

## Zorg en begeleiding voor zintuiglijke gehandicapten

Analyse van de ontwikkeling van de geleverde zorg en de oorzaken & effecten van de ontwikkeling

**Significant**

Thorbeckelaan 91  
3771 ED Barneveld  
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506  
info@significant.nl  
www.significant.nl



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Barneveld, oktober 2016

Referentie: LvdC/wvdb-bv/16.203

Versie: 1.0

Auteurs: Lieke van de Camp, Maarten Batterink en Patrick Tazelaar

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Aanleiding	4
1.2 Achtergrond	4
1.3 Doel, onderzoeksvragen en afbakening	7
1.4 Aanpak	8
1.5 Leeswijzer	9
<b>2. Ontwikkelingen zorg en ondersteuning voor auditief/communicatief beperkten</b>	<b>10</b>
2.1 Inleiding	10
2.2 Wmo	10
2.3 Zvw	11
2.4 Wlz	13
<b>3. Ontwikkelingen zorg en ondersteuning voor visueel beperkten</b>	<b>15</b>
3.1 Inleiding	15
3.2 Wmo	15
3.3 Zvw	16
3.4 Wlz	17
<b>4. Oorzaken en gevolgen waargenomen ontwikkelingen</b>	<b>19</b>
4.1 Inleiding	19
4.2 Oorzaken en gevolgen ontwikkelingen Wmo	19
4.3 Oorzaken en gevolgen ontwikkelingen Zvw	23
4.4 Oorzaken en gevolgen ontwikkelingen Wlz	27
<b>5. Conclusie</b>	<b>29</b>
5.1 Inleiding	29
5.2 Afname geleverde zorg door ZG-aanbieders in 2015 ten opzichte van voorgaande jaren	29
5.3 Verschillende oorzaken voor de gesignaleerde afname van de geleverde ZG-zorg	30
5.4 De gevolgen van de gesignaleerde afname van de geleverde ZG-zorg zijn onvoldoende bekend	32
5.5 Beperkingen onderzoek en mogelijk vervolg	32
<b>A. Onderzoeksverantwoording</b>	<b>34</b>
<b>B. Aanlevering gegevens door specialistische aanbieders</b>	<b>42</b>
<b>C. Resultaten enquête</b>	<b>43</b>
<b>D. Gegevensuitvraag onder aanbieders ZG-zorg</b>	<b>45</b>
<b>E. Begeleidingscommissie</b>	<b>48</b>

## Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar de ontwikkeling van gespecialiseerde zorg en begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voerden wij in de periode van eind april tot en met juni 2016 een onderzoek uit om meer inzicht te krijgen in de ontwikkelingen van de geleverde zorg aan zintuiglijk gehandicapten en de oorzaken en gevolgen daarvan.

Het ophalen en duiden van alle informatie zou niet gelukt zijn zonder de grote betrokkenheid van de stakeholders in dit veld die hebben deelgenomen aan de begeleidingscommissie en groepsbijeenkomsten. Wij willen de deelnemers dan ook bedanken voor hun betrokkenheid en constructieve inbreng. Daarnaast bedanken wij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het meedenken over het vraagstuk en de plezierige samenwerking tijdens het onderzoek.

Wij hopen dat dit rapport een handvat biedt om de dialoog aan te gaan over ontwikkelingen in de geleverde zorg en begeleiding aan mensen met een zintuiglijke beperking en om de oorzaken en gevolgen van deze ontwikkelingen met elkaar te bespreken.

Lieke van de Camp (projectleider)

Maarten Batterink

Patrick Tazelaar

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

01 Een aantal aanbieders van zintuiglijk gehandicaptenzorg (hierna: ZG-zorg), verenigd in VIVIS en SIAC, constateerden in 2015 een afname van de door hen geleverde zorg en begeleiding aan mensen met een visuele of auditief/communicatieve beperking. Daarnaast constateren de cliëntenorganisaties bij de toegang tot zorg en begeleiding een aantal belemmeringen. De oorzaken van de veronderstelde afname van en belemmeringen in de toegang tot de geleverde zorg en begeleiding zijn niet duidelijk. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft daarom besloten een onderzoek uit te laten voeren dat bestaat uit het in beeld brengen van de veranderingen in de geleverde zorg en het in beeld brengen van de oorzaken en de gevolgen van deze (veronderstelde) veranderingen. Dit rapport is het resultaat van dit onderzoek.

## 1.2 Achtergrond

02 Tot en met 2014 maakte een groot deel van de zorg en begeleiding aan mensen met een zintuiglijke beperking onderdeel uit van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ). Als onderdeel van een meerjarig positioneringstraject heeft het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ) advies uitgebracht over de inrichting van de zorg voor zintuiglijk gehandicapten<sup>1</sup>. Dat heeft geleid tot een aantal wijzigingen. Sinds 1 januari 2015 valt de begeleiding onder de Wet maatschappelijk ondersteuning (hierna: Wmo), behandeling ZG onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de langdurige zorg onder de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz)<sup>2</sup>. In de volgende paragrafen gaan wij in op de verschillende typen zorg en ondersteuning binnen de verschillende kaders.

### 1.2.1 ZG-zorg in de Wet maatschappelijke ondersteuning

03 Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten in het kader van de Wmo 2015 verantwoordelijk voor de begeleiding van cliënten met een zintuiglijke beperking. Van de totale groep cliënten met een zintuiglijke beperking heeft een gering aantal cliënten behoefte aan meer gespecialiseerde ondersteuning<sup>3</sup>. Deze mensen hebben naast een zintuiglijke beperking vaak te maken met andere (vaak verstandelijke en/of psychiatrische) beperkingen. Deze combinatie van beperkingen maakt het complex, waardoor reguliere begeleiding in veel gevallen niet volstaat.

04 In het kader van de transitie naar de Wmo is door VWS onderzoek uitgevoerd naar specifieke groepen, waaronder de groep mensen met een zintuiglijke beperking<sup>4</sup>. De specifieke groep mensen die ZG-zorg ontvangen en die in het onderzoek zijn meegenomen betreft een groep van een klein aantal cliënten die een

<sup>1</sup> Bron: Kan de zorg aan zintuiglijkgehandicapten onder de Zvw vallen? Een verkenning (2013) CVZ.

<sup>2</sup> Offerteaanvraag onderzoek ontwikkeling geleverde zorg en begeleiding in de ZG sector.

<sup>3</sup> <http://hervorminglangdurigezorg.nl/vraag-en-antwoord/doelgroepen/zg/>.

<sup>4</sup> Overheveling AWBZ – Wmo: Onderzoek naar algemene voorwaarden voor specifieke groepen (2012). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

zeer specialistisch aanbod ontvangen. Een kleine groep van voornamelijk landelijk opererende aanbieders levert deze zorg. Voor mensen met een zintuiglijke beperking die deze specialistische vorm van ondersteuning nodig hebben, heeft de Vereniging Nederlandse Gemeenten (hierna: VNG) namens gemeenten landelijke inkoopafspraken gemaakt. Het resultaat is een 'raamovereenkomst' tussen gemeenten en aanbieders van specialistische begeleiding voor mensen met een zintuiglijke beperking<sup>5</sup>. Gemeenten kunnen cliënten met bepaalde hulpvragen doorverwijzen naar deze aanbieders voor specialistische begeleiding. Voor de cliënten die in 2014 gebruikmaakten van deze zorg gold een overgangsrecht: zij hadden voor 2015 recht op dezelfde zorg als de zorg die zij in 2014 ontvingen.

### 1.2.2 ZG-zorg in de Zvw

05 De extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten is conform het advies van het CVZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Het gaat hier om behandeling waarin mensen met een zintuiglijke beperking leren omgaan met hun beperking of die de beperking (deels) opheft<sup>6</sup>. De aanspraak zintuiglijke gehandicapten (hierna: ZG) is geregeld in artikel 2.5a van het besluit Zvw en staat beschreven in het onderstaande kader<sup>7</sup>.

'Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.'

06 Bij multidisciplinaire zorg zijn verschillende disciplines bij de behandeling betrokken, die in hetzelfde behandelingstraject interventies inzetten, gelijktijdig en/of sequentieel. De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- a. Diagnostisch onderzoek;
- b. Interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- c. Interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

07 Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking<sup>8</sup>. In onderstaande tabel zijn de verschillen tussen extramurale behandeling en specialistische begeleiding uiteengezet.

<sup>5</sup> Informatiekaart Landelijke inkoopafspraken specialistische begeleiding ZG.

<sup>6</sup> Inkoopgids zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG) 2015. Zorgverzekeraars Nederland.

<sup>7</sup> Besluit zorgverzekering (Staatsblad, 15 oktober 2014).

<sup>8</sup> [https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR\\_CU\\_2129\\_Zintuiglijk\\_Gehandicaptenzorg\\_Zvw.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_CU_2129_Zintuiglijk_Gehandicaptenzorg_Zvw.pdf).

Extramurale behandeling in de Zvw	Specialistische begeleiding in de Wmo
Gaat over het vergroten van de zelfredzaamheid	Gaat over het bevorderen, behouden en compenseren van de zelfredzaamheid
Interventie grijpt in op de stoornis/beperking zelf	Is gericht op de gevolgen van de stoornis/beperking
Is gericht op het opheffen of compenseren van de beperking	Is gericht op (het reduceren van) de gevolgen voor het maatschappelijk functioneren
Is gericht op het aanleren van technieken en strategieën	Is gericht op het oefenen en inslijpen van de aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk
Er is een 'begin' en een 'einde' (eventueel met tussenpozen: intermitterend)	Kan meerdere jaren duren, er is niet per se een einde
Beslaat één of enkele ICF-domeinen Activiteiten en Participatie	Beslaat doorgaans (bijna) alle ICF-domeinen Activiteiten en Participatie

Tabel 1. Verschillen in revalidatie en specialistische begeleiding visuele sector<sup>9</sup>

08 Met de overheveling van de extramurale ZG-zorg van de AWBZ naar de Zvw is het basispakket uitgebreid. De zorg voor mensen met een zintuiglijke handicap wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Hiervoor is een verwijzing van een medisch specialist nodig. In de Zvw geldt voor volwassenen een verplicht eigen risico. De eerste € 375,- voor zorg uit het basispakket in 2015 betaalt de verzekerde zelf. In de AWBZ gold geen eigen bijdrage voor ZG-behandeling, wel voor gespecialiseerde begeleiding.

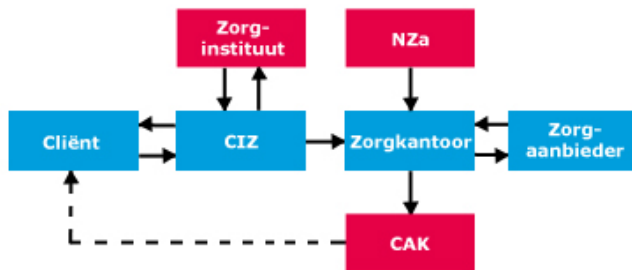
### 1.2.3 ZG-zorg in de Wlz

09 Voor mensen met een auditieve of visuele (en bijkomende) beperking die in een instelling wonen of intensieve zorg thuis ontvangen, valt de zorg met verblijf vanaf 1 januari 2015 onder de Wlz. De cliënt, of zorgaanbieder namens de cliënt, vraagt een Wlz-indicatie aan bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ). Het CIZ toetst de aanvraag en geeft een Wlz-indicatie af. Vervolgens regelt het zorgkantoor met een zorgaanbieder de zorglevering<sup>10</sup>. Voor deze zorg geldt voor volwassenen een wettelijke eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage hangt af van het inkomen en vermogen, de indicatie en de persoonlijke situatie van de cliënt. Het Centraal Administratie Kantoor (hierna: CAK) int de eigen bijdrage<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Bron: Speciaal waar het moet...Specialistische Begeleiding anno 2014 voor mensen met een visuele beperking en bijkomende problematiek.

<sup>10</sup> <https://www.ciz.nl/voor-professionals/van-aanvraag-tot-zorg/Paginas/default.aspx>.

<sup>11</sup> <https://www.hetcak.nl/portalserver/stream/cak-klanten/1-zorg-met-verblijf/1-11-downloads/CAK%20-%20folder%20zorg%20met%20verblijf%202015.pdf>.



Figuur 1. Overzicht betrokken partijen bij het proces van de Wlz-aanvraag

### 1.3 Doel, onderzoeksvragen en afbakening

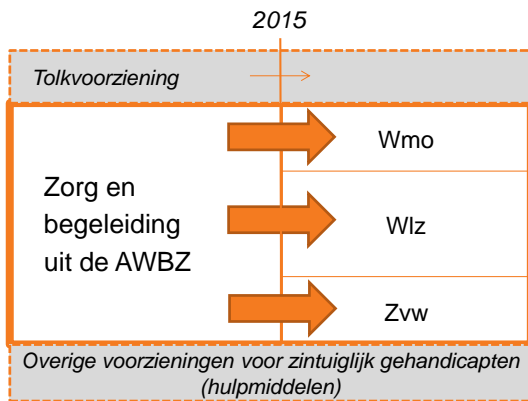
10 Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de vraag of ZG-cliënten de zorg en begeleiding krijgen waar zij noodzaak toe hebben of dat vanwege de transities die per 2015 hebben plaatsgevonden sprake is van verandering in de geleverde zorg en begeleiding die voor 2015 onder de AWBZ viel. Indien sprake is van een veranderende zorg, is het van belang inzicht te krijgen in de oorzaken van de veranderende zorg en de effecten voor de cliënten.

11 De doelstelling is vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

- a. Is in 2015 minder of meer zorg en hulp geboden door bekende aanbieders van ZG-zorg en ondersteuning dan mag worden verwacht op basis van de zorgconsumptie in voorgaande jaren?
  - i. Op welke domeinen van zorg en ondersteuning is minder of meer zorg en hulp geboden dan in voorgaande jaren? Is dit zichtbaar in de cliëntenaantallen en/of geleverde zorg per cliënt?
  - ii. Op welke vormen van zorg en ondersteuning is minder of meer zorg en hulp geboden dan in voorgaande jaren?
  - iii. Is bij bestaande of nieuwe cliënten sprake van minder of meer zorg en hulp dan in voorgaande jaren?
- b. Wat zijn de oorzaken voor de toe- of afname van zorg en ondersteuning?
  - i. Leiden veranderingen in de behoefte van cliënten tot een toe- of afname?
  - ii. Leiden veranderingen in de toeleiding en toegang tot de zorg tot een toe- of afname?
  - iii. Leiden veranderingen in de eigen bijdrage tot een toe- of afname?
  - iv. Leiden veranderingen in de omvang, inhoud of aanbieder tot een toe- of afname?
- c. Wat zijn effecten vanuit cliëntperspectief gegeven de oorzaken voor de toe- of afname van zorg en ondersteuning?
  - i. Ontvangen bestaande cliënten (hulpvragers) nog steeds voldoende hulp en zorg (waar zij noodzaak toe hebben), ongeacht de veranderingen?
  - ii. Ontvangen nieuwe cliënten (hulpvragers) voldoende hulp en zorg (waar zij noodzaak toe hebben), ongeacht de veranderingen?

12 Mensen met een zintuiglijke beperking kunnen gebruikmaken van verschillende voorzieningen die zijn ondergebracht in verschillende wetten. Dit onderzoek richt zich niet op alle voorzieningen in de ZG-sector. Het onderzoek beperkt zich tot de zorg en begeleiding die voorheen vanuit de AWBZ werd geleverd en is

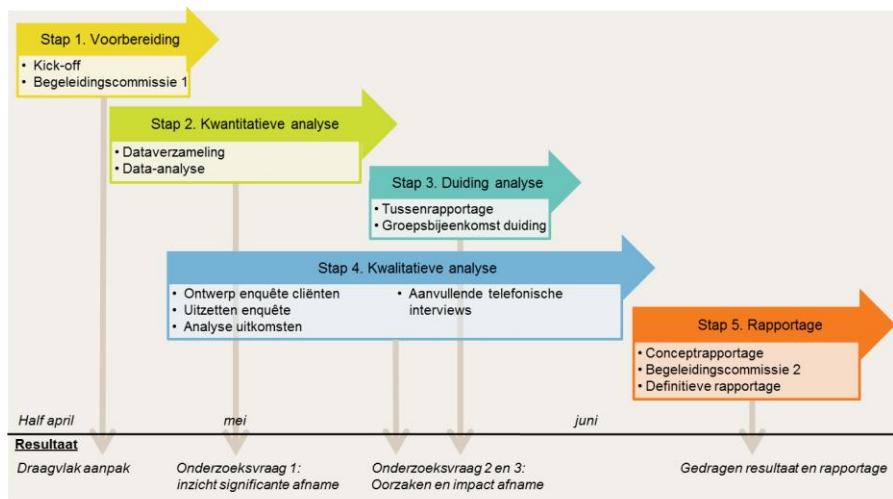
overgeheveld naar de Zvw, Wmo en Wlz (zie ook figuur 2). De tolkvoorziening voor mensen met een auditieve en auditief visuele beperking valt buiten de scope van dit onderzoek.



