpasbare wooneenheden, zodat cliënten niet hoeven te verhuizen als de zorgbehoefte toeneemt. De woningen moeten ook geschikt zijn voor mensen die nog geen zorgbehoefte hebben, maar die in de nabije toekomst wel kunnen verwachten. Dit is geheel in lijn met de visie van *levensloopbestendig* wonen (www.woonzinnig.nl). Het complex moet ruimten en voorzieningen hebben zoals een zorgunit, een (thuiszorg)winkel en een restaurant, waar ook mensen van buiten terecht kunnen en zich thuis kunnen voelen. Het complex zou de vorm kunnen hebben van een modern winkelcentrum, met centrale binnenplaatsen waar algemene ruimten en voorzieningen kunnen worden gehuisvest. Het geheel moet overzichtelijk en toegankelijk zijn, en bij de bouw moet rekening worden gehouden met een goede klimaatbeheersing. Om 24-uurs toezicht of zorgverlening mogelijk te maken, moeten de wooneenheden aangepast en verder aanpasbaar zijn, en bovendien in een overzichtelijk cluster liggen. Hier kan, indien nodig, de gangbare intramurale verzorgingshuiszorg worden verleend. Voor wat betreft de grootte en de indeling van de wooneenheden moet, naast de zorgbehoefte, rekening worden gehouden met de *partnersituatie*, indien één van de partners een indicatie voor een opname heeft, en de op dat terrein van toepassing zijnde regelgeving (Dam en Homans, 2003). Het kunnen bieden van verzorgingshuis vervangende zorg in een aangepaste woning kan hierbij uitkomst bieden.

Het aantal één- en tweepersoons huishoudens geeft een indicatie voor de behoefte aan wooneenheden. Het aantal ouderen in eenpersoons huishoudens is meer dan 40%. Hoewel het aantal eenpersoons huishoudens groeit (Marsman en Smit, 2001), verdienen één- en tweepersoons wooneenheden de voorkeur. Een groot deel van de stijgende zorgbehoefte wordt namelijk veroorzaakt door overlijden van de partner. In lijn met wonen 'zoals thuis' moeten voor deze groep twee- en driekamer appartementen worden gerealiseerd, geschikt voor één tot twee personen. De grotere wooneenheden moeten op eenvoudige wijze geschikt kunnen worden gemaakt voor meer-persoons wooneenheden. Dit is niet goed mogelijk bij de gebruikelijke driekamerindeling met ruime woonkamer, grote slaapkamer en een kleine logeerkamer. Eenheden met twee slaapkamers van gelijke grootte verdienen daarom de voorkeur. Ook partners zouden behoefte kunnen hebben aan eigen kamers.

In het Omring-scenario kan onderscheid gemaakt worden tussen de volgende soorten woonvormen:

- *Een verpleegunit*, waar verpleeghuiszorg kan worden aangeboden,
- *Een vorm van beschermd wonen*, waar verzorgingshuiszorg en aanvullende verpleeghuiszorg kan worden geboden,
- *Aanleunwoningen*, waar zorg kan worden geboden,
- *Aangepaste woningen* met zorgmogelijkheid zoals seniorenwoningen en rolstoeltoegankelijke woningen.

Daarnaast moet de mogelijkheid worden geboden voor grotere appartementen of woonruimte in de nabije omgeving van mantelzorgverleners. Voorzover dit niet mogelijk is in de wooneenheden zelf, is het plezierig indien er logeergelegenheid voor bezoekers aanwezig is.

Samengevat zijn de belangrijkste kenmerken van het Omring-scenario:

- Verschillende soorten eenheden naar gelang de zorgbehoefte: aangepaste woningen, aanleunwoningen, beschermd wonen, verpleegunit;
- Adequate zorgverlening en zorggarantie, 24-uurs zorg;
- Een woonzorgcoördinator als centraal contactpersoon voor wonen en zorg;
- De vormgeving van de wooneenheden: levensloopbestendig voor één-, twee-, en meerpersoons huishoudens met ruime kamers geschikt voor zorgverlening;
- De configuratie van de eenheden: geheel zelfstandig, zelfstandig met gemeenschappelijke ruimten zoals huiskamer, en cluster met 24-uurs zorg;
- De configuratie van het complex: winkelcentrummodel met centrale binnenplaatsen waar algemene ruimten en voorzieningen zijn;
- Woningen voor mantelzorgers in de nabijheid en logeergelegenheid voor bezoekers.

16.8 Het Omring-scenario en zijn consequenties

Door de grote wijziging in het beleid zoals voorgesteld in het Omring-scenario, kan voor de prognose niet zonder meer gebruik worden gemaakt van de eerder berekende demografische prognose bij ongewijzigd beleid. Daarnaast kan de bestaande situatie niet altijd op korte termijn worden veranderd volgens het nieuwe beleid. Veelal is het voor cliënten die reeds permanent zijn opgenomen in een verzorgingshuis niet meer mogelijk om van het Omring-scenario te profiteren.

