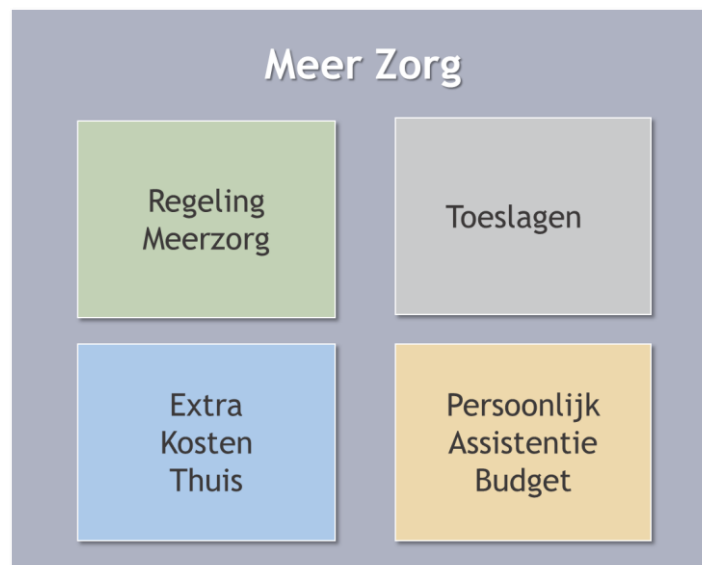


Onderzoek gebruik meer zorg



Enschede, mei 2016
AW/16/1132/gmezo

drs. Peter Bakker
ir. Laura Hofman
drs. Angela Welling

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Samenvatting | 4 |
| 1. Inleiding | 8 |
| 1.1 Aanleiding onderzoek | 8 |
| 1.2 Doel- en vraagstelling onderzoek | 9 |
| 1.3 Onderzoeksaanpak..... | 9 |
| 1.3.1 Reguliere praktijk | 10 |
| 1.3.2 Proeftuinen Meerzorg 2.0 | 12 |
| 2. Procedures | 14 |
| 2.1 Regeling Meerzorg | 15 |
| 2.1.1 Intramuraal GZ | 16 |
| 2.1.2 Intramuraal VV en GGZ | 19 |
| 2.1.3 Extramuraal (VPT, MPT, pgb) | 20 |
| 2.2 Toeslagen | 23 |
| 2.3 Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) | 25 |
| 2.4 Extra Kosten Thuis (EKT) | 26 |
| 2.5 Vergelijking procedures | 27 |
| 3. Reden aanvraag | 29 |
| 3.1 Toeslagen | 29 |
| 3.2 Extra kosten thuis (EKT) | 30 |
| 3.3 Persoonlijk assistentie budget (PAB) | 30 |
| 3.4 Meerzorg | 30 |
| 3.5 Vergelijking redenen per regeling | 33 |
| 4. Gebruik van en ervaringen met meer zorg | 35 |
| 4.1 Omvang gebruik regelingen meer zorg | 35 |
| 4.2 Meerzorg | 38 |
| 4.3 Toeslagen | 40 |
| 4.4 Extra kosten thuis (EKT) | 42 |
| 4.5 Persoonlijk assistentie budget (PAB) | 44 |
| 4.6 Conclusies kwantitatieve analyse gebruik meer zorg | 44 |
| 4.7 Ervaringen cliënten..... | 44 |
| 4.8 Ervaringen gedragskundigen | 46 |
| 4.9 Ervaringen overige stakeholders | 48 |
| 4.10 Conclusie ervaringen met meer zorg | 51 |
| 5. Proeftuinen Meerzorg 2.0 | 53 |
| 5.1 Kwantitatieve gegevens | 54 |
| 5.2 Ervaringen cliënten..... | 54 |
| 5.3 Ervaringen gedragskundigen | 55 |
| 5.4 Ervaringen concessiehouders | 56 |
| 5.5 Ervaringen overige stakeholders | 59 |
| 5.6 Procedures Proeftuinen Meerzorg 2.0 | 60 |
| 5.7 Analyse proeftuinen | 60 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 6. | Bevindingen | 62 |
| 6.1 | Analyse regelingen meer zorg | 62 |
| 6.2 | Meerzorg regulier en Meerzorg in de proeftuinen | 64 |
| 6.3 | Meerzorg in de thuissituatie versus Meerzorg in een instelling..... | 65 |
| Bijlage 1. | Vragenlijst ervaringen cliënten gebruik meer zorg | 66 |
| Bijlage 2. | Vragenlijst ervaringen professionals gebruik meer zorg - regulier | 70 |
| Bijlage 3. | Checklist Meerzorg van CCE | 75 |
| Bijlage 4. | Gebruik meer zorg per zorgprofiel | 79 |
| Bijlage 5. | Aantallen gebruikers meer zorg per Wlz-uitvoerder..... | 81 |
| Bijlage 6. | Regeling Meerzorg: bedrag per Wlz-uitvoerder | 82 |
| Bijlage 7. | Achtergrond informatie betrokken proeftuinen | 83 |
| Bijlage 8. | Voorbeeld uitvraag bij aanvraag Meerzorg..... | 84 |