Figuur 2. Afbakening onderzoek

#### 1.4 Aanpak

13 Het onderzoek bestond uit vijf stappen. Figuur 3 geeft een overzicht van de verschillende stappen, activiteiten en de resultaten per stap.



Figuur 3. Schematische weergave onderzoeksstappen

14 In het onderzoek is gebruikgemaakt van een triangulatie van bronnen (cliënten, vertegenwoordigers), zorgaanbieders, gemeenten) en methoden (uitvraag geleverde zorg onder alle specialistische ZG-aanbieders<sup>12</sup>, enquête onder cliënten, groepsbijeenkomst met stakeholders, 29 interviews met aanbieders en gemeenten). Hoewel het binnen de scope van dit onderzoek niet is gelukt om een deel van de (potentiële) zorggebruikers te betrekken, is het door deze triangulatie van bronnen methoden aannemelijk dat de

<sup>12</sup> Specialistische ZG-aanbieders zijn zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in het werken voor en met mensen met een zintuiglijke handicap (ZG).



belangrijkste oorzaken en gevolgen in beeld zijn gebracht. Het is echter niet mogelijk om op basis van dit onderzoek de gevonden oorzaken en gevolgen kwantitatief te duiden.

15 De kwantitatieve analyse van de door specialistische aanbieders geleverde cijfers over de zorg heeft een nagenoeg compleet beeld gegeven van de ontwikkelingen in geleverde zorg voor deze specialistische aanbieders. Bijlage A bevat een uitgebreide onderzoeksverantwoording.

## **1.5 Leeswijzer**

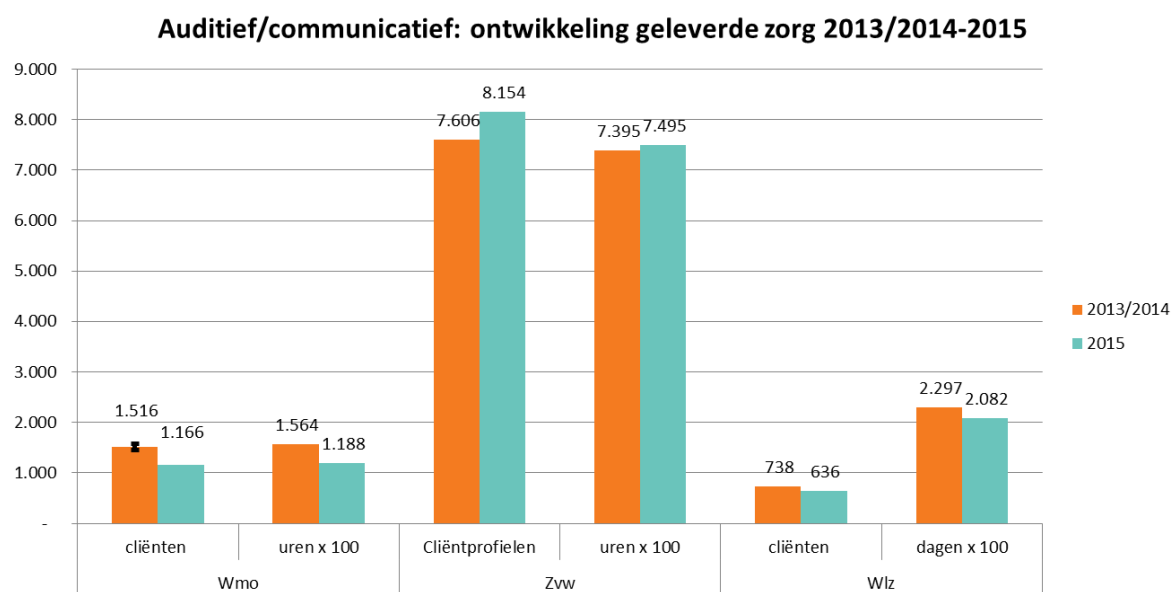
16 In deze rapportage vindt u de bevindingen uit het onderzoek naar de ontwikkelingen van de gespecialiseerde zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking. In hoofdstuk 2 starten wij met de ontwikkelingen van Wmo-, Zvw- en Wlz-gerelateerde zorg aan mensen met een auditieve/communicatieve beperking. In hoofdstuk 3 presenteren wij de ontwikkelingen in dezelfde domeinen, maar dan voor zorg aan mensen met een visuele beperking.

17 Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de mogelijke oorzaken en gevolgen voor cliënten, voor de gesignaleerde ontwikkelingen in de geleverde ZG-zorg door gespecialiseerde aanbieders. Daarnaast worden de uitkomsten van dit onderzoek in het laatste hoofdstuk aanschouwd en in een breder perspectief beschreven. Hoofdstuk 5 bevat daarnaast een overzicht van de gesignaleerde ontwikkelingen met de gevonden oorzaken en gevolgen. Tot slot geven wij de beperkingen van dit onderzoek en mogelijk vervolg weer.

## 2. Ontwikkelingen zorg en ondersteuning voor auditief/communicatief beperkten

### 2.1 Inleiding

18 In dit hoofdstuk beschrijven wij de ontwikkelingen in de zorg en ondersteuning voor auditief en communicatief beperkten. Figuur 4 geeft een totaaloverzicht van de ontwikkelingen binnen de sector auditief. Het figuur geeft zowel in absolute aantallen als procentueel een overzicht van de geleverde zorg en ondersteuning door de gespecialiseerde instellingen in de AWBZ in 2013/ 2014 en dezelfde geleverde zorg en begeleiding door de gespecialiseerde instellingen na de transitie in de drie domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) in 2015. Zie bijlage B voor overzicht aanlevering gegevens door specialistische aanbieders<sup>13</sup>. In de Wmo en Wlz is sprake van een afname van de geleverde zorg, in de Zvw is een toename van de geleverde zorg zichtbaar. Vanaf paragraaf 2.2 gaan wij achtereenvolgens in op de ZG-zorg die valt onder de Wmo, Zvw en de Wlz.



Figuur 4. Totaaloverzicht ontwikkelingen auditief en communicatief

### 2.2 Wmo

19 De ZG-zorg voor auditief beperkten onder de Wmo bestaat grofweg uit de volgende zorgvormen van specialistische begeleiding<sup>14</sup>:

- a. Toeleiding vroegdove volwassenen en doofblinden;

<sup>13</sup> Alle specialistische ZG-aanbieders hebben cijfers over de geleverde zorg aangeleverd (zie bijlage B voor overzicht), dit zijn meer specialistische aanbieders dan de specialistische aanbieders die onder de raamovereenkomst van de VNG vallen: [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140911-update-informatiekaart-zg\\_web.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140911-update-informatiekaart-zg_web.pdf).

<sup>14</sup> In principe hebben gemeenten in de Wmo 2015 de vrijheid om de zorg en ondersteuning naar eigen inzicht in te richten en te definiëren. Voor dit onderzoek hebben wij ervoor gekozen de al voor 2015 bestaande productdefinities te hanteren.

- b. Consultatie en directe beantwoording korte begeleidingsvragen vroegdove volwassenen en doofblinden;
- c. Gespecialiseerde begeleiding vroegdove volwassenen en doofblinden;
- d. Revaliderende begeleiding vroegdove volwassenen;
- e. Dagopvang vroegdove volwassenen en doofblinden;
- f. Begeleidersvoorziening doofblinden.

20 In het kader van dit onderzoek zijn gespecialiseerde begeleiding, revaliderende begeleiding, dagopvang en de begeleidersvoorziening doofblinden van belang. Gespecialiseerde ZG-aanbieders hebben voor deze zorgvormen cijfers aangeleverd, om die reden zijn alleen de zorgvormen c tot en met f meegenomen in de analyse over het zorggebruik. Van de overige zorgvormen (a en b) zijn onvoldoende cijfers aangeleverd en die zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

### 2.2.1 Zorggebruik in cijfers

21 Voor de auditieve en communicatieve ZG-zorg die van de AWBZ naar de Wmo is overgeheveld geldt dat er sprake is van een daling van bijna een kwart in zowel het aantal cliënten dat zorg ontvangt als het aantal uur geleverde zorg en begeleiding (zie figuur 4). Dit is opmerkelijk aangezien er in 2015 een overgangsrecht gold in de Wmo (cliënten met een AWBZ-indicatie die in 2015 doorliep, behouden de uit die indicatie voortvloeiende zorg tot de einddatum van de indicatie dan wel tot uiterlijk 31 december 2015). De foutbalk bij de ontwikkeling van het aantal cliënten is toegevoegd vanwege de onzekerheid in de cijfers. De onzekerheid is het gevolg van de schatting die wij hebben uitgevoerd voor ontbrekende cijfers over 2013 van enkele aanbieders. Ongeacht of het werkelijk aantal cliënten in 2013 aan de onderkant of aan de bovenkant van de marge zit; er blijft sprake van een daling. De ontwikkeling in het aantal cliënten dat zorg of begeleiding ontvangt is overigens in lijn met de ontwikkeling van het aantal uur geleverde zorg en begeleiding. Dit kan, mits het gemiddeld aantal uur zorg en begeleiding per cliënt min of meer gelijk is gebleven, erop duiden dat de schatting realistisch is. Er zijn door zorgaanbieders geen indicaties gegeven dat het gemiddeld aantal uur geleverde zorg en begeleiding per cliënt is veranderd.

22 De afname van de geleverde ZG-zorg voor auditief beperkten is zichtbaar in alle zorgvormen die onder de Wmo vallen, zowel voor vroegdove als voor doofblinden. Wel blijkt de ontwikkeling van de geleverde zorg en begeleiding voor doofblinden per aanbieder te verschillen. Zo is de hoeveelheid geleverde zorg door een specialistische aanbieder die alleen gericht is op doofblinden stabiel, terwijl de hoeveelheid geleverde zorg en begeleiding aan doofblinden door een andere aanbieder juist sterk is afgenomen. Een andere focus binnen de doofblinde doelgroep kan een verklaring zijn voor het verschil. De ene aanbieder richt zich vooral op de ouderen, terwijl andere aanbieders zich juist richten op doofblinde jongeren (18+) en volwassenen.

## 2.3 Zvw

- 23 Bij auditief en communicatief gerelateerde ZG-zorg gaat het om:
- a. Diagnostisch onderzoek;
  - b. Interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
  - c. Interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

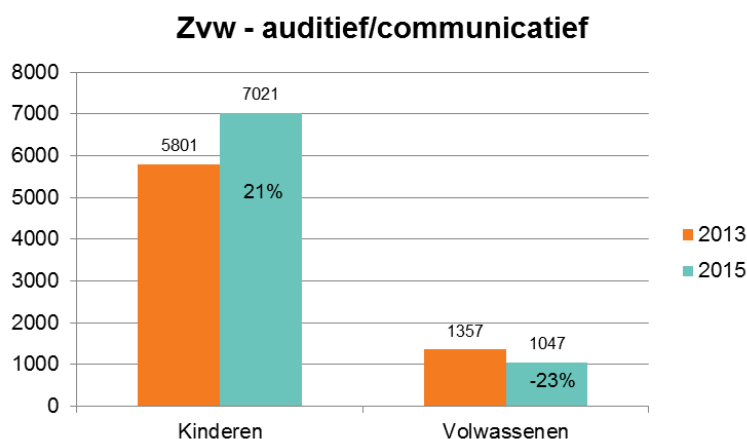
24 Hierbij maken we onderscheid tussen negentien verschillende cliëntenprofielen, zoals cliënten die (ernstig) slechthorend zijn, die doof zijn, een taalontwikkelstoornis hebben of doofblind zijn. Verder zijn deze cliëntprofielen opgedeeld in verschillende leeftijdscategorieën.

### 2.3.1 Zorggebruik in cijfers

25 Voor de auditieve ZG-zorg die van de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld geldt dat in 2015 sprake is van een stijging van 7% van het aantal cliëntprofielen (548 meer cliëntprofielen) en een stijging van 1% van het aantal uur geleverde zorg ten opzichte van 2013 (zie figuur 4). Het gaat in deze cijfers om zorg die is geleverd door de specialistische aanbieders. De stijging van het aantal cliëntprofielen dat zorg ontvangt is daarmee sterker dan de stijging van het aantal uur geleverde zorg. Het gemiddeld aantal uur zorg per cliënt is daarmee licht gedaald.

26 De ontwikkeling van het aantal cliënten en de geleverde zorg verschilt per specialistische aanbieders zichtbaar. Zo zijn er ook twee aanbieders waar sprake is van een afname van het aantal cliënten en geleverde zorg, waaronder de aanbieder die specifiek gericht is op doofblinde cliënten.

27 De ontwikkeling voor de Zvw-gerelateerde zorg geleverd door specialistische aanbieders verschilt overigens per cliëntprofiel. Zo blijkt uit nadere bestudering van de cijfers dat voor de cliëntprofielen voor volwassenen sprake is van een daling van 23% van het aantal cliënten, terwijl bij cliëntprofielen voor kinderen en jongeren<sup>15</sup> sprake is van een toename van 21% van het aantal cliënten (zie figuur 5). Het aandeel kinderen en jongeren in de populatie dat Zvw-zorg ontvangt is in verhouding veel groter dan de groep volwassenen, waardoor de ontwikkeling van de geleverde Zvw-zorg in totaal een stijging laat zien.

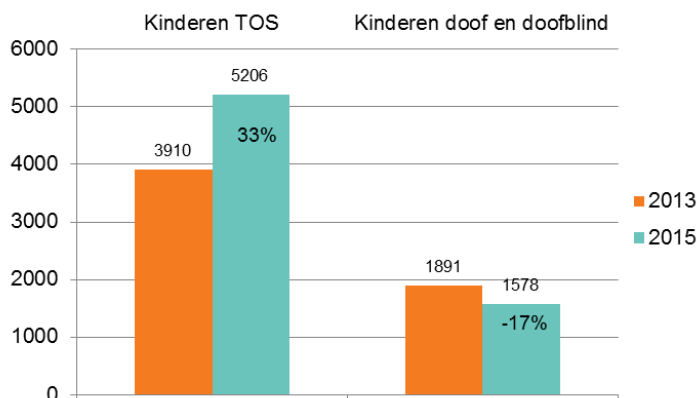


Figuur 5. Ontwikkeling geleverde Zvw-gerelateerde zorg (in cliëntprofielen) aan auditief en communicatief beperkte kinderen/jongeren en volwassenen in de periode 2015 t.o.v. 2013 (in procenten)

28 De toename van de geleverde zorg aan kinderen wordt vooral veroorzaakt door een toename van zorg aan kinderen met ernstige spraak- en taalmoelijkheden (33%, zie figuur 6). De cliëntprofielen voor dove en doofblinde kinderen laten juist een daling zien van 17%.

<sup>15</sup> In sommige gevallen loopt de leeftijd van een cliëntprofiel van 5 of 12 tot 23 jaar.

## Zvw - auditief/communicatief



Figuur 6. Verschil in ontwikkeling cliëntprofielen TOS en cliëntprofielen doof- en doofblinde kinderen

### 2.4 Wlz

29 Bij auditief gerelateerde ZG-zorg die onder de Wlz valt gaat het om zorg aan mensen met een auditieve of communicatieve beperking die in een instelling wonen<sup>16</sup>. Het gaat hier om verschillende zorgzwaartepakketten, waarbij de auditieve/communicatieve beperking de bovenliggende indicatie is. In veel gevallen hebben de mensen met een dergelijke indicatie ook andere beperkingen. Cliënten met een Wlz-indicatie en een bovenliggende auditieve grondslag kunnen ook bij verstandelijk gehandicapten- (hierna: VG) of lichamelijk gehandicapten- (hierna: LG) aanbieders verblijven, maar voor dit onderzoek hebben wij alleen gegevens opgevraagd bij gespecialiseerde ZG-aanbieders.