Ten behoeve van de bouwactiviteiten moeten er lange termijn plannen worden opgesteld. Deze zijn alleen te realiseren door daarbij uit te gaan van de volgende veronderstellingen:

- Met betrekking tot de bevolkingsopbouw wordt verondersteld dat ouderen van 75+ met of zonder indicatie in een geschikte eenheid kunnen wonen. Er moet rekening worden gehouden met percentages eenpersoons huishoudens van rond de 40% voor 75-plussers.

- De scenario's kunnen worden afgeleid van de combinatie van geïndiceerde zorgproducten en leeftijdscategorieën van cliënten.
- Verzorgingshuis vervangende zorg (VVZ) wordt bepaald door EBIS cliënttypen I, II, III (EBIS geeft een klasse-indeling voor verzorgingshuiszorg naar zorgzwaarte). Gebaseerd op de EBIS-gegevens wordt verondersteld dat geïndiceerden voor een kortdurende opname in het verzorgingshuis en de helft van het aantal geïndiceerden voor langdurige opname in het verzorgingshuis in aanmerking komen voor VVZ.
- Voor verpleeghuiszorg bestaat geen onderscheid in cliënttypen. Hier wordt verondersteld dat cliënten met een indicatie voor kortdurende en intermitterende opname in het verpleeghuis in ieder geval in aanmerking komen voor verpleeghuis vervangende zorg in het verzorgingshuis of in een het verzorgingshuis vervangende woonvorm.

Vanwege dubbeltellingen zijn van de thuiszorgproducten alleen de verzorging en de verpleging meegenomen, en niet bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging en het product Advies, instructie en voorlichting (AIV). Bij andere producten komen weliswaar ook dubbeltellingen voor, maar deze zijn beperkt.

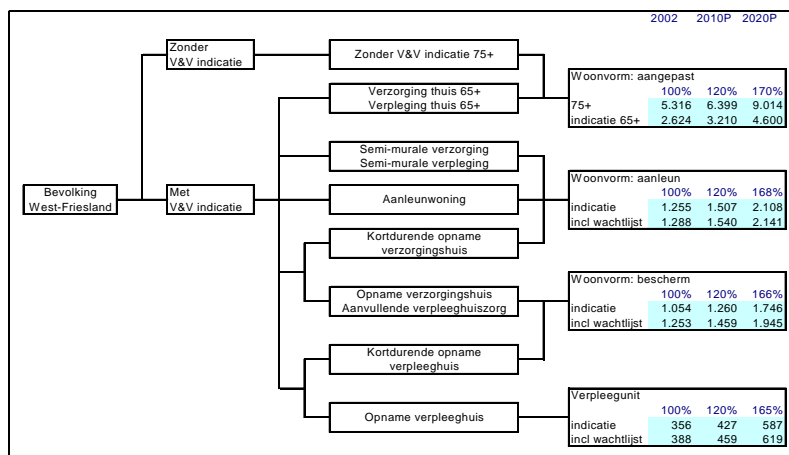
De conversie, vanuit de huidige indicatietermen naar de geschikte woonvorm, is gegeven in Tabel 2.

RIO-indicatie	Woonvorm	leeftijd	Criteria
Bevolking	aangepast	75+	75+, indien nodig
Verzorging thuis	aangepast	65+	65+
Verpleging thuis	aangepast	65+	65+
Aanleunwoning	aanleun	totaal	indicatie
Semi-murale verzorging	aanleun	totaal	permanente zorgbehoefte
Semi-murale verpleging	aanleun	totaal	permanente zorgbehoefte
(Kortdurende)opname verzorgingshuis	aanleun	totaal	VVZ voor EBIS cliënttype I, II, III
Opname verzorgingshuis	beschermd	totaal	overige EBIS cliënttypen
Aanvullende verpleeghuiszorg	beschermd	totaal	opname verpleeghuis hoeft nog niet
(Kortdurende)opname verpleeghuis	beschermd	totaal	permanente zorgbehoefte, zonder ernstige problematiek of complexe zorg
Opname verpleeghuis	verpleegunit	totaal	permanente zorgbehoefte, overige patiënten

Tabel 2: Conversie naar woonvorm uit de combinatie van geïndiceerd productcategorie, criteria en leeftijdscategorie.

De invulling "totaal" bij de leeftijd geeft aan dat deze conversie geldt voor alle leeftijdscategorieën met de betreffende indicatie.

De methode en de uiteindelijke resultaten zijn geïllustreerd in Figuur 5.



Figuur 5: Prognose van de woonbehoefte in 2010 en 2020, gebaseerd op de indicaties in 2002.

De getallen geven het aantal cliënten aan, de percentages geven de stijging aan ten opzichte van het peiljaar 2002 (exclusief wachtlijst).

Naast de totalen in figuur 4 en 5, geven gedetailleerde prognoseresultaten en analyses het volgende beeld:

- De procentuele stijging van de zorgbehoefte doet zich het sterkst voor in de leeftijdscategorie 65–74 jaar. Dat betekent dat na het jaar 2020 de problematiek van de vergrijzing eerst ten volle manifest zal worden.
- Hoewel er met betrekking tot alle in beeld gebrachte productgroepen sprake is van een stijging in absolute aantallen, vertoont het procentuele aandeel van de verzorgingshuiszorg daarin een lichte daling, in overeenstemming met de huidige extramuraliseringstrend.
- De verpleeghuiszorg laat echter, in aantallen en percentages, een aanzienlijke stijging zien, die tegen deze trend ingaat.
- Het merendeel van de stijgende zorgbehoefte kan in principe in de thuissituatie worden opgevangen, een klein deel van de cliënten zal een beroep moeten doen op een semi-murale setting.