Samenvatting

Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging was het streven dat circa 95% van alle intramurale cliënten zou 'passen' binnen de onderscheiden ZZP's. Voor cliënten waarbij dat niet het geval was zijn er alternatieven ontwikkeld.

Er bestaan nu vier regelingen die cliënten de mogelijkheid bieden extra ondersteuning te ontvangen:

1. de regeling Meerzorg;
2. toeslagen;
3. de extra kosten thuis regeling (EKT);
4. het persoonlijk assistentiebudget (PAB).

Om inzicht te krijgen in het gebruik van meer zorg, heeft de NZa bureau HHM gevraagd onderzoek te doen naar het gebruik van meer zorg. Naast een kwantitatief beeld van het gebruik, hebben we ook de ervaringen van gebruikers van meer zorg geïnventariseerd. Daarbij zijn ook de ervaringen meegenomen uit de proeftuinen die in de periode van het onderzoek actief waren rondom de regeling Meerzorg in de gehandicaptensector.

Gebruik meer zorg

We hebben bij de Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) op cliëntniveau het gebruik van meer zorg geïnventariseerd. In totaal maken op 1 januari 2016 3.899 cliënten gebruik van één van de regelingen voor meer zorg. Landelijk beschikken 282.000 cliënten over een indicatie voor de Wlz. Het aandeel gebruikers van meer zorg bedraagt dus ruim 1% van de totale Wlz-populatie. Bij de proeftuinen Meerzorg 2.0 zijn circa 125 cliënten betrokken, dit is ongeveer 5% van het totale aantal cliënten met Meerzorg. Uit de analyse van de proeftuinen komt naar voren dat de grootste groep hiervan afkomstig is uit de gehandicaptensector, gebruikmaakt van de regeling Meerzorg of één van de toeslagen en woonachtig is in een intramurale setting. De EKT-regeling en het PAB zijn alleen in de thuissituatie mogelijk. De lage aantallen bij Meerzorg in de VV en GGZ en bij de regelingen EKT en PAB hangen (deels) samen met het feit dat het gebruik van deze regelingen op het peilmoment nog maar net mogelijk was.

In onderstaande tabel wordt het totaal aantal gebruikers verbijzonderd naar sector, regeling en naar setting. Hieruit komt naar voren dat het overgrote deel van de cliënten afkomstig is uit de gehandicaptensector en woonachtig is in een intramurale setting. Opvallend is het beperkt aantal cliënten in de GGZ en VV met uitzondering van de toeslagen VV.

| Regeling | Intramuraal | | | Thuiswonend | | | Totaal |
|---------------|--------------|------------|-----------|-------------|-----------|----------|--------------|
| | GZ | VV | GGZ | GZ | VV | GGZ | |
| Meerzorg | 2.137 | 0 | 0 | 143 | 8 | | 2.288 |
| Toeslagen | 1.172 | 324 | 20 | 32 | 1 | | 1.549 |
| EKT | | | | 47 | 2 | | 49 |
| PAB | | | | 13 | | | 13 |
| Totaal | 3.309 | 324 | 20 | 235 | 11 | 0 | 3.899 |

Tabel 1. Aantal cliënten per regeling (peildatum 1-1-2016)

Voor de vier regelingen tezamen zijn de uitgaven circa € 178,5 miljoen, dit is circa 1% van de totale Wlz-uitgaven.

Reden aanvraag

De procedures die gelden voor de verschillende regelingen zijn beschreven in hoofdstuk twee van deze rapportage. We constateren een verschil tussen de regeling Meerzorg en de toeslagen enerzijds en de EKT-regeling en het PAB anderzijds. De eerste twee regelingen maken het mogelijk om meer zorg te krijgen wanneer de zorgzwaarte groter is dan het best passende zorgprofiel/ZZP. EKT en PAB zijn erop gericht om het voor specifieke groepen financieel mogelijk te maken om thuis te (blijven) wonen. Voor deze specifieke groepen cliënten wordt enige ondoelmatigheid in de zorgverlening geaccepteerd, met het doel om voor deze cliënten zorg thuis mogelijk te maken.