#### 2.4.1 Zorggebruik in cijfers

30 Voor de auditieve ZG-zorg die van de AWBZ naar de Wlz is overgeheveld geldt dat sprake is van een daling van 14% van het aantal cliënten dat zorg ontvangt en 9% van het aantal dagen geleverde zorg (zie figuur 4). Het gaat in deze cijfers om zorg die is geleverd door alle vier de specialistische ZG-aanbieders<sup>17</sup>. De daling van het aantal cliënten dat zorg ontvangt is sterker dan de daling van het aantal dagen geleverde zorg. Het gemiddeld aantal dagen zorg per cliënt is daarmee licht gestegen.

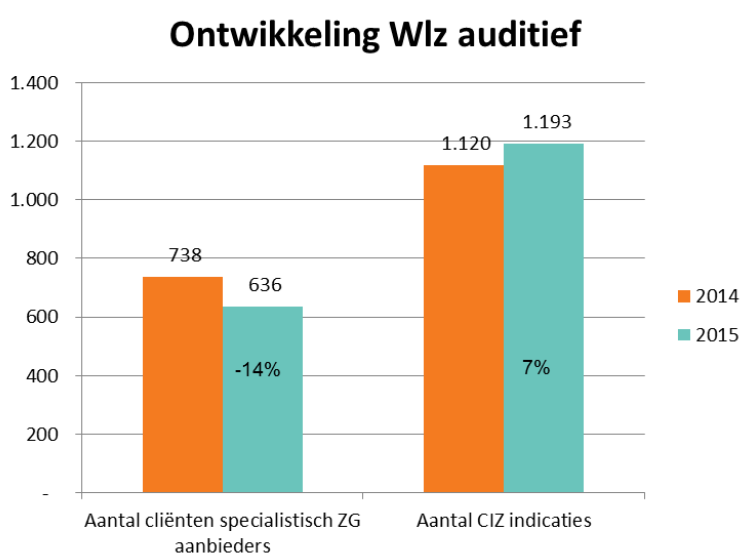
31 De daling van het aantal cliënten dat Wlz-gerelateerde ZG-zorg ontvangt wordt veroorzaakt door een daling bij één (de grootste) van de vier specialistische aanbieders. Deze aanbieder heeft in verhouding veel kinderen als cliënt. Bij de andere aanbieders blijft het aantal cliënten stabiel.

32 De cliënt vraagt, soms via de aanbieder, een Wlz-indicatie aan bij het CIZ. Het CIZ toetst de aanvraag en geeft een Wlz-indicatie af. Vervolgens regelt het zorgkantoor met een zorgaanbieder de zorglevering. Het CIZ publiceert per kwartaal het totaal aantal verstrekte indicaties, waarbij zij onderscheid maken tussen

<sup>16</sup> Een deel van de AWBZ behandeling is overgegaan naar de Wmo, deze verschuiving beïnvloedt de Wmo en Zvw cijfers.

<sup>17</sup> Cliënten met een zintuiglijke beperking verblijven (naast specialistische ZG-aanbieders) ook bij reguliere Wlz-aanbieders.

verschillende zorgzwaartepakketten. Uit deze cijfers blijkt dat het aantal verstrekte indicaties<sup>18</sup> waarbij de auditieve beperking bovenliggend is in de periode 2014-2015 juist is gestegen (zie figuur 7). Daarnaast is het aantal indicaties groter dan het aantal cliënten dat op basis van een Wlz-indicatie zorg ontvangt binnen een specialistische instelling. Dit duidt erop dat een deel van de mensen met een Wlz-indicatie bij andere aanbieders zijn ondergebracht. Uit navraag bij VG- en LG-aanbieders blijkt dat een deel van de cliënten met een Wlz-indicatie met een bovenliggende visuele of auditieve grondslag bij deze aanbieders verblijft. Veelal betreft dit aanbieders met meerdere (groepen) dove en slechthorende cliënten, waar ook expertise ontwikkeld is voor deze doelgroep.



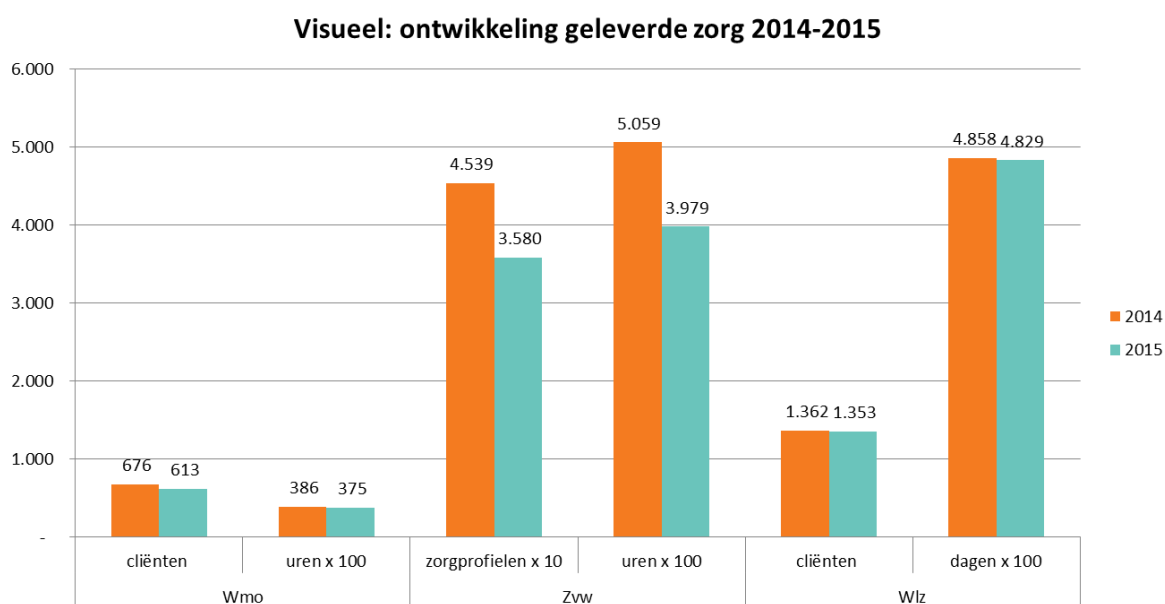
Figuur 7. Ontwikkeling Wlz auditief: vergelijk aantal cliënten bij specialistische ZG-aanbieders met het totaal aantal afgegeven indicaties door het CIZ

<sup>18</sup> Het gaat hier om het totaal aantal afgegeven indicaties, niet om nieuw afgegeven indicaties.

### 3. Ontwikkelingen zorg en ondersteuning voor visueel beperkten

#### 3.1 Inleiding

33 In dit hoofdstuk beschouwen wij de ontwikkelingen in de zorg en ondersteuning voor visueel beperkten. Figuur 8 geeft een totaaloverzicht van de ontwikkelingen in de sector visueel. Het figuur geeft zowel in absolute aantallen als procentueel een overzicht van de geleverde zorg en ondersteuning door de gespecialiseerde instellingen in de AWBZ in 2013/2014 en dezelfde geleverde zorg en begeleiding door de gespecialiseerde instellingen na de transities in de drie domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) in 2015. Zie bijlage B voor overzicht aanlevering gegevens door specialistische aanbieders<sup>19</sup>. Hier is een afname van geleverde zorg over zowel de Wmo, Zvw en Wlz zichtbaar. De afname in de Zvw is het grootst. Hierbij merken wij op dat het voor de Zvw-gerelateerde zorg niet om unieke cliënten gaat, maar om zorgprofielen: er zijn namelijk cliënten die in hetzelfde jaar verschillende vormen van zorg ontvangen. Vanaf paragraaf 3.2 gaan wij achtereenvolgens in op de ZG-zorg die valt onder de Wmo, Zvw en de Wlz.



Figuur 8. Totaaloverzicht ontwikkelingen visueel

#### 3.2 Wmo

34 Begeleiding in de Wmo is een voorziening voor een blinde of slechtziende cliënt met een hulpvraag op het gebied van behoud van zelfstandigheid op een of meerdere ICF-levensgebieden<sup>20</sup>. Het doel is vooral dat de

<sup>19</sup> Alle specialistische ZG-aanbieders hebben cijfers over de geleverde zorg aangeleverd (zie bijlage B voor overzicht), dit zijn meer specialistische aanbieders dan de specialistische aanbieders die onder de raamovereenkomst van de VNG vallen: [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140911-update-informatiekaart-zg\\_web.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140911-update-informatiekaart-zg_web.pdf).

<sup>20</sup> ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health en is een classificatiesysteem van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het systeem biedt een begrippenkader waarmee het menselijk functioneren en eventuele

cliënt een niveau van zelfstandigheid bereikt en/of behoudt waardoor maatschappelijke participatie mogelijk wordt en/of blijft. Deze ondersteuning leveren specialistische ZG-aanbieders onder het cliëntprofiel 4b 'Meerjarige begeleiding, behoud zelfstandigheid'<sup>21</sup>.

### 3.2.1 Zorggebruik in cijfers

35 Voor cliëntprofiel 4b geldt dat het aantal cliënten in 2015 ten opzichte van 2014 is gedaald met 9%. Het gemiddeld aantal uren begeleiding dat aan deze cliënten in dezelfde jaren is gegeven daalde met 3% (zie figuur 8). Dit is opmerkelijk aangezien er in 2015 een overgangsrecht gold in de Wmo. De afname van het aantal cliënten en de geleverde zorg is bij alle drie de specialistische aanbieders zichtbaar. Het aantal cliënten is sterker gedaald dan het aantal uur begeleiding, ervan uitgaande er geen wijziging optrad bij cliënten die onder het overgangsrecht vielen betekent dit dat nieuwe cliënten in 2015 gemiddeld meer begeleiding kregen dan de cliënten in 2014.

## 3.3 Zvw

36 De grootste afname van gespecialiseerde ZG-zorg in 2015 ten opzichte van 2014 is zichtbaar in de Zvw. Bij zorg aan mensen met een visuele beperking in de Zvw gaat het om de volgende zorgprofielen:

- |    |                |                                       |
|----|----------------|---------------------------------------|
| a. | Zorgprofiel 1  | Onderzoek en functionele diagnostiek; |
| b. | Zorgprofiel 2  | Hulpmiddelenadvies en instructie;     |
| c. | Zorgprofiel 3  | Korte revalidatievraag;               |
| d. | Zorgprofiel 4a | Meerjarige revalidatie kinderen;      |
| e. | Zorgprofiel 5  | Intensieve revalidatievraag;          |
| f. | Zorgprofiel 6  | Diagnostiek en consultatie/borging.   |

### 3.3.1 Zorggebruik in cijfers

37 De Zvw-gerateerde zorg die in 2015 geleverd is door gespecialiseerde ZG-aanbieders neemt ten opzichte van zowel het aantal cliënten als het aantal uren af. De afname op beide vlakken betreft 21% (zie figuur 8). In 2014 werd er ruim 500.000 uur Zvw-relatieve zorg geleverd tegenover iets minder dan 400.000 uur in 2015.

38 Niet in alle zorgprofielen is sprake van een afname van het aantal cliënten dat zorg ontving. In zorgprofiel 4a en 5 bleef het aantal cliënten in 2015 nagenoeg gelijk ten opzichte van het jaar daarvoor. In de zorgprofielen 1, 2, 3 en 6 nam het aantal cliënten bij het merendeel van de ZG-aanbieders af. Het aantal uren nam in alle zorgprofielen af, met uitzondering van zorgprofiel 4a meerjarige revalidatie voor kinderen. Ook hier is de sterkste afname te zien in de profielen 1, 2, 3 en 6. Dit betreft het onderzoek en advies,

problemen worden beschreven vanuit drie onderling verbonden maar te onderscheiden perspectieven: het perspectief van het menselijke organisme (functies, anatomische eigenschappen), dat van het menselijke handelen (activiteiten) en dat van deelname aan het maatschappelijke leven (participatie).

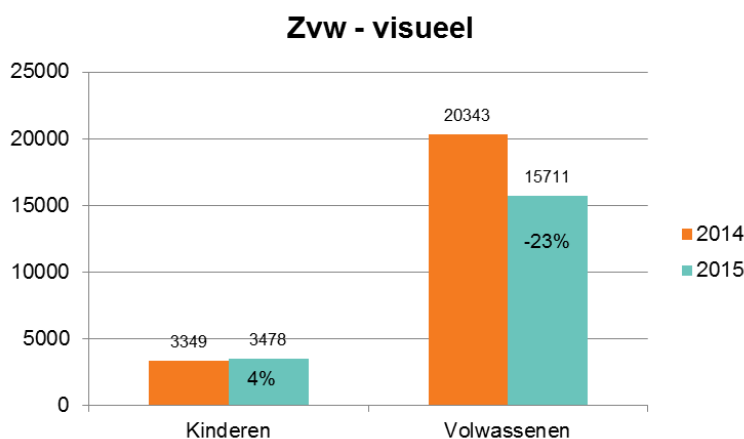
<sup>21</sup> Hoewel begeleiding die in de AWBZ viel onder Cliëntprofiel 4b "Meerjarige begeleiding, behoud zelfstandigheid" is overgeheveld naar de Wmo, bestaat deze benaming niet meer binnen de Wmo.



hulpmiddelen advies en instructie, korte revalidatievragen en diagnostiek & consultatie/borging aan cliënten met een Wlz-indicatie.

39 Opvallend is dat de geleverde zorg in de 'zwaardere' zorgprofielen 4a (meerjarige revalidatie kinderen) en 5 (intensieve revalidatievraag) nagenoeg gelijk blijft. Dit zou kunnen betekenen dat cliënten met een lichtere zorgvraag minder zorg afnemen (afname hulpmiddelenadvies en instructie (zorgprofiel 2) en korte revalidatievragen (zorgprofiel 3)) en dat er minder nieuwe cliënten instromen (afname onderzoek en functionele diagnostiek (zorgprofiel 1)). Cliënten kunnen echter gebruikmaken van meerdere zorgprofielen en omdat het verschil tussen zwaardere en lichtere zorgvragen niet is onderzocht, kunnen we hier geen harde uitspraken over doen.

40 Figuur 9 laat het verschil in ontwikkeling zien tussen Zvw-gerelateerde zorg voor kinderen (profiel 4a) en volwassenen (in deze vergelijking profielen 3 en 6).



Figuur 9. Ontwikkeling geleverde zorgprofielen aan visueel beperkte kinderen en volwassenen (in procenten)

### 3.4 Wlz

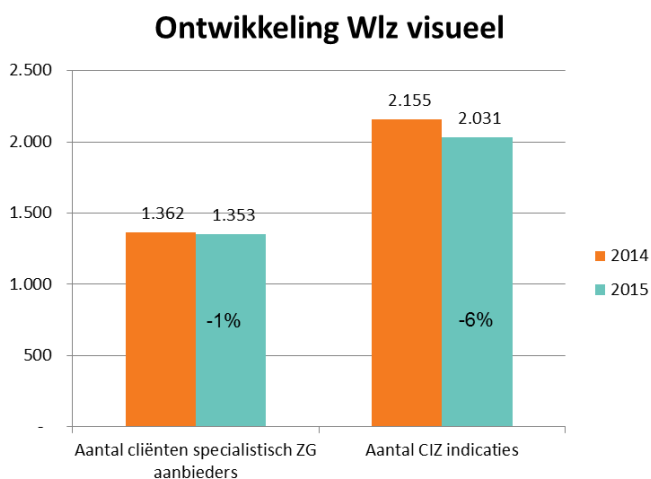
41 Bij Wlz-gerelateerde ZG-zorg gaat het om mensen met een visuele beperking die in een instelling wonen. Het gaat hier om verschillende zorgzwaartepakketten, waarbij de visuele beperking de bovenliggende grondslag is. In veel gevallen hebben de mensen met een dergelijke grondslag ook andere beperkingen. Cliënten met een Wlz-indicatie en een bovenliggende visuele grondslag kunnen ook bij VG- of LG-aanbieders verblijven, maar voor dit onderzoek hebben wij alleen gegevens opgevraagd bij gespecialiseerde ZG-aanbieders.

#### 3.4.1 Zorggebruik in cijfers

42 De visuele ZG-zorg die van de AWBZ naar de Wlz is overgeheveld is in het aantal cliënten en het aantal dagen in 2015 vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2014 (zie figuur 8). Hierbij merken wij op, dat deze ontwikkeling niet voor alle drie de specialistische aanbieders aan de orde is. Bij één van de aanbieders is juist sprake van een relatief grote stijging. Een aantal mensen dat voorheen het Revaliderend Zorgprogramma kreeg (combinatie van begeleiding en behandeling), heeft na de transitie de combinatie van begeleiding en

behandeling niet gekregen waardoor de zorgvraag groter is geworden en een aantal van deze mensen uiteindelijk is opgenomen in de Wlz.