Voor De Omring waren deze uitkomsten deels een bevestiging van het beleid dat reeds gevoerd werd, namelijk een voorzichtige ombouw van een deel van de bestaande verzorgingshuisplaatsen naar woonzorgcomplexen, waarin wonen en zorg gescheiden werden aangeboden. De doorgaande stijging van de verpleeghuiszorg

vormde daarentegen wel een nieuw gegeven. In die sector zou de komende jaren wel degelijk extra capaciteit gerealiseerd moeten worden.

De uitkomsten van het onderzoek zijn eind 2003 aan de regio gepresenteerd. Teneinde die hun bindende werk te laten doen, werd met alle gemeenten in de regio een gesprek gevoerd over de lokale situatie met betrekking tot ouderen, onder andere aan de hand van het onderzoeksrapport.

In het najaar van 2004 werd een grote regionale conferentie georganiseerd over wonen, welzijn en zorg en de samenhang daartussen. Ook deze conferentie was bedoeld om, waar mogelijk, afstemming en regie in de regio te bevorderen.

Vanzelfsprekend was op deze conferentie de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) een van de onderwerpen. Invoering is nog allerminst zeker. Toch duiden de contouren van de wet op een zodanige wijziging van de AWBZ, dat een groot deel van de zorg die thuis geleverd kan worden, daar niet meer onder gaat vallen. Deze kan niet meer als een 'te verzilveren recht' door mensen geclaimd worden. De consequentie daarvan is, dat de wel degelijk groeiende zorgbehoefte niet meer vanzelfsprekend in een zorgvraag zal kunnen worden omgezet. Dit, omdat hierbij de eigen middelen van cliënten (of die van gemeenten als beoogde regisseurs) een veel grotere rol gaan spelen. De Omring ziet daarmee een deel van de inkomsten, uit de thuiszorg, onzeker worden, en bezint zich op maatregelen. De extramuralisering zal worden voortgezet, omdat scheiden van wonen en zorg door een grote groep mensen gewenst wordt, maar deze zal vanuit het organisatiebelang ook op de nieuwe consequenties moeten worden bekeken.

16.9 Conclusie en aanbevelingen

Extramuralisering, in de vorm van het Omring-scenario, is een voor cliënten aantrekkelijke manier om de groeiende behoefte aan wonen met zorg en ondersteuning/welzijnsdiensten op te vangen, zonder dat één op één vertaling in louter (zorg)voorzieningen hoeft plaats te vinden. Daarmee draagt het Omring-scenario bij aan het betaalbaar houden van de zorgbehoefte ten tijde van de komende vergrijzingsgolf. Voorzover zorg en ondersteuning wel nodig is, brengt het Omring-scenario een herkenbaar en aansprekend 'uitgiftepunt' in de lokale gemeenschap. Het Omring-scenario zou onderzocht moeten worden op zijn resistentie met betrekking tot wijzigingen in het overheidsbeleid. Onder andere door vormen van publiek-private samenwerking en verstandig gebruik van financieringsmogelijkheden kan het concept in ieder geval versterkt worden.

De komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de (gedeeltelijke) opheffing van de AWBZ betekent een verschraving voor de burger met betrekking tot de mogelijkheid om zorg te verkrijgen. Tegelijkertijd appelleert de wet sterk aan de verantwoordelijkheid van de lokale gemeenschap en de gemeentelijke overheid voor haar burgers, hetgeen ruimte biedt tot het ondernemen van lokale initiatieven. Systematische gegevensverzameling is van groot belang voor een beter inzicht in de ontwikkeling van de zorgbehoefte op lange termijn. Regionale afspraken over welke

gegevens daarbij van belang zijn, hoe ze verzameld worden en wie daarvoor verantwoordelijk is kunnen ertoe bijdragen, dat deze gegevens voortdurend geactualiseerd worden en beschikbaar zijn voor de diverse actoren in de regio.

De berekeningen van de prognoses van zorggebruik en de indicatiestelling in het hierboven aangehaalde onderzoek zijn gebaseerd op homogene cliëntcategorieën naar zorgproduct, leeftijd en geslacht in het peiljaar 2002. Het demografisch scenario bij ongewijzigd beleid gaat niet meer op bij de maatregelen die het kabinet-Balkenende heeft afgekondigd voor de sector verpleging en verzorging. Als deze maatregelen doorgaan, valt er niet te ontkomen aan een instroombeperking op de AWBZ. Dat betekent aanscherping van de indicatiecriteria, een zwaarder beroep op de mantelzorg en opnameduurverlenging in de ziekenhuizen. De Indicatiestelling wordt dan feitelijk tot een claimbeoordeling voor de AWBZ. Het Omring-scenario voor wonen met zorg is gebaseerd op de RIO-indicaties. Het vernieuwende in het Omring-scenario is de gelijktijdige prognose van wonen en zorg. Het is gebaseerd op de criteria en aannamen met betrekking tot de leeftijdscategorie en de geïndiceerde zorg.