De redenen waarom meer zorg wordt aangevraagd zijn divers. Bij drie van de vier regelingen hangen de redenen sterk samen met de aanleiding waarvoor de regeling is opgesteld.

- De toeslagen zijn bedoeld voor groepen cliënten met gemeenschappelijke kenmerken waarvoor het best passende zorgprofiel niet toereikend is. Bijvoorbeeld voor cliënten met de ziekte van Huntington of voor cliënten die invasief beademd moeten worden. De reden voor het aanvragen van de toeslag is dat zorgzwaarte vanwege de cliëntkenmerken ('diagnose') groter is dan het best passend zorgprofiel.
- Bij het persoonlijk assistentiebudget staat de wens van de cliënt centraal om zelfstandig te kunnen blijven wonen, maar wordt dit belemmerd door een medische zorgvraag.
- De reden dat cliënten een beroep doen op de regeling extra kosten thuis, is veelal het thuis willen blijven wonen in combinatie met kinderen. Of de cliënt zelf is nog jong of de cliënt heeft kinderen.
- De redenen voor het aanvragen van de regeling Meerzorg hangt vaak samen met probleemgedrag. De redenen voor het probleemgedrag zijn echter niet eenvoudig te benoemen. Er is altijd sprake van een stapeling van cliëntkenmerken (zoals diagnoses, stoornissen, beperkingen) en contextfactoren die allen hun effect hebben en in samenhang moeten worden gezien.

Ervaringen gebruikers

Om de ervaringen van de gebruikers te inventariseren hebben we interviews gehouden met de volgende partijen:

- cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers die gebruik maken van meer zorg;
- gedragskundigen die betrokken zijn bij het aanvragen van Meerzorg;
- medewerkers van het CCE die betrokken zijn bij het adviseren over een aanvraag voor Meerzorg;
- concessiehouders (medewerkers die namens de Wlz-uitvoerders betrokken zijn bij de proeftuinen Meerzorg);
- overige stakeholders (o.a. cliëntenorganisaties, brancheorganisaties).

De interviews hadden met name betrekking op de regeling Meerzorg in de gehandicaptenzorg.

Over het algemeen is men tevreden met de mogelijkheid om via de regeling Meerzorg maatwerk te kunnen bieden voor cliënten die niet passen in de bestaande zorgprofielen. In de intramurale zorg wordt gepleit voor de mogelijkheid om een deel van de middelen voor Meerzorg te besteden aan specifieke deskundigheidsbevordering van de begeleiders van de cliënt en/of aan medecliënten in de bewonersgroep.

Sommige cliëntvertegenwoordigers ervaren de regeling Meerzorg als een manier om de zorg thuis te kunnen organiseren. Dat wil echter niet zeggen dat via Meerzorg de eventuele ondoelmatigheid van zorg thuis wordt bekostigd (zoals bij het EKT en PAB). In de aanvraagprocedure is namelijk zodanig vormgegeven dat er wel degelijk sprake moet zijn van een extreme zorgzwaarte, wil Meerzorg toegekend worden.

Proeftuinen Meerzorg versus Meerzorg regulier

Wanneer we de ervaringen van de betrokkenen met de reguliere Meerzorgprocedure vergelijken met die in de proeftuinen ontstaat het volgende beeld:

- Gedragskundigen en concessiehouders delen de mening dat de reguliere aanvraagprocedure voor Meerzorg complex en arbeidsintensief is. Gedragskundigen geven aan dat vooral het invullen van het Excel-sjabloon hen veel tijd en moeite kost; de werkelijkheid van de cliënt in de groepssetting laat zich moeilijk vertalen in het format van het aanvraagformulier.
- Daarnaast ervaren de gedragskundigen het gesprek met het CCE in de reguliere procedure als een beoordeling die bepalend is of er wel of geen Meerzorg wordt toegekend. Vanwege dat karakter komt de consultatie en expertiserol van het CCE niet goed tot zijn recht. In de reguliere procedure heeft het CCE twee petten op. De pet van toetsers en de pet van experts op het gebied van gedragsproblematiek. Deze twee rollen verhouden zich onderling slecht. In de proeftuinen kan het CCE haar consultatie- en expertiserol wel vervullen. Dat bevordert een efficiënte en effectieve inzet van de middelen.
- In de proeftuinen wordt geëxperimenteerd met meer eenvoudige varianten van de aanvraagprocedure. Alle betrokken partijen zijn daar positief over.
- De bepaling van de hoogte van het budget is maatwerk. Eén concessiehouder experimenteert momenteel in de proeftuinen met een indeling in budgetcategorieën. Het is nog te vroeg om daar conclusies uit af te leiden.
- De middelen kunnen in de proeftuinen breder besteed worden dan in de reguliere procedure (in de praktijk wordt ongeveer 90-95% besteed aan extra uren en

5-10% aan deskundigheidsbevordering). Alle partijen hebben de indruk dat door deze flexibiliteit in de besteding, het geld beter besteed wordt en dat dit tot betere resultaten leidt.