43 De cliënt vraagt, soms via de aanbieder, een Wlz-indicatie aan bij het CIZ. Het CIZ toetst de aanvraag en geeft een Wlz-indicatie af. Vervolgens regelt het zorgkantoor met een zorgaanbieder de zorglevering. Het CIZ publiceert per kwartaal het aantal verstrekte indicaties, waarbij het CIZ onderscheid maakt tussen verschillende zorgzwaartepakketten. Uit deze cijfers blijkt dat het aantal verstrekte indicaties waarbij de visuele beperking bovenliggend is in de periode 2014-2015 is gedaald met 6% (zie figuur 10). Deze daling is (nog) niet zichtbaar in de cijfers van de ZG-aanbieders. De afname van het aantal afgegeven indicaties kan wel invloed hebben op de instroom van Wlz-cliënten en daarmee op de zorg die in de toekomst wordt geleverd. Bovendien is het aantal indicaties groter dan het aantal cliënten dat op basis van een Wlz-indicatie zorg ontvangt in een specialistische instelling. Dit duidt erop dat een deel van de mensen met een Wlz-indicatie bij andere aanbieders is ondergebracht of dat de zorg op een andere manier wordt afgenomen (zoals in een PGB). Het kan ook dat mensen met een indicatie uiteindelijk toch geen gebruikmaken van deze zorg, maar in het onderzoek hebben we daar geen aanwijzingen voor gevonden.



Figuur 10. Ontwikkeling Wlz visueel: vergelijking aantal cliënten bij specialistische GZ aanbieders met het aantal afgegeven indicaties door het CIZ

## 4. Oorzaken en gevolgen waargenomen ontwikkelingen

### 4.1 Inleiding

44 In de hoofdstukken 2 en 3 zijn de ontwikkelingen van door de specialistische aanbieders geleverde zorg besproken. In dit hoofdstuk gaan wij in op oorzaken en gevolgen van de in hoofdstuk 2 en 3 gesignaleerde ontwikkelingen, zowel voor auditief en communicatief als voor visueel. Het hoofdstuk is gebaseerd op inzichten die zijn opgedaan uit de door ons uitgevoerde enquête onder cliënten van zintuiglijke gehandicaptenzorg, de uitkomsten van de Zorgmonitor van de Oogvereniging en het Platform doven slechthorenden en TOS<sup>22</sup>, interviews met een aantal zorgaanbieders en gemeenten en een groepsgesprek met verschillende stakeholders (zie bijlage A voor een toelichting op de aanpak).

45 Ten behoeve van het onderzoek zijn twee aparte enquêtes uitgezet. In totaal hebben we 67 bruikbare reacties ontvangen van gebruikers van zorg met een auditief/communicatieve beperking en 139 bruikbare reacties van gebruikers van zorg voor een visuele beperking. Het doel van de enquête is gezien de respons niet om op populatieniveau statisch significante uitspraken te doen, maar wel om de door cliënten ervaren oorzaken en gevolgen van veranderingen in de ZG-zorg te inventariseren. Bij een aantal oorzaken en gevolgen zijn quotes uit de enquête en zorgmonitor ter illustratie toegevoegd (omkaderde tekst).

### 4.2 Oorzaken en gevolgen ontwikkelingen Wmo

46 In hoofdstuk 2 en 3 is beschreven dat sprake is van een daling van de door specialistische aanbieders geleverde ondersteuning op het gebied van de Wmo voor zowel visueel als auditief. Voor de hele doelgroep die eind 2014 specialistische ondersteuning ontvangt geldt dat het overgangsrecht van toepassing is, ongeacht naar welke aanbieder(s) de gemeente haar cliënten toeleidt. Cliënten die op 1 januari 2015 AWBZ zorg ontvingen, behielden gedurende een jaar (tenzij indicatie eerder afloopt) de rechten die verbonden zijn aan het indicatiebesluit<sup>23</sup>. Dit gold ook voor de hoogte van de eigen bijdrage. Verschillende stakeholders geven aan dat door het overgangsrecht cliënten die al ondersteuning ontvingen en van wie de indicatie tot eind 2015 liep grotendeels dezelfde ondersteuning hebben ontvangen in 2015. Van cliënten van wie de indicatie in 2015 afliep is het onduidelijk of deze cliënten dezelfde ondersteuning hebben ontvangen. Mogelijk hebben deze cliënten andere vormen van ondersteuning ontvangen (door bijvoorbeeld vrijwilligers of reguliere aanbieders), wat de daling van de geleverde zorg door gespecialiseerde aanbieders kan verklaren. Mogelijk ontvangen nieuwe cliënten ook andere vormen van ondersteuning waardoor de instroom bij gespecialiseerde ZG-aanbieders en daardoor de geleverde ondersteuning door deze aanbieders in 2015 gedaald is.

47 Uit de enquête en gesprekken met cliëntvertegenwoordigers en aanbieders volgen twee ontwikkelingen die waarschijnlijk de grootste invloed hebben op de daling van de geleverde ondersteuning door specialistische aanbieders. Dit zijn de verandering in de toeleiding tot specialistische begeleiding van de genoemde specialistische aanbieders en voor nieuwe cliënten de (beeldvorming rondom de) de hoogte van

<sup>22</sup> [Http://www.oogopzorg.nu/meldpunt/meldpunt-submenu/vragenlijst-zorgmonitor/](http://www.oogopzorg.nu/meldpunt/meldpunt-submenu/vragenlijst-zorgmonitor/).

<sup>23</sup> [Http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Informatiekaart%20ZG%20begeleiding.pdf](http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Informatiekaart%20ZG%20begeleiding.pdf).

de eigen bijdrage. Het onderzoek is niet voldoende representatief om de orde van grootte van deze twee oorzaken te kunnen duiden (bijvoorbeeld in verhouding tot elkaar).

#### 4.2.1 Verandering in toeleiding tot specialistische zorg

48 Uit de enquête blijkt dat voor een aantal mensen met een zintuiglijke beperking niet duidelijk is waar zij terecht kunnen voor ondersteunings- en begeleidingsvragen. In reactie op de vraag waarom zij geen woonondersteuning of dagbesteding hebben ontvangen terwijl het vanuit cliëntperspectief wenselijk en/of noodzakelijk was, geven enkele respondenten aan dat dat zij niet weten waar ze deze hulp kunnen aanvragen.

*“Is mij niet aangeboden en ben er ook niet bekend mee. Ik zou niet weten waar ik deze zorg zou moeten vinden.”*

49 Uit de enquête en interviews met stakeholders komt ook naar voren dat het voor mensen met een zintuiglijke beperking geen natuurlijke stap is om naar de gemeente te gaan voor ondersteuning in plaats van de stap naar de zorgaanbieder. Zij geven aan dat informatie via de website van gemeenten soms beperkt toegankelijk is voor mensen met een auditieve of visuele beperking. Ook de fysieke toegang is soms lastig en niet geschikt voor mensen met een zintuiglijke beperking. Toen de betreffende zorg nog onder de AWBZ viel, werd een dergelijke drempel volgens verschillende stakeholders niet ervaren. Toen regelden aanbieders de indicatie voor de betreffende ondersteuning bij het CIZ waardoor zij vrij eenvoudig toegang ontvingen tot de zorg en niet langs een poortwachter hoefden. Er zijn aanwijzingen dat het hier een tijdelijke drempel kan zijn:

- Na de decentralisaties naar gemeenten in 2015 moeten burgers voor veel meer zaken bij de gemeente aankloppen dan voorheen. Hierdoor krijgen burgers en ook potentiële cliënten steeds meer ervaring met gemeenten en kan naar verloop van tijd de drempel minder hoog zijn;
- Gemeenten bouwen naar verloop van tijd steeds meer ervaring op met deze doelgroep waardoor zij beter weten wat cliënten nodig hebben, zodat de drempel lager wordt.

*“Ik weet niet waar ik moet zijn hiervoor, woon ook in een moeilijke gemeente”.*

50 Het indicatiesproces voor begeleiding en ondersteuning valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en is meestal belegd bij het Wmo-loket of het wijkteam van de gemeente. Het aantal mensen met een zintuiglijke beperking is relatief klein waardoor een Wmo-consulent of een medewerker van een wijkteam van een gemeente sporadisch te maken krijgt met een aanvraag voor ondersteuning in verband met een zintuiglijke beperking. Het kan derhalve enige tijd duren voordat gemeenten een goed beeld opbouwen van de specifieke hulpvragen van deze cliëntengroep en ook weten welke aanbieders hierbij horen:

- Uit de interviews met de stakeholders blijkt dat de ervaring van gemeenten met deze doelgroep, het indicatieproces en de kennis over het bestaan van de landelijke raamovereenkomst voor aanbieders van specialistische ondersteuning nog niet overal aanwezig is. Dit zou een (tijdelijke) daling in de instroom kunnen verklaren;
- Er zijn ook gemeenten waar ZG-aanbieders cliënten ‘aanmelden’. In het onderzoek kwam een voorbeeld naar voren waarbij een gemeente met de specialistische ZG-aanbieders heeft afgesproken

dat zij de eerste tien uur vrij mogen declareren. In deze uren kan de aanbieder, zonder dat daar een doorverwijzing van de gemeente voor nodig is, onderzoek en diagnostiek doen om de hulpvraag in kaart te brengen. De aanbieder adviseert de gemeente vervolgens over de invulling van de hulpvraag ten behoeve van de beschikking die de gemeente verstrekt. De betreffende gemeente was positief over deze manier van werken.

51 Verschillende stakeholders geven aan dat consultatie (door specialistische aanbieders) direct nadat een cliënt zich met een hulpvraag meldt erg belangrijk is. Als de diagnose is vastgesteld kunnen in verschillende situaties ook reguliere zorgaanbieders de zorg leveren indien aanbieders toegerust zijn met voldoende kennis over de doelgroep. Respondenten in de enquête onderschrijven het belang van voldoende kennis van de doelgroep en gebarentaalvaardigheid. Deze persoon zegt daarover in de enquête het volgende:

*“Door de mindere taalvaardigheid van begeleiding en bezuiniging op het aantal uren begeleiding is er minder aandacht voor de problemen die zich voordoen.”*

52 Een mogelijke verklaring voor de waargenomen daling in de gepresenteerde cijfers is dat gemeenten in plaats van gebruik te maken van het raamcontract voor specialistische aanbieders, ze de cliënten die in 2015 een herindicatie hebben gekregen of nieuw instromen voor begeleiding doorverwijzen naar andere (bijvoorbeeld lokale) aanbieders. Gemeenten geven aan dat in de gehele Wmo een trend zichtbaar is, waarin in plaats van specialistische zorg vaker reguliere zorg wordt ingeroepen. Gemeenten kijken kritischer of specialistische zorg nodig is. De gemeenten die we in het kader van dit onderzoek gesproken hebben, gaven echter aan mensen met een auditieve en visuele beperking “gewoon” door te verwijzen naar specialistische aanbieders indien dit aanbod past bij de betreffende hulpvraag. Desondanks kunnen we substitutie van begeleiding aan zintuiglijke gehandicapten door reguliere aanbieders niet uitsluiten. Op basis van het onderzoek blijkt dat:

- a. Enkele gemeenten geen gebruikmaken van de raamovereenkomst. Zij geven aan desondanks (eventueel indirect via hoofdaanbieders) wel afspraken te maken met specialistische aanbieders en niet bewust te sturen op toeleiding naar andere aanbieders bij deze doelgroep;
- b. Gemeenten die wel gebruikmaken van de raamovereenkomst aangeven dat ze niet bewust sturen op toeleiding van mensen met een zintuiglijke beperking naar andere (lokale reguliere) aanbieders. In sommige gemeenten wordt wel eerst gekeken of bijvoorbeeld het wijkteam ondersteuning kan bieden, maar vanwege de zintuiglijke beperking is dit vaak niet het geval;
- c. Cliënten aangeven dat zij minder algemene woonbegeleiding krijgen en dat er voor het doen van boodschappen of het openmaken van de post een vrijwilliger wordt ingezet.

*“De woonbegeleiding mag niet meer helpen bij de wekelijkse boodschappen. Dit wordt nu met een vrijwilliger gedaan. Dat gaat minder soepel.”*

53 Bij zorg aan doofblinden is niet bij alle aanbieders van specialistische begeleiding een afname zichtbaar. De problematiek bij deze doelgroep is zo complex dat de gemeenten vaak meteen specialistische begeleiding

via de landelijke raamovereenkomst inroepen. Aanbieders geven aan dat gemeenten en wijkteams de gespecialiseerde aanbieder in deze gevallen goed weten te vinden.

#### 4.2.2 (Perceptie over) hoogte van de eigen bijdrage

54 Gemeenten mogen een eigen bijdrage bij geleverde zorg en begeleiding vanuit de Wmo vragen. Gemeenten hebben binnen het wettelijke kader beleidsvrijheid bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage. Deze hoogte van de eigen bijdrage is van een aantal zaken afhankelijk, zoals het inkomen en het vermogen van de cliënt (en eventueel partner), maar ook van de betreffende gemeente<sup>24</sup>. Ook kent de eigen bijdrage bepaalde spelregels over stapeling over verschillende voorzieningen heen. Respondenten geven in de enquête aan dat de hoogte van de eigen bijdrage een drempel vormt. Dit is opmerkelijk aangezien er in de AWBZ ook een eigen bijdrage gold. Voor lage inkomensgroepen is dit daarom geen verklaring voor de afname. Wel is het zo, dat er in de AWBZ een maximaal uurtarief gold waarvan in de eigen bijdrage rekenschap werd gegeven. In de Wmo hebben gemeenten de vrijheid dit maximum uurtarief vrij te laten, waardoor vooral voor de nieuwe instroom uit hogere inkomensgroepen geldt dat de eigen bijdrage hoger uitvalt. Deze drempel ervaren met name (potentiële) cliënten die geen andere zorg of ondersteuning ontvangen. Zij moeten dan een eigen bijdrage betalen voor alleen deze ondersteuning. Een aantal cliënten ziet op tegen de kosten die voor hen hiermee zijn gemoeid. Mensen die zowel begeleiding op grond van de Wmo als behandeling via de Zvw ontvangen, krijgen bovendien te maken met een eigen bijdrage in de Wmo en een eigen risico in de Zvw. Dit in tegenstelling tot de AWBZ vòòr 2015 waar cliënten geen eigen bijdrage betaalden voor de zorgvormen die nu onder de Zvw vallen en waarvoor cliënten nu een eigen risico voor moeten betalen. Uit de enquête onder cliënten blijkt dat de hoogte van de eigen bijdrage voor deze respondent een reden is om af te zien van zorg.

*“De maximale eigen bijdrage van € 19,40 per maand kan ik helaas niet betalen waardoor ik nu geen zorg heb.”*

55 Daarnaast noemen verschillende stakeholders die we in het kader van dit onderzoek hebben gesproken dat de beeldvorming over de hoogte van de eigen bijdrage een negatief effect heeft op de afweging van cliënten om ondersteuning aan te vragen bij de gemeente. Zo gaan onder potentiële cliënten verhalen rond over (zeer) hoge eigen bijdragen, die niet per se op waarheid berusten en daarnaast casus specifiek zijn. Deze verhalen onder cliënten hebben mogelijk een afschrikkende werking. Ook de stapelfacturen die cliënten van het CAK hebben ontvangen of nog moeten ontvangen als gevolg van facturatieproblemen, dragen in negatieve zin bij aan het beeld over de eigen bijdrage. Hulpvragers zijn in dat geval angstig om ondersteuning te vragen omdat ze onzeker zijn over de kosten die zij hiervoor in de vorm van een eigen bijdrage moeten gaan betalen.

*“Per 1 januari 2015 moet ik per maand een eigen bijdrage betalen. De gemeente x heeft de gegevens pas laat in 2015 aan het CAK doorgegeven, in oktober 2015 kreeg ik een acceptgiro om de eigen bijdrage over de maanden januari tot en met oktober in een keer te betalen. Ik heb hiervoor een betalingsregeling moeten vragen. Ik betaal nu de maandelijkse bijdrage en de betalingsregeling komt daar bovenop.”*

<sup>24</sup> Gemeenten hebben daarnaast instrumenten om mensen die de eigen bijdrage niet kunnen betalen, tegemoet te komen.