Om dit scenario te realiseren moeten veel nieuwe woon-zorgcombinaties worden gebouwd. De configuratie van de wooneenheden moeten passen in de visie van levensloopbestendig wonen. Of dat kan, en waar deze zouden moeten komen, viel buiten het bestek van dit onderzoek. Ook de benodigde capaciteit voor de daarbij geïndiceerde zorg moet daarop worden afgestemd. Naast de zorgverlening spelen de woonvoorzieningen en de woonzorgcoördinator, om het geheel als geïntegreerd pakket aan te bieden, een cruciale rol in het welslagen van deze aanpak.

Tenslotte verdient het aanbeveling om, naast het realiseren van een goede registratie (de AZR-AWBZ brede Zorg Registratie, die op dit moment wordt ingevoerd, biedt hiertoe goede kansen), de voorgestelde scenario's regelmatig opnieuw door te rekenen. De resultaten kunnen dan worden geëvalueerd, en de opgedane kennis kan worden gebruikt voor verder beleid (Ying-Lie O, 1999).

Literatuur

1. Algemene Rekenkamer, de. Wonen, Zorg en Welzijn van Ouderen. Tweede Kamer der Staten-Generaal rapport 28951, nr. 2, 2003.
2. Dam N.J., Homans C.F. Inventarisatie partnersituatie verzorgingshuizen. Rapport-Hoeksma, Homans en Menting ND/03/1161/pov, 2003.
3. Humanitas woonzinnig. Levensloopbestendig Wonen. www.woonzinnig.nl
4. Maanen-Hellings D.A. van. Evaluatie Verzorgingshuis vervangende zorg, PBW (Provinciale Bestuurscommissie Welzijnsplanning Limburg) rapport, 2001.
5. Marsman G., Smit S. Woonzorgarrangementen. Vraag en aanbod in Noord-Holland Noord, rapport 78920 Provincie Noord Noord-Holland, RIGO Research en Advies BV, 2001.
6. Meulen-Arts S. van der. Woonzorg aanbod. Hoe groot is het aanbod en neemt

het toe of af? In: Volksgezondheid toekomst verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, 2002.

7. O Y-L. Kennismanagement in de zorg. *Informatie & Zorg*, 28(3): 97-102, 1999.
8. O Y-L, Schrijvers AJP. Scenario's verzorging en verpleging in West-Friesland over de periode 2000 tot 2020. Onderzoeksrapport t.b.v. West-Friese Zorggroep de Omring, 2003.
9. Ross-van Dorp C.I.J.M. Modernisering AWBZ. Tweede Kamer der Staten-Generaal, rapport Z26631, nr. 44. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003.

Deel 4

De toekomst

17 De indicatiesteller als poortwachter: streng maar rechtvaardig

Flip Buurmeijer, voorzitter Raad van Toezicht CIZ te Driebergen

17.1 Inleiding

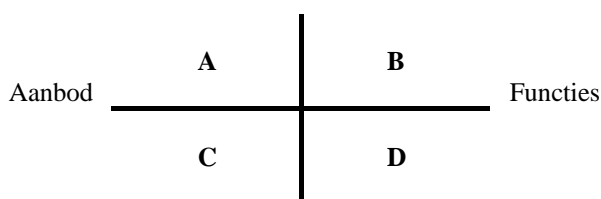
In de voorliggende hoofdstukken wordt een breed palet geschetst van diverse activiteiten in de sfeer van indicering en toewijzing van zorg, ondersteuning en wonen. Het gaat daarbij om meer dan de beoordeling van de toegang tot de AWBZ; verschillende praktijk cases hebben een ander blikveld maar zijn hieraan wel gerelateerd. Deze voorbeelden maken ook duidelijk dat ze een praktijk beschrijven die zich in een beleidsmatig weinig stabiele omgeving bevindt. Anders gezegd: de wijze waarop aan uitvoeringszaken vorm is gegeven is in sterke mate bepaald door de situatie van dat moment. Mijn betrokkenheid bij de AWBZ is begonnen toen ik gevraagd werd als voorzitter voor een Interdepartementaal Beleids Onderzoek (IBO) dat zich richtte op de toegang tot de AWBZ. Mijn ervaring in het beleidsveld van de sociale zekerheid zal hiervoor aanleiding zijn geweest. Nog altijd reflecteer ik van daaruit op de gang van zaken in het AWBZ domein. Bij het doornemen van de diverse hoofdstukken in dit boek heb ik nog steeds het gevoel met andere ogen naar dit domein te kijken. Ondanks een inmiddels wat langere ervaring met de indicering door het bouwen aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), voel ik me nog altijd een enigszins vreemde eend in de bijt. De lezer is dus gewaarschuwd. De invalshoek van dit boek is breder dan die van de indicatiestelling. Interessant is dat veel van de bijdragen zijn geschreven vanuit de pogingen her en der in het land vorm te geven aan ketenverantwoordelijkheid van en tussen diverse actoren. Daarbij ligt het accent de ene keer op zorgtoewijzing, de andere keer weer op wachtlijstbeheer of registratie. Opvallend maar niet bevreemdend daarbij, is dat er toch vooral vanuit de invalshoek van de zorgverlening naar de burger wordt gekeken. Deze bijdrage beperkt zich overigens tot de eerste fase van het proces dat zich binnen de keten voltrekt: de indicatiestelling.