Meerzorg thuis versus Meerzorg in een instelling

Een analyse van de ervaringen van cliënten met Meerzorg in de thuissituatie en cliënten met Meerzorg in een instelling, leidt tot het volgende beeld.

- Voor cliënten/cliëntvertegenwoordigers die de zorg in de thuissituatie organiseren, geldt dat ze zelf de aanvraag voor Meerzorg moeten doen. Daarbij ondervinden ze veel moeite. Cliënten die in een instelling verblijven hebben nauwelijks met de aanvraagprocedure te maken. De zorgaanbieder doet namens hen de aanvraag voor Meerzorg.
- De consequentie van het niet toekennen van Meerzorg verschilt per woonsituatie. Bij cliënten in de thuissituatie is het gevolg van het niet toekennen van Meerzorg veelal dat de cliënt niet meer thuis kan blijven wonen en moet verhuizen naar een instelling. Wanneer voor cliënten die intramuraal verblijven bij een zorgaanbieder de aanvraag voor Meerzorg niet wordt toegekend, heeft de zorgaanbieder nog enige ruimte om via substitutie met andere cliënten toch de benodigde zorg te leveren.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging was het streven dat circa 95% van alle intramurale cliënten zou ‘passen’ binnen de onderscheiden ZZP’s. Voor cliënten-categorieën waarbij dat niet het geval is zijn in de loop der jaren verschillende toeslagen ontwikkeld. Verder is in de sector gehandicaptenzorg de regeling extreme zorgzwaarte ingevoerd om voor individuele cliënten de inzet van meer uren zorg mogelijk te maken dan kan worden bekostigd uit het geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket (ZZP).

De introductie van de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft geleid tot enkele aanpassingen in de mogelijkheden om gebruik te maken van de regelingen voor het krijgen van meer zorg. De Regeling langdurige zorg (Rlz) maakt het mogelijk dat een verzekerde recht heeft op meer zorg dan waarop hij op grond van het voor hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft.

In de regeling langdurige zorg zijn vier mogelijkheden opgenomen om meer zorg te kunnen ontvangen:

1. de regeling Meerzorg¹;
2. toeslagen;
3. de extra kosten thuis regeling (voor een verzekerde met een modulair pakket thuis, MPT);
4. het persoonlijk assistentiebudget (voor een verzekerde met een persoonsgebonden budget, pgb).

De extra kosten thuis regeling (EKT) en het persoonlijk assistentiebudget (PAB) zijn per 2015 in de regeling langdurige zorg opgenomen. Per 2016 is de regeling Meerzorg uitgebreid van de gehandicaptensector naar de langdurige GGZ (waarbij sprake is van voortgezet verblijf in de Wlz) en de ouderenzorg en specifiek voor zorgprofiel LG-6.

Via een tweetal moties heeft de Tweede Kamer de regering gevraagd maatwerk mogelijk te maken voor groepen verzekerden, die niet passen in het standaard zorgprofiel. Ook heeft de regering de opdracht gekregen om de mogelijkheid te onderzoeken van indicatiestelling door het CIZ van verzekerden met een maatwerkprofiel en een bijpassende bekostigingssystematiek te ontwerpen. De staatssecretaris van VWS heeft Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd gezamenlijk advies uit te brengen over meer zorg (brief van 30 november 2015 aan Tweede Kamer, kenmerk 874166-144236-LZ).

Om een beeld te krijgen van het gebruik van meer zorg, heeft de NZa onderzoek laten doen door bureau HHM. Bij de uitvoering van dit onderzoek betrekken we tevens de proeftuinen waarin momenteel wordt geëxperimenteerd met de regeling Meerzorg in de gehandicaptensector (Proeftuinen Meerzorg 2.0). In het najaar 2014 heeft het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en in overleg met

¹ In de rapportage bedoelen we met ‘meer zorg’ de vier mogelijkheden. Waar we ‘Meerzorg’ schrijven, doelen we specifiek op de Regeling Meerzorg.

het ministerie van VWS het initiatief genomen om een andere aanpak van de advisering over Meezorg te ontwikkelen. In de vorm van proeftuinen worden praktijkervaringen opgedaan die een bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van bestaan en meer doelmatige zorg. Hierbij zijn altijd vier partijen betrokken en geëngageerd: de zorgaanbieder, het zorgkantoor, de cliëntvertegenwoordiger en het CCE.