56 Uit bovenstaande volgt dat er twee factoren spelen bij de eigen bijdrage voor nieuwe cliënten. Enerzijds zijn er aanwijzingen dat de hoogte van de eigen bijdrage (voor hogere inkomens) een rol kan spelen bij het aanvragen van hulp. Anderzijds is dit de perceptie over de (hoogte van) de eigen bijdrage die een rol kan spelen bij het aanvragen van hulp. Het is onduidelijk hoe groot de groep is die vanwege de (perceptie over de hoogte van de) eigen bijdrage de betreffende begeleiding of ondersteuning niet aanvraagt. Gezien de beperkte respons op de enquête, kunnen we geen nadere duiding geven over de mate waarin de eigen bijdrage een rol speelt in de afname van specialistische begeleiding in de Wmo.

57 Overigens kijken gemeenten bij de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage naar het inkomen en het vermogen van de cliënt (en eventueel partner) en hebben gemeenten instrumenten om cliënten met inkomensproblematiek tegemoet te komen. Het is daarbij wel de vraag of cliënten weten dat de gemeente hen hierbij kan helpen en of gemeenten hen daarover voldoende informeren.

#### *4.2.3 Uitstroom visueel beperkte cliënten met een lichte zorgvraag*

58 De afname van het aantal cliënten en de geleverde zorg is bij alle drie de specialistische aanbieders voor zorg aan cliënten met een visuele beperking zichtbaar. Het aantal cliënten is sterker gedaald dan het aantal uur begeleiding, dit betekent dat nieuwe cliënten in 2015 gemiddeld meer begeleiding kregen dan de cliënten in 2014. Een mogelijke verklaring is dat nieuwe cliënten met een licht pakket niet meer in aanmerking komen voor specialistische begeleiding. Wellicht is deze groep cliënten met een lichtere zorgvraag de afgelopen jaren naar reguliere begeleiding gestroomd, waardoor het aandeel cliënten met een zwaardere zorgvraag in de gespecialiseerde begeleiding groter is geworden en het gemiddeld aantal uur per cliënt is toegenomen.

#### *4.2.4 Gevolgen ontwikkeling Wmo*

59 Uit de enquête en interviews volgen enkele signalen dat cliënten geen hulp ontvangen vanwege de veranderingen in de toeleiding en (de perceptie over de hoogte van de) de eigen bijdrage. Gezien het aantal respondenten levert het onderzoek geen antwoorden op of dit om een grote groep gaat en of cliënten op andere manieren ondersteuning krijgen die voldoende is om goed te kunnen participeren. Gemeenten hebben op grond van de Wmo 2015 de opgave om meer integraal te kijken naar oplossingen voor ondersteuning, waarbij zij ook goed naar het eigen netwerk van de zorgbehoevende kijken. Hierdoor maken de gemeenten sinds 2015 wellicht andere keuzes dan professionals in het indicatieproces zoals dat bestond voor 2015. Dat wil niet zeggen dat de zorg of begeleiding die cliënten in 2015 ontvingen niet goed of niet passend is, al geven sommige respondenten aan dat de kwaliteit van de zorg afneemt door de inzet van vrijwilligers. Dit kan gevolgen hebben voor de participatie van mensen met een zintuiglijke beperking.

### **4.3 Oorzaken en gevolgen ontwikkelingen Zvw**

60 Een vaak genoemde oorzaak voor de afname van de geleverde Zvw-gerelateerde zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking is het eigen risico waar volwassenen mee te maken krijgen als zij deze zorg willen gebruiken. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de verwijzing van een medisch specialist mogelijk ook een oorzaak is van de afname van Zvw-gerelateerde zorg. Tot slot geven cliënten in de enquête aan dat ze bij aanbieders van zorg aan mensen met een visuele beperking bureaucratie ervaren waardoor ze, mede

vanwege het eigen risico, geen gebruik maken van de beschikbare zorg. Hieronder gaan we op de oorzaken en gevolgen van de ontwikkelingen bij de Zvw-gerelateerde zorg in.

#### 4.3.1 Eigen risico bij gebruik Zvw-gerelateerde zorg

61 Een eerste door de verschillende stakeholders en respondenten in de enquête genoemde oorzaak voor afname van de geleverde zorg aan volwassenen met een auditieve beperking of een taalontwikkelingsstoornis (hierna: TOS) en de forse afname van het onderzoek en advies (zorgprofiel 1) en korte revalidatievragen (zorgprofiel 3) bij visueel, is het feit dat met de overheveling van de betreffende zorg van de AWBZ naar de Zvw (potentiële) volwassen cliënten te maken krijgen met het eigen risico. Volwassenen moeten - indien ze verder geen zorg ontvangen waarop het eigen risico van toepassing is - (in 2015) maximaal € 375,- meebetalen aan de behandeling<sup>25</sup>. Uit de enquête blijkt dat respondenten kritischer kijken naar de geboden zorg en daarbij een afweging maken of zij het aanbod van de zorg de hoogte van het eigen risico waard vinden.

*“Door de invoering van Zvw-financiering met bijbehorend eigen risico ben ik een stuk kritischer geworden. Wat ik heb gekregen qua training en adviezen sloot niet aan bij mijn vragen en verwachtingen.”*

62 Ten opzichte van de situatie waarin de betreffende behandeling nog onder de AWBZ viel, geven respondenten aan dat volwassen zorgvragers vanwege het eigen risico een afweging maken of ze de kosten in de vorm van dit eigen risico kunnen en willen maken. In het onderzoek hebben wij door middel van de enquête en gesprekken met cliëntvertegenwoordigers gekeken naar mogelijke gevolgen van het gedrag van (potentiële) cliënten. Zo kan het zijn dat potentiële cliënten het eigen risico niet (denken te) kunnen betalen, zij vanaf 2015 geen zorg meer ontvangen of andere vormen van zorg vragen<sup>26</sup>. Daarnaast is het voor de cliënt een afweging of de betreffende zorg de (zelf te betalen) kosten waard is. Hierbij speelt kwaliteit van de zorg en de ‘waarde’ ook een belangrijke rol, door de invoering van het eigen risico is er een prikkel ingebouwd om kritischer naar de (efficiënte) werkwijze van aanbieders en de geleverde zorg te kijken. Het feit blijft wel dat aanzienlijk minder volwassenen Zvw-gerelateerde ZG-zorg ontvangen. Opvallend daarbij is wel dat onder kinderen met een auditieve of auditief visuele beperking eveneens een forse daling (-17%) zichtbaar is, terwijl er geen eigen risico geldt voor jongeren onder de 18 jaar. Hoewel wij in het onderzoek hebben gevraagd naar potentiële gevolgen van deze afwegingen van (potentiële) cliënten, leverde dat onvoldoende informatie op om uitspraken over te doen.

*“Als ik in 2015 gebruikmaak van deze hulp van x (een aanbieder voor mensen met een visuele beperking) kost dit eigen risico. Dit is een van de redenen waarom ik naar een andere manier heb gezocht. Ook een reden is dat de procedure om zulke zorg te krijgen erg ingewikkeld is.”*

<sup>25</sup> Het verplicht eigen risico is in 2015 maximaal € 375,-. Daarnaast kunnen verzekerden (vrijwillig) kiezen voor een aanvullend eigen risico, waar een premiekorting tegenover staat.

<sup>26</sup> Dit staat nog los van de vraag of potentiële cliënten het eigen risico daadwerkelijk niet kunnen betalen. Mensen in de laagste inkomensgroepen krijgen een compensatie voor eigen risico via de zorgtoeslag en kunnen mogelijk een beroep doen op collectieve contracten voor zorgverzekeringen die gemeenten voor de laagste inkomensgroepen aanbieden en mogelijkheden die sommige verzekeraars bieden voor gespreide betaling eigen risico.



63 (Potentiële) cliënten wachten daarnaast volgens een aantal stakeholders tot later in het jaar met het afnemen van de betreffende zorg. Indien het eigen risico vanwege andere niet vermijdbare zorg al is aangeboord, kiezen deze (potentiële) cliënten op zo'n moment alsnog voor het afnemen van deze zorg. Onbekend is hoe groot de groep is die vanwege het eigen risico niet om de betreffende zorg vraagt en wat voor zorg (noodzakelijke of minder c.q. niet noodzakelijk zorg) dit betreft. Wel lijkt het hier te gaan om een oorzaak van vraaguitval die structureel van aard is, aangezien het eigen risico onderdeel is van de zorgverzekeringswet.

*“Mobiliteitstraining heb ik nodig om nieuwe routes te leren of veranderde routes opnieuw te leren. Het hangt dus af van veranderingen in mijn leven en veranderingen in mijn omgeving hoeveel mobiliteitstraining ik nodig heb. Ik stel wel zaken uit om zo min mogelijk eigen risico kwijt te zijn.”*

#### 4.3.2 Toeleiding: verwijzing medisch specialist

64 Om toegang te krijgen tot Zvw-gerelateerde zorg moeten cliënten met een visuele beperking een verwijzing hebben van een medisch specialist. Daar komt bij dat voor een bezoek aan deze specialist het eigen risico wordt aangesproken. Ook in 2014 werden cliënten doorverwezen door een medisch specialist<sup>27</sup>. In 2015 kunnen (potentiële) cliënten ten opzichte van 2014 wel een extra drempel ervaren en het in de vorige paragraaf beschreven gedrag vertonen, doordat naast voor de verwijzing ook voor de toegewezen zorg het eigen risico wordt aangesproken. Het gevolg is dat mensen met een (waarschijnlijk lichtere) zorgbehoefte in sommige gevallen niet naar de specialist gaan.

*“Naar mijn idee komen er minder revalidanten of mensen die een korte cursus willen volgen omdat je iedere keer een nieuwe indicatie moet hebben.”*

#### 4.3.3 Bureaucratische werkwijze bij aanbieders van visuele zorg

65 Enkele respondenten van de enquête geven aan dat de bureaucratie die ze bij de gespecialiseerde zorgaanbieders (van zorg aan cliënten met een visuele beperking) ervaren een reden is om geen specialistische zorg af te nemen. Zo vinden cliënten de onderzoeken en intakeprocedure bij aanbieders van zorg aan cliënten met een visuele beperking te uitgebreid in relatie tot hun (lichte) hulpvraag. Cliënten maken hierbij een afweging of ze de geleverde zorg de hoogte van het eigen risico waard vinden:

*“Het grote probleem bij deze organisaties is toch de bureaucratie, administratieve puinhoop, inefficiënte werkwijze, slechte fysieke bereikbaarheid en het verplicht stellen van peperdure niet noodzakelijke onderzoeken.”*

*“Ik had simpele vragen, maar kreeg meteen hele trajecten in mijn maag gesplitst.”*

<sup>27</sup> Op grond van de NOG richtlijn werden cliënten ook in 2014 doorverwezen door een medisch specialist.

66 Aanbieders bevestigen dit beeld van een bureaucratische werkwijze door de aanbieders van zorg aan mensen met een visuele beperking. De aanbieders geven aan dat zij cliënten met een lichte zorgvraag bijvoorbeeld niet altijd registreren om een doorverwijzing van een oogarts (en het daarmee gepaarde eigen risico) en een uitgebreide intake te omzeilen.

#### 4.3.4 Oorzaken en gevolgen toename geleverde Zvw-zorg aan kinderen met TOS

67 Een mogelijke verklaring die geïnterviewde stakeholders noemen voor de toename van geleverde Zvw-gerelateerde zorg aan kinderen met TOS is de betere signalering bij consultatiebureaus en artsen. Het Van Wiechenonderzoek, waarmee taalachterstanden op het consultatiebureau worden gesignaleerd, is met een vernieuwd taalsignaleringsinstrument uitgebreid<sup>28</sup>. Ook op peuterspeelzalen en kinderdagverblijven worden steeds vaker goede signaleringsinstrumenten ingezet, waardoor kinderen met TOS eerder worden opgemerkt. In het verleden werden dergelijke kinderen op latere leeftijd opgemerkt. In de groepsbijeenkomst met stakeholders werd aangegeven dat hier mogelijk sprake is van een inhaalslag, in dat geval is deze toename tijdelijk. Maar het is ook mogelijk dat kinderen - onder andere vanwege een betere afbakening tussen logopedie en ZG-zorg - steeds meer de juiste zorg krijgen. Het feit dat er betere signalering is bij consultatiebureaus en peuterspeelzalen, waardoor kinderen met TOS eerder worden opgemerkt, draagt eraan bij dat deze kinderen eerder de zorg krijgen die ze nodig hebben. Deze ontwikkeling staat echter los van de stelselwijzigingen.

#### 4.3.5 Oorzaak afname Zvw-gerelateerde zorg kinderen en jongeren met auditieve beperking

68 Voor de afname van Zvw gerelateerde zorg aan kinderen en jongeren met een auditieve beperking (van 17%) is geen verklaring gevonden. De daling is opmerkelijk aangezien er geen eigen risico geldt voor jongeren onder de 18 jaar<sup>29</sup>. Deze daling duidt erop dat er meer factoren een rol spelen in de afname van Zvw-gerelateerde zorg aan mensen met een auditieve beperking dan het eigen risico. Dit laatste kan uiteraard ook spelen bij cliënten van 18 jaar en ouder, voor wie het eigen risico wel geldt.

#### 4.3.6 Behandeling ZG aan cliënten met een Wlz-indicatie binnen de sector visueel

69 Voor de afname van de ZG-zorg aan cliënten met een visuele beperking in de Wlz (zorgprofiel 6) noemen de stakeholders de onduidelijkheid over welke zorgproducten onder de aanspraak vallen als oorzaak. Vóór 2015 namen instellingen waar ZG-clieënten met een Wlz-indicatie verbleven specifieke zorg af van specialistische ZG-aanbieders. Door de verandering in het systeem is er een andere invulling gekomen voor de driehoek instelling, cliënt en ZG-aanbieder, waarbij onduidelijkheid werd ervaren over of deze zorg vergoed zou worden en aan wie. Hierdoor werden de ZG-aanbieders minder ingeroepen om cliënten te screenen en

<sup>28</sup> <https://www.ncj.nl/actueel/nieuwsberichten/nieuwsartikel/?item=828>.

<sup>29</sup> Het is niet waarschijnlijk dat het eigen risico voor volwassenen vanaf 18 jaar hiervan de oorzaak is omdat de betreffende groep bestaat uit jongeren tot 23 jaar. Volgens de zorgaanbieders is het niet aannemelijk dat het eigen risico dat van toepassing is op de groep van 18 tot 23 jaar de afname veroorzaakt.

specialistische ZG-zorg te leveren aan cliënten die intern verblijven. Op de site van het Zorginstituut wordt hierover volgens de ZG-aanbieders nu meer duidelijkheid gegeven<sup>30</sup>.

#### *4.3.7 Mogelijk nauwer toezicht door zorgverzekeraars op geleverde zorg*

70 Sinds de transitie in 2015 zijn verzekeraars verantwoordelijk voor de zorginkoop van de specialistische ZG-zorg. Mogelijk zien zorgverzekeraars (vanwege de risicodragende uitvoering in Zvw) nauwer toe op de geleverde zorg dan zorgkantoren in de AWBZ. Dit signaal is in dit onderzoek niet uitgebreid onderzocht.

## **4.4 Oorzaken en gevolgen ontwikkelingen Wlz**

### *4.4.1 Stop afgifte Wlz-indicaties voor kinderen met bovenliggende auditieve beperking*

71 De daling in het aantal cliënten dat Wlz-gerelateerde ZG-zorg voor auditief beperkten ontvangt, wordt veroorzaakt door de daling bij de aanbieder die zich richt op zorg voor kinderen. Bij de overige aanbieders is sprake van een stabiele situatie, die beter overeenkomt met de ontwikkeling van het aantal Wlz-indicaties.

72 De betreffende aanbieder geeft aan dat kinderen geen Wlz-indicatie meer krijgen van het CIZ. Dit is in lijn met het beleid om kinderen niet (zonder meer) in de Wlz te laten instromen. In de begeleidingscommissie kwam naar voren dat kinderen geen Wlz-indicatie krijgen omdat de zorg die zij nodig hebben wordt aangemerkt als gebruikelijke zorg<sup>31</sup>. Daarnaast is het lastig om bij kinderen een blijvende zorgbehoefte vast te stellen. Als (nog) niet is vastgesteld dat een kind vanwege zijn zorgbehoefte blijvend is aangewezen op permanent toezicht of op 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bepaald in de Wlz kan het kind ook nog zijn aangewezen op zorg en ondersteuning zoals bedoeld in de Jeugdwet<sup>32</sup>.