17.2 Toegangsbeoordeling

De geschiedenis van de sociale zekerheid, in het bijzonder de arbeidsongeschiktheidverzekering, heeft geleerd dat een collectieve regeling bij een vage toegangsbeoordeling gemakkelijk uit de hand kan lopen. Al zeker twee

decennia buigt de politiek zich over het tot voor kort nauwelijks beheersbare volume van de WAO. Een nauwkeurige analyse van de wijze waarop de toegangsbeoordeling wordt uitgevoerd heeft de laatste jaren tot een aanzienlijke verbetering geleid. De parallel met de AWBZ ligt voor de hand. Ook hier is sprake van een sterke groei van het volume en zijn de beoordelingsnormen voor de toegang niet scherp uitgelijnd. In het IBO-rapport is destijds een matrix opgenomen waarmee de kwetsbaarheid van de beoordeling is geschetst. Voor dit betoog is het nog altijd relevant.

Beoordeling aanspraken strikt vastgelegd



Beoordeling aanspraken globaal vastgelegd

In de verticale lijn is de mate van discretionaire ruimte weergegeven voor de indicatiestellers in dienst van het indicatieorgaan. De horizontale lijn is de ruimte waarbinnen het zorgkantoor zich beweegt. Het kost de uitvoerders nog steeds moeite om van links (aanbodsturing) naar rechts (vraagsturing) te bewegen. De ruimte voor de indicatiestellers is zeer ruim wanneer de wettelijke aanspraken ruim zijn geformuleerd en de voorgeschreven toetsingswijze niet of nauwelijks is vastgelegd. De ruimte is veel beperkter wanneer er sprake is van een strikte vastlegging van zowel de wettelijke aanspraken als de wijze waarop de toetsing moet plaatsvinden. De toegangsbeoordeling van de AWBZ heeft zich gaandeweg van kwadrant C naar kwadrant D bewogen, maar zal zich onder politieke druk in de komende jaren naar verwachting van daaruit steeds meer in de richting van kwadrant B bewegen. De uitvoeringspraktijken die in dit boek worden beschreven bevinden zich voornamelijk in de lijn van C naar D. De inhoud loopt in die zin niet vooruit op toekomstige ontwikkelingen en is daardoor erg tijdgebonden. Waarmee niet gezegd wil zijn dat het is achterhaald. Wel dat er sprake is van een beperkte houdbaarheidsdatum.

17.3 Wettelijke aanspraken

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geeft het kader waarbinnen de indicatiestelling zich beweegt. De aard, inhoud en omvang van de zorg, waarop aanspraak bestaat als gevolg van de AWBZ, is vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur: het Besluit Zorgaanspraken (BZA). Dit besluit is de enige officiële bron van uitleg over de wettelijke aanspraken.

Onderdeel van het BZA is het Zorgindicatiebesluit. Hierin zijn de regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en de werkzaamheden van het indicatieorgaan vastgelegd. Voor de beoordeling is artikel 2 van het BZA het meest wezenlijke, omdat daarin staat beschreven op welke zorg de verzekerde aanspraak heeft. Dit overigens onder de conditie dat het geen zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling. Kortom, er moet naast de inhoudelijke beoordeling van de zorgvraag ook beoordeeld worden of er een voorliggende voorziening bestaat. De AWBZ is op grond hiervan een sluitstuk in ons zorgstelsel en in dat opzicht vergelijkbaar met de Wet Werk en Bijstand in de sociale zekerheid. Maar bovendien bestaat de aanspraak op zorg slechts voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen. De beoordeling dient dus zowel de doelmatigheid als de redelijkheid te beoordelen. Dit is een niet eenvoudige opgave zolang de wettelijk gedefinieerde aanspraken ruim zijn geformuleerd. Dit is nog steeds het geval. Ik zie het als een last uit het verleden.