73 De gehele cliëntenpopulatie in de Wlz daalt landelijk van 296.573 cliënten op 1 januari 2015 naar 280.332 cliënten op 31 december 2015. Dit komt neer op een daling van 5,5%<sup>33</sup>. De daling van het aantal afgegeven indicaties met een bovenliggende visuele grondslag is met 6% in een vergelijkbare verhouding gedaald als de daling voor de gehele Wlz-cliëntenpopulatie. De ontwikkeling van het aantal afgegeven indicaties met een bovenliggende auditieve grondslag is anders dan de algemene ontwikkeling voor de gehele Wlz-cliëntenpopulatie: daar is juist sprake van een toename van 7%. Een verklaring voor deze toename (en tegengestelde ontwikkeling) is in dit onderzoek niet gevonden.

### *4.4.2 Gevolgen ontwikkelingen Wlz*

74 Doordat minder kinderen met een auditieve beperking als bovenliggende indicatie instromen in de Wlz, worden er minder kinderen opgenomen in een instelling. Bij de aanmelding van kinderen bij het CIZ geeft een

<sup>30</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>.

<sup>31</sup> Dagelijkse verzorging en/of opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden.

<sup>32</sup> <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/CIZ%20Beleidsregels%20Wlz%202016.pdf>.

<sup>33</sup> [https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Rapportage\\_1%20jaar%20Wlz%20compleet.pdf](https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Rapportage_1%20jaar%20Wlz%20compleet.pdf).

inhoudskundige doorgaans aan dat nog sprake is van een ontwikkelperspectief, waardoor Wlz wordt afgewezen - ook al is sprake van ernstige beperkingen en een blijvende zorgbehoefte.

75 De kinderen die voor 2015 wel werden opgenomen in een instelling zijn onder te verdelen in twee groepen:

- a. Kinderen die voorheen op basis van een zorgzwaartepakketindicatie (hierna: ZZP) in de AWBZ zaten en niet over een blijvende zorgbehoefte beschikken, maar bij wie wel sprake is van een medische noodzaak tot verblijf in het kader van de ZG-behandeling. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat deze cliënten zorg vanuit de Zvw ontvangen als sprake is van ZG-behandeling met een medische noodzaak tot verblijf;
- b. Kinderen met blijvende complexe behoefte die langdurige zorg nodig hebben. Deze groep krijgt minder snel een Wlz-indicatie. Een mogelijk gevolg is dat kinderen een Wlz-indicatie met andere bovenliggende grondslag (zoals VG) krijgen. Het is de vraag of de zintuiglijke beperking van deze kinderen dan voldoende aandacht krijgt. Een alternatief voor deze groep kinderen is behandeling uit de Zvw of Jeugdwet. Het is op basis van dit onderzoek niet te zeggen of deze zorg voor kinderen met een complexe zorgbehoefte toereikend is.

76 Wij zien een toename van de zorg aan kinderen en jongeren als het gaat om Zvw-zorg gericht op een visuele beperking en TOS. Het beperken van de toegang voor kinderen naar de Wlz zou een verklaring kunnen zijn voor deze toename. De hoeveelheid Zvw-zorg voor kinderen en jongeren met een auditieve beperking is in 2015 juist afgenomen. Onduidelijk is wat de gevolgen hiervan zijn.

## 5. Conclusie

### 5.1 Inleiding

77 Op basis van dit onderzoek kunnen nog geen definitieve conclusies worden getrokken over de trends binnen de gespecialiseerde zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking. Hoewel de ontwikkeling van de geleverde ZG-zorg in kaart is gebracht, is in een relatief korte periode onderzocht waarin de situatie in 2015 is vergeleken met die van 2014<sup>34</sup>. Daarbij is 2015 het eerste jaar na de stelselwijzigingen en is er nog geen sprake van een stabiel functionerend systeem. Alle partijen die een rol hebben in de nieuwe stelsels hebben aan de nieuwe situatie moeten wennen, waardoor ook mogelijk sprake is van overgangseffecten.

78 De beschreven ontwikkelingen zijn grotendeels gebaseerd op cijfers van de gespecialiseerde ZG-aanbieders. Hier is gemiddeld genomen een afname zichtbaar van de geleverde zorg. Mogelijk hebben bestaande cliënten waarvan de indicatie in 2015 afliep of nieuwe cliënten (ZG-)zorg ontvangen van andere aanbieders. Ondanks dat de gemeenten in dit onderzoek aangeven mensen met een auditieve en visuele beperking naar specialistische aanbieders door te verwijzen indien dit aanbod past bij de betreffende hulpvraag, kunnen we substitutie door reguliere aanbieders (gezien de afname van de geleverde ZG-zorg door gespecialiseerde aanbieders) niet uitsluiten.

79 Een van de vragen in dit onderzoek was of bestaande en nieuwe cliënten (hulpvragers) voldoende hulp en zorg ontvangen, ongeacht de veranderingen. (Potentiële) cliënten die in 2015 geen zorg hebben ontvangen, maar wel behoefte hadden aan zorg bleken moeilijk te bereiken binnen de doorlooptijd van het onderzoek en zijn daardoor slechts in beperkte mate betrokken in dit onderzoek. Daarmee is het op basis van dit onderzoek moeilijk aan te geven voor welk deel van de doelgroep geïnterviewde oorzaken en gevolgen aan de orde zijn. Daarbij komt nog dat sommige gevolgen van geen of minder zorg pas op de lange(re) termijn zichtbaar zijn.

80 Ondanks de hiervoor genoemde beperkingen hebben wij voldoende aanwijzingen gevonden die een verklaring vormen voor een deel van de afname en veranderingen die wij zien in zorg. In dit hoofdstuk presenteren wij de belangrijkste conclusies met in achtneming van de genoemde beperkingen van het onderzoek. Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek.

### 5.2 Afname geleverde zorg door ZG-aanbieders in 2015 ten opzichte van voorgaande jaren

81 Met dit onderzoek is de ontwikkeling van de geleverde zorg aan mensen met zintuiglijke beperking zo goed mogelijk in kaart gebracht in de periode 2013/2014-2015. Op basis van cijfers over geleverde zorg door specialistische aanbieders van ZG-zorg en aanvullende inzichten van andere aanbieders die (vanuit de Wlz) ZG-zorg bieden, concluderen wij dat in 2015 gemiddeld genomen minder ZG-zorg is geleverd dan in het jaar ervoor. De waargenomen ontwikkeling verschilt daarbij per sector (visueel en auditief/communicatief) en per domein (Wmo, Zvw en Wlz). De afname is relatief gezien het sterkst bij de Zvw-gerelateerde zorg voor

<sup>34</sup> Voor ZG-zorg voor mensen met een auditieve/communicatieve beperking deels met 2013.

mensen met een visuele beperking (21% minder geleverde zorg) en bij de Wmo-gerelateerde zorg voor mensen met een auditieve of communicatieve beperking (23% minder geleverde zorg). Daar tegenover staat dat bij Zvw-gerelateerde zorg voor mensen met een auditieve of communicatieve beperking er sprake is van een toename van 7% in het aantal cliëntprofielen. Deze stijging wordt volledig veroorzaakt door een stijging van de geleverde zorg aan kinderen met TOS. Zonder deze groep cliënten is ook sprake van een daling van de Zvw-gerelateerde zorg voor mensen met een auditieve beperking. De geleverde Wlz-gerelateerde zorg voor mensen met een visuele beperking blijft gelijk. De geleverde Wlz-gerelateerde zorg voor mensen met een auditieve beperking neemt juist af. Deze afname is zichtbaar bij één van de specialistische aanbieders en wordt veroorzaakt door de beperkte instroom van kinderen in de Wlz. Dit is opmerkelijk aangezien het totaal aantal auditieve Wlz-indicaties juist stijgt.

### **5.3 Verschillende oorzaken voor de gesignaleerde afname van de geleverde ZG-zorg**

82 Hoewel in dit onderzoek de belangrijkste oorzaken in kaart zijn gebracht, kunnen wij niet alle waargenomen ontwikkelingen verklaren. De mogelijke oorzaken die wij op basis van de verschillende invalshoeken van dit onderzoek zien zijn samengevat in tabel 2.

83 De afname in de Wmo voor zowel cliënten met een auditief/ communicatieve en cliënten met een visuele beperking lijkt te verklaren door een verandering in de toeleiding en de (perceptie over de hoogte van de) eigen bijdrage. Voor de cliënten die in 2014 gebruikmaakten van deze begeleiding en ondersteuning gold een overgangsrecht. Het overgangsrecht was ook op de (hoogte van de) eigen bijdrage van toepassing. Van cliënten van wie de indicatie in 2015 afliep is het onduidelijk of deze cliënten dezelfde ondersteuning hebben ontvangen. Mogelijk hebben deze cliënten andere vormen van ondersteuning ontvangen (door bijvoorbeeld vrijwilligers of reguliere aanbieders) wat de daling van de geleverde zorg door gespecialiseerde aanbieders kan verklaren. Ook nieuwe cliënten ontvangen wellicht andere vormen van ondersteuning waardoor de instroom bij gespecialiseerde ZG-aanbieders en daardoor de geleverde ondersteuning door deze aanbieders in 2015 gedaald is. Daarnaast komt uit het onderzoek naar voren dat cliënten met een visuele beperking met een lichte zorgvraag niet meer in aanmerking komen voor specialistische begeleiding en uitstromen naar reguliere begeleiding, waardoor het aandeel zwaardere cliënten in de gespecialiseerde begeleiding groter wordt en het gemiddeld aantal uur per cliënt toeneemt.

84 Voor de afname van Zvw gerelateerde zorg wordt voor zowel zorg in verband met een auditief/ communicatieve en een visuele beperking het eigen risico vaak als oorzaak genoemd. Dit kan zowel de hoogte van het eigen risico betreffen (waardoor mensen zeggen het eigen risico niet te kunnen betalen) als het eigen risico in relatie tot kwaliteit en de 'waarde' van de zorg. Dat cliënten de laatstgenoemde afweging maken en zich meer bewust zijn van de kosten van zorg is een van de effecten die met het eigen risico wordt beoogd<sup>35</sup>. Cliënten geven aan dat zij geboden zorg niet altijd in verhouding vinden staan tot de kosten van de zorg, zo leidt de bureaucratische werkwijze van zorgaanbieders in de visuele sector ertoe dat cliënten soms een deel van hun eigen risico al kwijt zijn aan een uitgebreide intake door de specialistische ZG-aanbieders. Cliënten die zorg uit de Zvw ontvangen moeten daarnaast een verwijzing van een medisch specialist hebben, waarbij het eigen risico ook wordt aangesproken. Uit het onderzoek blijkt dat cliënten een afweging maken of

<sup>35</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>.

de betreffende zorg de (zelf te betalen) kosten waard is. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat dit geen onderzoek is naar het effect van het eigen risico. Voor een dergelijk onderzoek is de gehanteerde onderzoeksaanpak ontoereikend.

85 Voor de afname (van 17%) van Zvw gerelateerde zorg aan kinderen en jongeren met een auditieve beperking is geen verklaring gevonden. De daling is opmerkelijk aangezien er geen eigen risico geldt voor jongeren onder de 18 jaar. Deze daling duidt erop dat er meer factoren een rol spelen in de afname van Zvw-gerelateerde zorg aan mensen met een auditieve beperking dan het eigen risico. Voor de afname van de Zvw-zorg aan cliënten met een visuele beperking in de Wlz (zorgprofiel 6) noemen de stakeholders de onduidelijkheid over welke zorgproducten onder de aanspraak vallen als oorzaak. Daarnaast zien zorgverzekeraars (vanwege de risicodragende uitvoering in Zvw) mogelijk nauwer toe op de geleverde zorg dan zorgkantoren dat in de AWBZ deden.

86 De afname van Wlz-gerelateerde zorg aan kinderen met een auditieve beperking is te verklaren doordat het CIZ minder snel een Wlz-indicatie afgeeft aan kinderen. De zorg voor deze kinderen zou vanaf 2015 binnen de Zvw of Jeugdwet gegeven worden.

Gesignaleerde ontwikkelingen	Mogelijke <sup>36</sup> oorzaken	Mogelijke <sup>37</sup> gevolgen
<b>Auditief/communicatief</b>		
Afname ZG-zorg Wmo	- Toeleiding is veranderd; - (Perceptie over) de hoogte van de eigen bijdrage.	Minder mensen met een zintuiglijke beperking ontvangen deze begeleiding en ondersteuning. Mogelijk wordt de begeleiding en ondersteuning van cliënten waarvan de indicatie in 2015 is afgelopen en nieuwe instroom op een andere manier ingevuld.
Afname ZG-zorg Zvw volwassenen	- Hoogte van het eigen risico en het eigen risico in relatie tot kwaliteit en de 'waarde' van de zorg.	Minder mensen met een zintuiglijke beperking ontvangen deze zorg. Mogelijk stellen deze mensen hun zorgvraag uit naar een moment dat het eigen risico wordt aangeboord.
Toename ZG-zorg Zvw kinderen met TOS	Betere signaleringsinstrumenten beschikbaar bij consultatiebureaus, peuterspeelzalen en kinderdagverblijven.	Kinderen met TOS worden eerder opgemerkt en ontvangen eerder passende zorg.
Afname ZG-zorg Zvw kinderen met een auditieve beperking	Voor de oorzaak van deze afname zijn in dit onderzoek geen aanknopingspunten gevonden.	Minder kinderen met een zintuiglijke beperking ontvangen deze zorg. De gevolgen hiervan zijn onduidelijk.
Afname ZG-zorg Wlz	Afname gevolg van verandering in de indicatiestelling door het CIZ waarbij kinderen minder snel Wlz-indicatie krijgen.	Kinderen ontvangen mogelijk andere zorg, bijvoorbeeld binnen de Zvw en/of Jeugdwet waarbij gezocht wordt naar oplossingen voor behandeling met (tijdelijk) verblijf.
<b>Visueel</b>		
Afname ZG-zorg Wmo	- Toeleiding is veranderd; - (Perceptie over) de hoogte van de eigen bijdrage; - Uitstroom visueel beperkte cliënten met een lichte zorgvraag.	Minder mensen met een zintuiglijke beperking ontvangen deze begeleiding en ondersteuning. Het gaat hierbij vooral om nieuwe instroom (overgangsrecht) en cliënten met een lichte zorgvraag. Mogelijk wordt de begeleiding en ondersteuning op een andere manier ingevuld.

<sup>36</sup> Het betreft mogelijke oorzaken aangezien het onderzoek een inventarisatie betreft. Het onderzoek is niet representatief genoeg om op populatieniveau significante uitspraken te doen.

<sup>37</sup> Het betreft mogelijke gevolgen aangezien het onderzoek een inventarisatie betreft. Het onderzoek is niet representatief genoeg om op populatieniveau significante uitspraken te doen.

Afname ZG-zorg Zwv volwassenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoogte van het eigen risico en het eigen risico in relatie tot kwaliteit en de 'waarde' van de zorg;</li> <li>- Toeleiding: verwijzing medisch specialist;</li> <li>- Bureaucratische werkwijze bij aanbieders van zorg aan mensen met een visuele beperking.</li> </ul>	Minder mensen met een zintuiglijke beperking ontvangen deze zorg. Mogelijk stellen deze mensen hun zorgvraag uit naar een moment dat het eigen risico wordt aangeboden.
Afname ZG-zorg Zwv cliënten Wlz-indicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onduidelijkheid welke zorgproducten onder de aanspraak vallen;</li> <li>- Mogelijk nauwer toezicht op de geleverde zorg.</li> </ul>	Minder cliënten met Wlz-indicatie worden gescreend en krijgen specialistische ZG-zorg.

Tabel 2. Samenvatting van de conclusies

#### 5.4 De gevolgen van de gesignaleerde afname van de geleverde ZG-zorg zijn onvoldoende bekend

87 De gevolgen van de gesignaleerde afname van geleverde ZG-zorg door gespecialiseerde aanbieders konden wij op grond van dit onderzoek slechts in beperkte mate vaststellen. Allereerst is het lastig om vast te stellen of, en zo ja waarom cliënten die vóór 2015 zorg krijgen nu andere of geen zorg ontvangen. Daarnaast hebben wij wel enkele reacties op de enquête en signalen van aanbieders en cliëntenorganisaties ontvangen waaruit blijkt dat potentiële cliënten geen of minder zorg hebben ontvangen maar daar naar eigen zeggen wel behoefte aan hebben. Om de gevolgen vast te stellen zou er tot slot ook inzicht moeten zijn in hoeverre de geleverde zorg in 2014 ook daadwerkelijk noodzakelijke zorg betrof.

88 Uit de enquête en de zorgmonitor blijkt wel dat mensen na de stelselwijziging (al dan niet noodgedwongen) andere keuzes maken waardoor ze mogelijk geen zorg (meer), andere vormen van zorg of zorg op een later moment ontvangen. De mate waarin dit gebeurt en wat de gevolgen van andere, minder of geen zorg zijn is moeilijk vast te stellen. Daarbij komt dat sommige gevolgen voor cliënten pas na verloop van tijd zichtbaar worden.

#### 5.5 Beperkingen onderzoek en mogelijk vervolg

89 Met dit onderzoek zijn de ontwikkelingen binnen de gespecialiseerde ZG-zorg in kaart gebracht en mogelijke oorzaken van de ontwikkelingen geïdentificeerd. Wel zijn vanwege de beperkingen van het onderzoek een aantal zaken nog onbeantwoord. De volgende punten verdienen daarbij de aandacht:

- a. Instroom Wmo gerelateerde ZG-zorg bij gespecialiseerde aanbieders en ontwikkeling ZG-zorg bij reguliere aanbieders. Bij zowel auditief/communicatie en visueel is binnen de Wmo een afname van het aantal cliënten en het aantal geleverde uren zichtbaar. In 2015 was sprake van een overgangsrecht, waardoor de verwachting is dat de afname in dat jaar met name veroorzaakt wordt door de instroom danwel dat er begeleiding is geleverd door andere aanbieders. Het overgangsrecht vervalt in 2016 waardoor het de vraag is in hoeverre cliënten de juiste begeleiding krijgen;
- b. De Zwv gerelateerde zorg aan kinderen en jongeren met een auditieve beperking neemt af, dit is opmerkelijk aangezien er geen eigen risico geldt voor jongeren onder de 18 jaar. Deze daling duidt erop dat er meer factoren een rol spelen in de afname van Zwv-gerelateerde zorg aan mensen met een auditieve beperking dan het eigen risico;



c. De stijging van het totaal aantal afgegeven Wlz-indicaties met een bovenliggende auditieve grondslag is niet in lijn met de dalende trend van het totaal aantal Wlz-indicaties dat wordt afgegeven. Mogelijk is hier sprake van een achterliggende oorzaak in relatie tot de overige stelsels (Wmo en Zvw).

90 Binnen de scope van dit onderzoek is het niet mogelijk om 'gewicht' aan de oorzaken van deze ontwikkelingen te geven (wat weegt het zwaarst voor cliënten? Voor welk deel van de (potentiële) cliënten zijn de geïnterviewde oorzaken aan de orde?). Aanvullend onderzoek naar de beweegredenen van cliënten kan helpen om het gewicht en de significantie van de oorzaken te duiden. Hiervoor kunnen bijvoorbeeld ook relevante verwijzers (zoals oogartsen) ondervraagd worden over hun ervaring en waarnemingen met betrekking tot de toeleiding van de visuele ZG-zorg.

91 Een aantal gevolgen van de ontwikkeling in de ZG-zorg voor cliënten zijn door middel van de enquête en de zorgmonitor in beeld gebracht. De gevolgen voor cliënten die geen zorg hebben gehad, maar deze wel nodig hebben zijn in beperkte mate uit het onderzoek naar voren gekomen. Focusgroepen met deze (potentiële) cliënten kan mogelijk aanvullende informatie over de gevolgen (op lange termijn) opleveren.

## A. Onderzoeksverantwoording

### Opzet van het onderzoek

92 Het onderzoek bestaat uit een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden:

- a. Kwantitatieve analyse van de volgende gegevens:
  - i. Over de geboden zorg en hulp door specialistische aanbieders;
  - ii. Over het aantal Wlz-indicaties van het CIZ;
- b. Enquête onder cliënten;
- c. (Telefonische) interviews met stakeholders zoals gemeenten en aanbieders;
- d. Groepsbijeenkomsten met stakeholders.

93 In de aanpak is, voor zover dat mogelijk was, een tweetrapsraket gehanteerd. Op basis van de uitkomsten uit de kwantitatieve analyse, hebben wij in overleg met de stakeholders gericht een aantal telefonische interviews afgenomen om bepaalde ontwikkelingen nader te verklaren. De resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden zijn geïntegreerd in een analyse van de feiten (cijfermatige ontwikkeling geleverde zorg), de duiding daarvan en mogelijke oorzaken en gevolgen.

### Kwantitatieve analyse

94 Bij aanbieders van ZG-zorg zijn cijfers opgevraagd over de door hen geleverde zorg in 2013/2014 en 2015<sup>38</sup>. Hiertoe is eerst een inventarisatie gemaakt van de specialistische aanbieders ZG-zorg. Dit zijn aanbieders die zijn aangesloten bij SIAC en VIVIS. Daarnaast zijn ook gegevens opgevraagd bij andere ZG-aanbieders die zorg en begeleiding in de AWBZ leverden en nu zorg en begeleiding aanbieden in het kader van de Wmo, Zvw en/of Wlz. In bijlage B staan de aanbieders die hiervoor zijn benaderd. Al deze aanbieders hebben uiteindelijk gegevens over de door hen geleverde zorg aangeleverd. Het gaat daarbij zowel om aantal cliënten per productgroep of cliëntprofiel als om het aantal uur (voor Wmo- en Zvw-gerelateerde zorg) of dagen (voor Wlz gerelateerde zorg) geleverde zorg.

95 Voor de overheveling van extramurale behandeling van mensen met een auditieve beperking van de AWBZ naar de Wmo en de Zvw hebben aanbieders van ZG-zorg cijfers van 2013 ingedeeld volgens de cliëntprofielen die vanaf 2015 gehanteerd worden. Om te voorkomen dat aanbieders van auditieve zorg dezelfde administratieve handeling voor 2014 uit moesten voeren, hebben wij de cijfers voor de zorg en ondersteuning uit de Wmo en de Zvw over 2013 en 2015 uitgevraagd. Voor de Wlz hebben wij de cijfers van gespecialiseerde ZG-aanbieders voor 2014 en 2015 ontvangen. Voor dit onderzoek is geen kwantitatieve uitvraag gedaan onder VG- of LG-aanbieders waar ook Wlz-cliënten met een ZG-grondslag verblijven. Aanbieders van visuele zorg hebben voor alle domeinen cijfers uit 2014 en 2015 aangeleverd.

<sup>38</sup> Bij aanbieders van ZG-zorg aan auditief beperkten of mensen met een taalontwikkelstoornis zijn gegevens over 2013 in plaats van 2014 opgevraagd. De reden hiervan is dat de aanbieders deze gegevens in het kader van een ander onderzoek al beschikbaar hadden. Op die manier konden wij de belasting van deze aanbieders beperken.

96 Een beperkt aantal aanbieders van ZG-zorg voor auditief/communicatief beperkten was niet in staat om voor 2013 het aantal cliënten per productgroep aan te leveren. Voor deze aanbieders is een schatting van het aantal cliënten gemaakt door het totaal aantal uur per productgroep in 2013 te delen door het gemiddeld aantal uur per cliënt, per productgroep in 2015. Daarnaast is gekeken naar de ontwikkeling van het gemiddeld aantal uur per cliënt, per productgroep over de periode 2013-2015 bij andere aanbieders van deze productgroepen. Zo is ook een schatting gemaakt van het aantal cliënten voor deze aanbieders waarbij rekening is gehouden met de ontwikkeling van het gemiddeld aantal uur voor de betreffende productgroepen bij andere aanbieders. De twee schattingen van het aantal cliënten die op deze manier ontstaan, zijn meegenomen als bovengrens en ondergrens voor de betreffende productgroepen bij deze aanbieders. In de gepresenteerde cijfers over het aantal cliënten Wmo-gerelateerde zorg is de onzekerheid van deze schattingen weergegeven als een foutmarge.

### **Enquête onder cliënten**

97 De tweede onderzoeksmethode betreft een enquête onder (potentiële) cliënten van ZG-zorg en ondersteuning. Er bestaat geen informatiebron met gegevens van alle (potentiële) gebruikers van ZG-zorg. Om toch zoveel mogelijk (potentiële) gebruikers te benaderen, zijn (potentiële) gebruikers op verschillende manieren benaderd:

- a. Via communicatie van de cliëntenorganisaties;
- b. Via aanbieders van ZG-zorg;
- c. Via gemeenten.

98 Bij deze aanpak zijn (potentiële) gebruikers dus niet persoonlijk benaderd. Daarom is het niet mogelijk om aan te geven hoeveel (potentiële) gebruikers zijn bereikt en daarmee of de respons representatief is. Het doel van de enquête is dan ook niet om op populatieniveau statisch significante uitspraken te doen, maar wel om oorzaken en gevolgen van veranderingen in de ZG-zorg te inventariseren. In totaal hebben we 67 bruikbare reacties ontvangen van gebruikers van zorg met een auditief/communicatieve beperking en 139 bruikbare reacties van gebruikers van zorg voor visuele beperking.

99 Om de oorzaken en gevolgen van de verandering in de ZG-zorg zo goed mogelijk in kaart te brengen, maken wij ook gebruik van de reacties naar aanleiding van de oproep van de Oogvereniging 'Wel of geen revalidatie: wat zijn uw ervaringen?'. De vraag was gericht aan mensen met een visuele beperking die in 2015 geen Zvw-zorg hebben afgenomen of training/revalidatie hebben aangevraagd, terwijl zij dat eigenlijk wel nodig hadden. Aan hen is gevraagd wat de reden was om van de zorg, training of revalidatie af te zien. De reacties op deze vraag hebben we meegenomen in de uitkomsten van dit onderzoek.

### **Interviews onder stakeholders**

100 In aanvulling op de enquête en om resultaten beter te kunnen duiden, zijn in totaal 29 (telefonische) interviews gehouden onder verschillende stakeholders die een rol spelen in de uitvoering van de ZG-zorg. In tabel 3 staat een overzicht van de geïnterviewde stakeholders, het onderwerp waarover wij hen gesproken hebben en de ontwikkeling die wij met het interview beoogden te verklaren. Op hoofdlijnen hebben we de volgende organisaties gesproken over de hieronder nader toegelichte onderwerpen:

- a. **Aanbieders van ZG-zorg** (bekende aanbieders): De nadruk ligt op het identificeren van veranderingen in de uitvoering van het proces van zorgverlening (toeleiding, toegang, zorgverlening en nazorg) die betrekking hebben op oorzaken van de verandering van de geleverde zorg;
- b. **CIZ**: Het interview met CIZ gaat vooral in op veranderingen in de indicatiestelling van ZG-zorg in de overgang van AWBZ naar Wlz;
- c. **VNG LC**: Het interview met de VNG heeft vooral betrekking op de acceptatie onder gemeenten en het gebruik van de raamovereenkomsten met aanbieders van ZG-zorg op grond van de Wmo. Hierbij vragen wij ook welke gemeenten bewust wel en niet gebruik wensen te maken van de raamovereenkomsten;
- d. **Enkele gemeenten/regio's**: Dit betreft interviews met gemeenten over de werkwijze in de toeleiding en indicatie specifiek gericht op de doelgroep ZG-zorg, het gebruik van de raamovereenkomsten en eventuele substitutie door andere aanbieders;
- e. **Wlz-aanbieders en Actiz**: Over behandeling vanuit Zvw aan Wlz-cliënten met een visuele of auditieve beperking;
- f. **VG- en LG-aanbieders**: De vraag aan deze aanbieders gaat over de ontwikkeling van het aantal cliënten met een bovenliggende ZG-indicatie dat intern verblijft;
- g. **Helpdesk van twee ZG-aanbieders visueel**: Over toegang tot Zvw en de aanwezigheid van mogelijke barrières.

Geïnterviewde organisaties	Organisaties/contactpersonen	Onderwerp	Verklaring voor
<b>Aanbieders van ZG-zorg</b>	Visio Kentalis GGMD	Het identificeren van veranderingen in de uitvoering van het proces van zorgverlening (toeleiding, toegang, zorgverlening en nazorg) die betrekking hebben op oorzaken van de verandering van de geleverde zorg.	Ontwikkelingen in de ZG-zorg.
<b>CIZ</b>	Marian van Toorenborg	Over de (veranderingen in) de indicatiestelling van ZG-zorg in de overgang van AWBZ naar Wlz.	Ontwikkeling in het aantal afgegeven indicaties en toegang tot Wlz.
<b>VNG</b>	Ronald Bellekom	De acceptatie onder gemeenten en het gebruik van de raamovereenkomsten met aanbieders van ZG-zorg en welke gemeenten bewust wel en niet gebruik maken van de raamovereenkomsten.	Afname gebruik van Wmo-voorzieningen bij ZG-aanbieders.
<b>Gemeenten/regio's</b>	Haarlem Sint-Michielsgestel Ede Groningen Amsterdam Lelystad Regio Gooi- en Vechtstreek Tilburg Vught Den Bosch Amersfoort Zeist	De werkwijze in de toeleiding en indicatie specifiek gericht op de doelgroep ZG-zorg, het gebruik van de raamovereenkomsten en eventuele substitutie door andere aanbieders.	Afname gebruik van Wmo-voorzieningen bij ZG-aanbieders.

<b>Wlz-aanbieders en revalidatiecentrum</b>	Stichting Aveleijn 's Heeren Loo Stichting De Lichtenvoorde Azora Careyn Naarderheem	Behandeling vanuit Zvw aan Wlz-cliënten met een visuele beperking	Afname van behandeling vanuit Zvw aan Wlz-cliënten met een visuele beperking.
<b>VG-aanbieders/ Wlz-aanbieders</b>	Philadelphia Ipse de Bruggen Odion Noorderbrug	Over de ontwikkeling van het aantal cliënten met een bovenliggende ZG-indicatie dat intern verblijft.	Het verschil tussen het totaal aantal cliënten met Wlz-indicatie met ZG-grondslag en het aantal cliënten met een Wlz-indicatie dat intern bij een ZG-aanbieders verblijft
<b>Helpdesk ZG-aanbieders</b>	Stichting Bartiméus Visio	Telefonisch interview met de helpdeskmedewerker van aanbieders van ZG-zorg aan mensen met een visuele beperking over toegang tot Zvw.	Toegang tot Zvw en mogelijke barrières.

Tabel 3. Overzicht geïnterviewde stakeholders

## Groepsbijeenkomst met stakeholders

101 In het onderzoek is een groepsbijeenkomst met stakeholders gehouden. Deze bijeenkomst had tot doel om relevante informatie boven tafel te krijgen en uitkomsten te kunnen duiden. In de groepsbijeenkomst lag de nadruk op het valideren en duiden van de cijfermatige resultaten en het bespreken van hoe de wijzigingen in het zorggebruik zich verhouden met eventuele trends. Daarnaast zijn de oorzaken en effecten van de afname van zorg en ondersteuning voor cliënten met een zintuiglijke beperking besproken. In onderstaande tabel staat een overzicht van de deelnemers van de groepsbijeenkomst.

Naam	Organisatie
Helma van der Heijden	Kentalis
Lisette de Jong	GGMD
Jolanda Uyen	Kalorama
Esther Nizet	Robert Coppes Stichting
Nursel Günal	Stichting Bartiméus
Ellie Verstappen	Stichting Bartiméus
Jette Bolle	Gemeente Amsterdam
Ingrid Voerman	Gemeente Groningen
Laura Hoogstraten	De oogvereniging
Mariën Hannink	Het platform doven, slechthorenden en TOS

102

## Begeleidingscommissie

103 Voor de begeleiding van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld. Figuur 11 geeft een overzicht van de samenstelling van de begeleidingscommissie en de groepsbijeenkomst. In bijlage F staat een overzicht van de personen die bij de begeleidingscommissies aanwezig waren. De begeleidingscommissie is op twee momenten geraadpleegd:

- a. Bij aanvang van het onderzoek om de hypothesen te formuleren;
- b. In de laatste fase van het onderzoek om de conceptrapportage te bespreken.