We noemen de AWBZ een verzekering, maar in termen van een financieringsregeling is het eerder te typeren als een voorziening. Een verzekering wordt gekenmerkt door een duidelijke equivalentie tussen premielast en polisvoorwaarden, in het bijzonder de aanspraken. Bij de AWBZ is dit in mindere mate het geval. Dit laat zich ook illustreren door de groei van de AWBZ in de laatste decennia van de vorige eeuw. Ik herinner me nog goed, vanuit mijn tijd als kamerlid, dat de bejaardenoorden werden ondergebracht in de AWBZ. Hetzelfde gebeurde met de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's). Deze voorzieningen werden onttrokken aan de gemeentelijke beleidssfeer en ondergebracht in een landelijke financieringsregeling: de AWBZ. Er is daarbij steeds geredeneerd vanuit de voorziening waarvoor de financiering veiliggesteld moest worden. Op deze wijze is de AWBZ een bonte lappendeken geworden en niet meer het exclusieve domein van wat oorspronkelijk heette 'onverzekerbare risico's'. De toegangsbeoordeling is daardoor in oorsprong gerelateerd aan het denken in voorzieningen. In wezen werd beoordeeld of een zorgvrager in redelijkheid thuis hoorde in een bepaalde voorziening. Daarbij was vooral aan de orde: is het nu strikt nodig, of kan er nog op een andere wijze in zorg worden voorzien. Een kwestie van urgentiebepaling die enerzijds werd bepaald door het beperkte aanbod en anderzijds door de zorgbehoefte. De excessieve uitbreiding van de extramurale zorg en de omslag van aanbod naar vraagsturing die het functiegericht indiceren nodig maakte, heeft het er echter allemaal niet eenvoudiger op gemaakt. Opvallend daarbij is dat men in de politiek een dubbel signaal uitzendt: enerzijds moet de burger krijgen waar hij recht op heeft en anderzijds moeten de AWBZ- uitgaven beter worden

beheerst. “Wachlijsten zijn uit den boze, de benodigde zorg moet geleverd worden” maar de AWBZ-premie voor de collectieve voorziening mag niet stijgen. Twee zielen in één borst.

17.4 Centralisatie Indicatiestelling

In dit klimaat moest de objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling vorm en inhoud krijgen. Een niet geringe opgave, door velen miskend. Na de vorming van de regionale indicatieorganen (RIO's) onder de verantwoordelijkheid van het lokale bestuur, is recent gekozen voor centralisatie. Met de vorming van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt onder meer beoogd, de indicatiestelling voor de AWBZ-aanspraken te stroomlijnen in termen van proces (behandeltermijnen, informatie) en werkwijze (standaarden, protocollen). In 2004 heeft de 'organisatorische' transitie plaatsgevonden en vanaf 1 januari 2005 vindt de indicatiestelling plaats onder verantwoordelijkheid van het CIZ. Van meet af aan wordt gewerkt aan de voorgenomen stroomlijning. Motto voor de indicatiestelling daarbij is: *streng maar rechtvaardig*. De afgelopen jaren is de indruk ontstaan dat de indicatiestelling door de RIO's een riant perspectief op verzekerde zorg bood, met als voordeel voor de indicatiesteller: een tevreden klant zonder bezwaar en beroep en niet te snel herindicaties als gevolg van aanvullende zorgvraag. Ongetwijfeld komt het nog steeds voor dat de geïndiceerde zorg royaal is en wellicht is gebaseerd op de behoefte goed te zorgen voor de cliënt. Maar het beeld begint te kantelen. Uit diverse signalen komt naar voren, dat niet alleen cliënten het strenger optreden hekelen, maar zorgkantoren en zorgaanbieders er ook moeite mee krijgen. Saillant voorbeeld daarvan is dat de ondernemingsraden recent van enkele thuiszorginstellingen een zwartboek hebben samengesteld, waarin tot uitdrukking komt dat het toepassen van het document 'gebruikelijke' zorg ertoe leidt dat cliënten minder zorg krijgen, terwijl nog niet zo lang geleden de thuiszorginstellingen (LVT) tot in de Kamer wisten te melden dat er veel te royaal werd geïndiceerd. Deze suggestieve omgeving maakt het nodig dat er op een uniforme, eenduidige en consequente manier wordt geïndiceerd. De definiëring van aanspraken in functies in plaats van voorzieningen in de AWBZ heeft in de indicatiestelling in de afgelopen periode zeker geleid tot een zekere uniformering. De ontwikkeling van wegingskaders, in het bijzonder die van de gebruikelijke zorg, hebben dat nog eens versterkt.

Van een andere orde, maar ook van belang, is het benutten van de informatie uit de indicatiestelling. Daaruit zijn conclusies te trekken over de trend in de geïndiceerde AWBZ-zorg van functies (zorgzwaarte) en klassen (omvang). Deze informatiefunctie kan aanzienlijk worden versterkt en kan leiden tot soortgelijke rapportages van CWI en UWV over instroom van werklozen en arbeidsongeschikten. Maar die uitvoerders leveren ook informatie over de mutaties in hun bestanden.

17.5 De aanpak

Met de vorming van het CIZ per 1 januari 2005 is er niet van de één op de andere dag sprake van een optimale indicatiestelling. Wel wordt vanaf dag één de verandering in gang gezet. Voor dit doel wordt in de komende maanden het instrumentarium ontwikkeld. Dan gaat het onder meer om:

- Het inrichten van het primaire werkproces met standaarden en beslisbomen, waarmee een groot deel van de zorgvragen direct of in mandaat kan worden geïndiceerd. Deze standaardisering zal sterk bijdragen aan de gewenste uniformering en verbetering van de efficiency.
- Het voor de complexe zorgvragen gebruik maken van cliëntprofielen, op basis waarvan de indicaties meer geüniformeerd worden gesteld.
- Het formuleren van prestatie-indicatoren, op basis waarvan regiodirecteuren zich periodiek moeten verantwoorden over de indicatiestelling (kwalitatief en kwantitatief). In de aansturing van de regio's zal ook gebruik worden gemaakt van de resultaten van de benchmark tussen de regio's. De resultaten hiervan moeten zowel in het primaire proces als in de bedrijfsvoering de huidige diversiteit tussen RIO's teniet doen.
- Het ontwikkelen en implementeren van één informatiesysteem voor het ondersteunen van het primaire werkproces en de management- en beleidsinformatie.
- Het maken van de verdere omslag van indicatiestelling 'met het oog op zorglevering' naar indicatiestelling 'als beoordeling van de claim op collectief gefinancierde zorg'.