Figuur 11. Overzicht van wijze waarop relevante stakeholders betrokken zijn

## Hardheid van de resultaten

104 Met de gehanteerde aanpak kunnen de volgende (type) uitspraken worden gedaan:

- a. Met de kwantitatieve analyse van de door specialistische aanbieders geleverde zorg ontstaat een nagenoeg compleet beeld van de ontwikkelingen in geleverde zorg voor deze specialistische aanbieders. Deze specialistische aanbieders leveren het grootste deel van de Zvw-gerelateerde zorg. Ook leveren zij zorg aan meer dan de helft van de cliënten met een Wlz-indicatie. De overige cliënten met een Wlz-indicatie ontvangen zorg van andere aanbieders. Deze aanbieders zijn niet benaderd voor het aanleveren van gegevens, maar hebben wij steekproefsgewijs gevraagd naar hoe de geleverde zorg aan hun cliënten met een zintuiglijke beperking zich heeft ontwikkeld in de periode 2014-2015. Daarmee is een betrouwbaar beeld gegenereerd van de ontwikkeling van de ZG-zorg binnen de Zvw en de Wlz. Binnen de Wmo is sprake van een andere situatie. Vanaf 2015 kunnen gemeenten andere keuzes maken voor het bieden van begeleiding en ondersteuning aan mensen met een zintuiglijke beperking. Mogelijk dat zij vanaf 2015 meer met andere aanbieders zaken doen dan met de specialistische aanbieders. Die mogelijke andere aanbieders hebben wij in dit onderzoek niet betrokken, waarmee het beeld voor wat betreft de Wmo mogelijk niet compleet is. Wel hebben wij steekproefsgewijs een aantal gemeenten benaderd en gevraagd naar hun beleid ten aanzien van zintuiglijke gehandicaptenzorg in de Wmo. Op basis daarvan zijn geen indicaties ontvangen dat gemeenten in 2015 mensen met een auditieve en visuele beperking niet naar specialistische aanbieders doorverwijzen indien dit aanbod past bij de betreffende hulpvraag;
- b. Met de combinatie van de kwantitatieve analyse en de overige methoden kunnen bepaalde oorzaken van ontwikkelingen (voor een deel) worden uitgesloten en voor een deel worden verklaard. Door deze triangulatie van bronnen (cliëntenvertegenwoordigers), zorgaanbieders, gemeenten) en methoden (uitvraag geleverde zorg onder aanbieders, enquête onder cliënten, groepsbijeenkomst met stakeholders, interviews met aanbieders en gemeenten) is het aannemelijk dat de belangrijkste oorzaken en gevolgen in beeld zijn gebracht. Wij benadrukken hier echter ook dat de doelgroep die in 2015 geen zorg (meer) heeft ontvangen, waar deze doelgroep dat in voorgaande jaren waarschijnlijk



wel zou hebben ontvangen, slechts beperkt in beeld is gekomen in dit onderzoek. Daarmee kunnen wij geen absolute uitspraken doen over oorzaken en gevolgen. Op basis van dit onderzoek kan dus niet worden gezegd dat (bijvoorbeeld) de afname van de geleverde zorg aan mensen met een visuele beperking in de Zvw voor (bijvoorbeeld) 50% is toe te schrijven aan het eigen risico. Wij kunnen op basis van dit onderzoek bijvoorbeeld wel aangeven dat de verschillende stakeholders het eigen risico noemen als belangrijk(st)e oorzaak voor deze daling.

## B. Aanlevering gegevens door specialistische aanbieders

Aanbieders	Doelgroep	Wmo	Zvw	Wlz
Koninklijke Kentalis Zorg	Auditief	X	X	X
NSDSK	Auditief		X	
Koninklijke Auris Groep Zorg	Auditief		X	
Pento	Auditief		X	
GGMD	Auditief	X	X	
Gelderhorst	Auditief	X		X
Kalorama	Auditief/ visueel	X	X	X
Noorderbrug	Auditief	X	X	X
Adelante zorggroep <sup>39</sup>	Auditief		X	
Libranet <sup>40</sup>	Auditief		X	
Radboud UMC <sup>41</sup>	Auditief		X	
Milo	Auditief		X	
Robert Coppes Stichting	Visueel	X	X	X
Stichting Bartiméus	Visueel	X	X	X
Koninklijke Visio	Visueel	X	X	X

<sup>39</sup> Onderdeel van Stichting Gezinsbegeleiding Zuid-Oost Nederland.

<sup>40</sup> Onderdeel van Stichting Gezinsbegeleiding Zuid-Oost Nederland.

<sup>41</sup> Onderdeel van Stichting Gezinsbegeleiding Zuid-Oost Nederland.

## C. Resultaten enquête

105 Ten behoeve van het onderzoek zijn twee aparte enquêtes uitgezet. Eén voor mensen met een auditieve/communicatieve beperking (enquête auditief/TOS) en één voor mensen met een visuele beperking (enquête visueel).

106 Op de enquête visueel hebben wij op 17 augustus 2016 in totaal 207 reacties ontvangen, waarvan 193 bruikbare reacties (volledig genoeg om te gebruiken in de analyse). Op de enquête auditief/TOS reageerden 73 mensen, waarvan 67 bruikbare reacties.

### Resultaten enquête visueel

	Maakte u in 2014 en/of 2015 gebruik van woonondersteuning of dagbesteding van een instelling voor blindheid/slechtziendheid? (ZG-zorg gefinancierd vanuit de Awbz/Wmo)		Woonde u in 2014 en/of 2015 in een voorziening van een instelling voor blindheid/slechtziendheid? (ZG-zorg gefinancierd vanuit de Awbz/Wlz)		Maakte u in 2014 en/of 2015 gebruik van mobiliteitstraining, ict-training, ergotherapie en/of maatschappelijk werk van een instelling voor blindheid/slechtziendheid? (ZG-zorg gefinancierd vanuit de Awbz/Zvw)	
	n=181		n=157		n=150	
	frequentie	percentage	frequentie	percentage	frequentie	percentage
Alleen in 2014	21	12%	0	0%	11	8%
Alleen in 2015	8	4%	1	1%	25	19%
Zowel in 2014 als 2015	26	14%	17	11%	57	42%
Niet in 2014 en 2015	126	70%	139	89%	57	42%

107 Uit deze resultaten maken wij het volgende op:

- 30% (55 personen) van de respondenten maakten in 2014 en/of 2015 gebruik van de AWBZ/Wmo. Van deze 55 personen, hadden er 26 zowel Wmo-zorg in 2014 als in 2015. 21 mensen hadden alleen Wmo-zorg in 2014 en 8 respondenten alleen in 2015;
- Een heel beperkt deel van de respondenten maakte in 2014 en/of 2015 gebruik van de AWBZ/Wlz (12%). Dit zegt iets over de respondentengroep;
- 69% van de respondenten maakte zowel in 2014 als in 2015 gebruik van ZG-zorg uit de Zvw. 11 personen maakten alleen in 2014 gebruik van de Zvw, 25 personen alleen in 2015.

	Hoe passend vindt u de woonondersteuning of dagbesteding die u in 2015 kreeg van de instelling voor blindheid/slechtziendheid ten opzichte van 2014?	Hoe passend vindt u de voorziening van de instelling voor blindheid/slechtziendheid waarin u woonde in 2015 ten opzichte van 2014?	Hoe passend vindt u de mobiliteitstraining, ict-training, ergotherapie en/of maatschappelijk werk die u in 2015 kreeg van de instelling voor blindheid/slechtziendheid ten opzichte van 2014?
	n=42	n=16	n=73
	frequentie	frequentie	frequentie
In 2015 veel minder passend dan in 2014	3	0	4

In 2015 minder passend in 2015 dan in 2014	5	0	5
In 2015 even passend als in 2014	33	16	54
In 2015 meer passend dan in 2014	0	0	6
In 2015 veel meer passend dan in 2014	1	0	4

### Resultaten enquête auditief/TOS

108 Voor de compleetheid staat hieronder ook een tabel weergegeven met daarin de resultaten van de enquête voor auditief/TOS.

	Maakte u in 2014 en/of 2015 gebruik van woonondersteuning of dagbesteding van een instelling voor doofheid/slechthorendheid of TOS? (ZG-zorg gefinancierd vanuit de Awbz/Wmo)	Woonde u in 2014 en/of 2015 in een voorziening van een instelling voor doofheid/slechthorendheid of TOS? (ZG-zorg gefinancierd vanuit de Awbz/Wlz)	Maakte u in 2014 en/of 2015 gebruik van gezinsbegeleiding, vroegbehandeling of communicatietraining van een instelling voor doofheid/slechthorendheid of TOS? (ZG-zorg gefinancierd vanuit de Awbz/Zvw)
	N=59	N=55	N=46
	frequentie	frequentie	frequentie
Alleen in 2014	6	6	1
Alleen in 2015	3	0	8
Zowel in 2014 als 2015	4	3	12
Niet in 2014 en 2015	46	46	25

109 Uit deze resultaten maken wij het volgende op:

- 13 respondenten maakten in 2014 en/of 2015 gebruik van de AWBZ/Wmo. Van deze 13 personen, hadden er 4 zowel Wmo-zorg in 2014 als in 2015. 6 mensen hadden alleen Wmo-zorg in 2014 en 3 respondenten alleen in 2015;
- Een heel beperkt deel van de respondenten (9 personen) maakte in 2014 en/of 2015 gebruik van de AWBZ/Wlz.
- Het grootste deel van de respondenten (21 personen) maakte zowel in 2014 als in 2015 gebruik van ZG-zorg uit de Zvw. 1 respondent maakte alleen in 2014 gebruik van de Zvw, 8 personen alleen in 2015.
- Van de respondenten die in 2015 gebruikmaakten van ZG-zorg uit de Zvw ontvingen 6 personen voor het eerst zorg en 6 personen evenveel zorg als het jaar daarvoor.

Ontving u in 2015 meer of minder gezinsbegeleiding, vroegbehandeling of communicatietraining van de instelling voor doofheid/slechthorendheid of TOS dan in 2014?	
In 2015 ontving ik voor het eerst gezinsbegeleiding, vroegbehandeling of communicatietraining	6
In 2015 ontving ik meer dan in 2014	1
Ik ontving evenveel in 2015 als in 2014	6
In 2015 ontving ik minder dan in 2014	1
In 2015 ontving ik geen gezinsbegeleiding, vroegbehandeling of communicatietraining	1

## D. Gegevensuitvraag onder aanbieders ZG-zorg

110 Onder aanbieders van specialistische ZG-zorg zijn de volgende gegevens opgevraagd:

- a. Voor ZG-zorg die van de AWBZ naar de Wmo is gegaan:
  - i. Aantal cliënten per productgroep voor 2014<sup>42</sup> en 2015;
  - ii. Aantal uren of dagen per productgroep voor 2014<sup>31</sup> en 2015;
- b. Voor ZG-zorg die van de AWBZ naar de Zvw is gegaan:
  - i. Aantal cliënten per productgroep voor 2014<sup>31</sup> en 2015;
  - ii. Aantal uren of dagen per productgroep voor 2014<sup>31</sup> en 2015;
- c. Voor ZG-zorg die van de AWBZ naar de Wlz is gegaan:
  - i. Aantal cliënten per productgroep voor 2014 en 2015;
  - ii. Aantal uren of dagen per productgroep voor 2013/2014 en 2015.

<sup>42</sup> Bij aanbieders van ZG-zorg aan auditief beperkten of mensen met een taalontwikkelingsstoornis zijn gegevens over 2013 in plaats van 2014 opgevraagd. De reden hiervan is dat de aanbieders deze gegevens in het kader van de overheveling aan de Nza beschikbaar hadden gesteld. Op die manier konden wij de belasting van deze aanbieders beperken.

Uren ZG-zorg per product							
	2013 (AWBZ)			2015 (Wmo)			
	Aantal cliënten	Aantal uren per product	Gemiddelde	Aantal cliënten	Nieuwe instroom	Aantal uren per product	Gemiddelde
<b>Auditief/Communicatief Wmo gerelateerd</b>							
Toeleiding vroegdove volwassenen							
Verlengde toeleiding vroegdove volwassenen							
Consultatie vroegdove volwassenen							
Directe beantwoording korte begeleidingsvragen vroegdove volwassenen							
Gespecialiseerde begeleiding ZG vroegdove volwassenen							
Revaliderende begeleiding ZG vroegdove volwassenen							
Dagopvang zintuiglijke gehandicapten vroegdove volwassenen							
Toeleiding doofblinde volwassenen							
Verlengde toeleiding doofblinde volwassenen							
Consultatie doofblindheid doofblinde volwassenen							
Directe beantwoording korte begeleidingsvragen doofblinde volwassenen							
Gespecialiseerde begeleiding doofblinden							
Begeleidersvoorziening doofblinden							
<b>Uren ZG-zorg per jaar</b>							
	2013 (AWBZ)			2015 (Zvw)			
	Aantal cliënten	Aantal uren per product	Gemiddelde	Aantal cliënten	Nieuwe instroom	Aantal uren per product	Gemiddelde
<b>Auditief/Communicatief Zvw gerelateerd (exclusief reiskosten)</b>							
Cliëntprofiel 1 Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar							
Cliëntprofiel 2 Dove cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar							
Cliëntprofiel 3 Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar							
Cliëntprofiel 4 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 0,5 tot 5 jaar							
Cliëntprofiel 5 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar							
Cliëntprofiel 6 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar							
Cliëntprofiel 7 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar							
Cliëntprofiel 8 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar							
Cliëntprofiel 9 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 tot 23 jaar							
Cliëntprofiel 10 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 5 tot 12 jaar							
Cliëntprofiel 11 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 12 tot 23 jaar							
Cliëntprofiel 12 Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 12 tot 23 jaar							
Cliëntprofiel 13 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 12 tot 23 jaar							
Cliëntprofiel 14 Vroegdove volwassen cliënt							
Cliëntprofiel 15 Plotsdove of laatdove volwassen cliënt							
Cliëntprofiel 16 Slechthorende volwassen cliënt							
Cliëntprofiel 17 Doofblinde volwassen cliënt							
Cliëntprofiel 18 Cliënt met een auditieve en/of communicatieve en verstandelijke beperking in de leeftijd van 0 tot 18 jaar							
Cliëntprofiel 19 Volwassen cliënt met een auditieve en/of communicatieve en verstandelijke beperking							
Cliëntprofiel Autisme met WIBTC in de leeftijd van 1 - 5 jaar							
Cliëntprofiel Autisme met WIBTC in de leeftijd van 5 - 23 jaar							
AIV en Consultatie							
Niet ingedeeld							
<b>Aantal dagen ZG-zorg per jaar</b>							
	2014 (AWBZ)			2015 (Wlz)			
	Aantal cliënten	Aantal dagen	Gemiddelde	Aantal cliënten	Nieuwe instroom	Aantal dagen	Gemiddelde
<b>Auditief/Communicatief Wlz gerelateerd</b>							
	ZZP dagen (exclusief toeslagen)						

<b>Uren ZG-zorg per product</b>						
	2014 (AWBZ)			2015 (Wmo)		
	Aantal cliënten	Aantal uren per product	Gemiddelde	Aantal cliënten	Aantal uren per product	Gemiddelde
<b>Visueel Wmo gerelateerd</b>						
Probiel 4b						
<b>Uren ZG-zorg per jaar</b>						
	2014 (AWBZ)			2015 (Zvw)		
	Aantal cliënten	Aantal uren per product	Gemiddelde	Aantal cliënten	Aantal uren per product	Gemiddelde
<b>Visueel Zvw gerelateerd</b>						
Profiel 1						
Profiel 2						
Profiel 3						
Profiel 4a						
Profiel 5						
Profiel 6						
<b>Aantal dagen ZG-zorg per jaar</b>						
	2014 (AWBZ)			2015 (Wlz)		
	Aantal cliënten	Aantal dagen	Gemiddelde	Aantal cliënten	Aantal dagen	Gemiddelde
<b>Visueel Wlz gerelateerd</b>						
ZZP						

## E. Begeleidingscommissie

Naam	Organisatie	Aanwezig eerste begeleidingscommissie	Aanwezig tweede begeleidingscommissie
Laura Hoogstraten	De oogvereniging	X	X
Mariën Hannink	Het platform doven, slechthorenden en TOS	X	
Arend Verschoor	Het platform doven, slechthorenden en TOS		X
Noortje Staal	VIVIS	X	X
Nicole Houdijk	SIAC	X	X
Ronald Bellekom	VNG		
Jette Bolle	Gemeente		X
Jasper van Kuik (agenda lid)	ZN		
Gera van der Woude	VGN	X	X
Jan-Wijbren Bijker	NZA		X
Paula Terra	Ministerie van VWS	X	X