Verwacht mag worden, dat het resultaat hiervan zal leiden tot het operationaliseren van het 'streng maar rechtvaardig' indiceren. Centraal kan worden gestuurd en bijgestuurd op basis van de feitelijke ontwikkeling vanuit één beleidskader en één regie. Die centrale sturing geldt niet alleen binnen het CIZ; ook voor het ministerie is het mogelijk, veel beter dan tot voor kort met 75 RIO's, één uitvoeringsorganisatie beleidsmatig aan te sturen. Het veranderingsproces om dat te bereiken kost tijd. Vooral het maken van de omslag 'tussen de oren' en het inrichten van een adequate informatisering zullen tijd vergen.

17.6 Uitvoeringsbeleid

Voor de beheersing van de uitgaven in de AWBZ is het vaststellen van de verzekerde aanspraken cruciaal. Dat kan langs verschillende lijnen. Ten eerste door het beperken van het pakket, maar op het politieke beleidsniveau zal men hier niet snel aan beginnen. Alleen al de discussie over de rollator maakte een ieder onrustig. Maar ook binnen dat pakket zijn er mogelijkheden, zoals het toepassen van het protocol gebruikelijke zorg, waardoor de 'gebruikelijke' zorg standaard in mindering wordt gebracht bij de te indiceren zorg. Interessant is daarbij de vraag of het hier gaat om de verantwoordelijkheid van het beleid (VWS) of van de uitvoering (tot voor kort de RIO's). In mijn visie behoort de verantwoordelijkheid voor de

beleidsregels op het politieke niveau te liggen. Het handelen van de minister/staatssecretaris is op die wijze beïnvloedbaar vanuit de samenleving via de Tweede Kamer. Maar los van het antwoord op deze vraagstelling zal er in de dagelijkse uitvoering steeds de behoefte aan dan wel de noodzaak tot precisering of aanscherping van de uitvoeringspraktijk worden ervaren. De facto zal er met de invoering van het CIZ in de praktijk van de uitvoering sprake zijn van een positie waarin verantwoordelijkheid moet worden genomen voor uitvoeringsbeleid. Dit is het overgangsgedebied tussen beleid en uitvoering. Een gebied dat in de dagelijkse ontwikkelingen steeds opnieuw om instructies voor de indicatiestellers vraagt.

Vanuit het CIZ kan op basis van het door de wetgever beoogde doelmatigheidsprincipe in uitvoeringsregels of protocollen bijvoorbeeld vastgelegd worden dat:

- bepaalde functies aan een maximum omvang worden gebonden of alleen in groepsverband worden verstrekt (bijv. ondersteunende en activerende begeleiding: maximaal twee dagdelen en daarboven alleen in groepsverband);
- bij verblijf de optelsom van zorgfuncties gemaximeerd wordt om te voorkomen dat een cumulatie tot overdadige zorgomvang leidt.

Het CIZ kan worden aangesproken op het stellen van dit type uitvoeringsregels zonder dat op voorhand de polisvoorwaarden ter discussie komen te staan. Als dat wel het geval is mag er geen onduidelijkheid bestaan, want dan is de staatssecretaris aan zet. Maar de toetsing van de doelmatigheid vindt plaats binnen de randvoorwaarde van de polisvoorwaarden en dat is in de nieuwe situatie aan het CIZ. Wel vereist dit een grote mate van transparantie en communicatie met het centrale beleidsniveau. Men zal zich er daar van bewust moeten zijn dat er vanuit een op doelmatigheid gebaseerd indicatieproces invloed wordt uitgeoefend op het volume van de te verlenen zorg. Daarom moet deze systematiek overigens wel doorgetrokken worden naar de bekostiging, omdat anders de bekostigingssystematiek kan worden gebruikt om dit type sturing weer te ontduiken. Eenheid van taal en sturing zijn, met het oog op beheersing, een belangrijke voorwaarde in de keten.

17.7 De Keten

Claimbeoordeling is geen populaire bezigheid. Er is hiervoor al op gewezen. In de keten zullen partijen - zeker wanneer 'streng maar rechtvaardig' het handelsmerk wordt - met een zekere regelmaat de toegang ter discussie stellen. Bij schaarste mag de indicatie wellicht 'een onsje minder' zijn en bij overaanbod moet de indicatie 'een onsje meer' zijn. In een sturingsmodel, waar de toegangsregulering tot rechten van verzekerden leidt, is het cruciaal dat bij beheersingsmaatregelen de 'achterkant' (zorgaanbieders en verzekeraars) de 'voorkant' (indicatieorgaan) volgt. Wanneer die samenhang ontbreekt, kan de 'achterkant' al gauw mooi weer spelen door naar de 'voorkant' te wijzen. Beheersingsmaatregelen in het budget moeten daarom altijd gepaard gaan met het accepteren van de precisering/aanscherping bij de toegang. Gebeurt dat niet, dan is het wachtljstfenomeen een ideale ontsnappingsmogelijkheid

om met terugwerkende kracht de beheersingsmaatregel ongedaan te maken. Anders gezegd: de indicering kan met meer accuratesse en precisie worden uitgevoerd waardoor er een neerwaarts volume effect ontstaat. Maar dan moeten de aanbieders mee gaan met het aanscherpen van de regels en de autonome volumestijging opvangen binnen het bestaande budget, dus geen wachtlijsten creëren. Eisen dat de indicatiestelling dan weer volledig bij de aanbieders moet komen te liggen past hier niet bij. Wel is het heel goed denkbaar dat onder deze condities vanuit het CIZ mandaten worden verleend aan aanbieders om te indiceren. Ruimte bieden voor gemandateerde indicatiestelling (onder condities) houdt op zijn minst verantwoording en toezicht in. Dit wordt de volgende slag in de ontwikkeling van de indicatiestelling. Het veld blijft naar mijn verwachting mede daarom volop in beweging. en voorslagnog is er geen sprake van een eindsituatie. Indiciestellers hebben de laatste jaren laten zien dat ze hiermee hebben leren leven.

17.8 Tenslotte

De tumultueuze omgeving waarin de AWBZ zich beweegt is anno 2005 nog niet goed voorspelbaar. Het project 'modernisering AWBZ' is amper afgesloten, of er is alweer sprake van nieuwe majeure wijzigingen. Het lijkt erop dat met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning voor een deel een correctie op de ontwikkelingen in de vorige decennia wordt gemaakt. De verantwoordelijkheid van de gemeente voor wonen, zorg en welzijn krijgt daarmee een nieuwe impuls. Ik beschouw dit als een uitdaging voor alle betrokkenen. Ook voor het CIZ om met zijn medewerkers 'de specialist in indiceren' voor het publieke domein te worden. Verwacht mag worden dat het CIZ daarbij door toepassing van een netwerkformule optimaal gebruik maakt van goede praktijkvoorbeelden. Op deze wijze groeien we toe naar een verdere aanscherping en verfijning van de claimbeoordeling betreffende aanspraak op AWBZ gefinancierde zorg, dan wel op voorzieningen in de gemeentelijke sfeer.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AASV	Algemeen Aanvaarde Standaard Verzorging
AIV	Advies, Instructie en Voorlichting
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-breed Zorg Registratie (systeem)
BZA	Besluit Zorg Aanspraken
BIO	Breed Indicatie Overleg
BWZ	Bureau Wachtlijstbeheer en Zorgtoewijzing
BZ	Besluit Zorg Aanspraken
CIZ	Centrum Indicatiestelling ZORG
CVZ	College van Ziekenhuisvoorzieningen
EVA	Eerstelijns Voorzieningen Almere
FI	Functiegerichte Indicatiestelling
FVO	Federatie van Ouderverenigingen
GZ	Gehandicaptenzorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HV	Huishoudelijke Verzorging
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
ILN	(Stichting) Independent Living Nederland
IOG	Indicatie Overleg geestelijke Gezondheidszorg
LCIG	Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten
LIA	Lokaal Indicatie orgaan
LMR	Landelijke Medische Registratie
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
LVIO	Landelijke Vereniging van Indicatie Organen
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
LZA	Langdurig Zorg Afhankelijken
MAZ	Melding Aanvraag Zorg
MDO	Multi Disciplinair (Afdelings)Overleg
MOV	Maatschappelijke Opvang Voorzieningen
NMA	Nederlandse Mededingings Autoriteit
NRV	Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid

OZU	Ouderen Zorginstelling stad Utrecht
PG	Psycho-Geriatische patiënt
PGB	Persoonsgebonden Budget
POSO	Provinciaal Overleg- en Samenwerkingsverband Ouderenorganisaties
PV	Persoonlijke Verzorging
PVE	Pakket van Eisen (aan een woning)
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke gezondheidszorg
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RPCP	Regionaal Patiënten- en Consumenten Platform
SFG	Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam)
SIB	Standaard Indicatie Besluit
SIP	Standaard Indicatie Protocol
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SRI	Stichting Rotterdams Indicatieorgaan
STR	Stichting Thuiszorg Rotterdam
TSU	Thuiszorg Stad Utrecht
VVZ	Verzorgingstehuis Vervangende Zorg
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAJONG	Wet op de arbeidsongeschiktheid Jong Volwassenen
WBO	Wet op BejaardenOorden
Wet-REA	Wet op de (Re)ïntegratie Arbeidsgehandicapten
WLS	WachtLijst Service
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WRS	Wachtlijst registratie Systeem
WSW	Wet Sociale Werkvoorzieningen
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZIB	Zorg Indicatie Besluit
ZSG	Zeeuwse Stichting voor Gehandicaptenbeleid