1.2 Doel- en vraagstelling onderzoek

Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel het in beeld krijgen van het gebruik van de regelingen voor het krijgen van meer zorg. Het gaat om:

- de omvang;
- de reden van het gebruik en
- de ervaringen van betrokken partijen.

Hierbij maken we een verbijzondering naar:

- de verschillende regelingen;
- zorg in de thuissituatie of zorg in een instelling en
- de reguliere Meezorg of de proeftuinen Meezorg 2.0.

Het onderzoek omvat de volgende stappen:

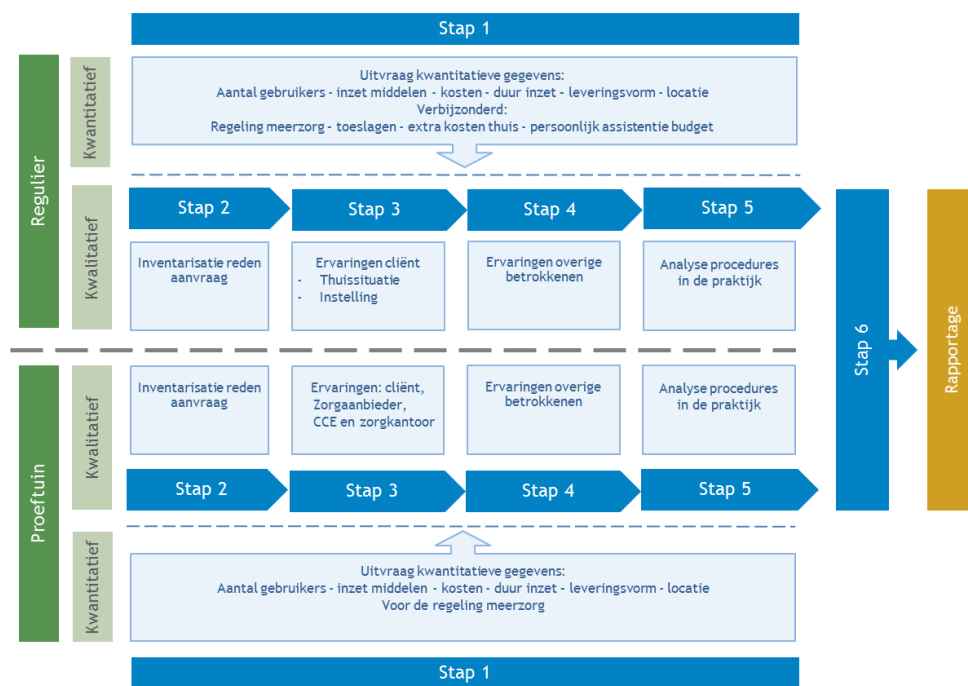
1. Inventarisatie van het gebruik van meer zorg.
2. Inventarisatie van de reden voor de aanvraag van meer zorg.
3. Onderzoek naar de cliëntervaringen met meer zorg zowel in de thuissituatie als vanuit de instelling en bij de proeftuinen.
4. Onderzoek naar ervaringen van overige betrokken partijen.
5. Onderzoek naar de wijze waarop meer zorg wordt aangevraagd en de procedures die de betrokken partijen hanteren.

De resultaten van het onderzoek zijn:

- een weergave van de kwantitatieve analyse van het gebruik van meer zorg;
- een beschrijving van de procedures die worden gehanteerd voor de verschillende regelingen;
- een beschrijving van de redenen voor de aanvraag van meer zorg;
- en weergave van de ervaringen van cliëntvertegenwoordigers en overige betrokken partijen.

1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek naar het gebruik van meer zorg bestaat uit twee onderdelen. Onderdeel één betreft de reguliere praktijk, onderdeel twee gaat specifiek in op de situatie in de proeftuinen Meezorg 2.0. Beide onderdelen bevatten dezelfde stappen, maar de wijze waarop we de gegevens verzamelen kan op punten verschillen. Het plan van aanpak ziet er als volgt uit:



Figuur 1. Schematische weergave van onderzoeksopzet

1.3.1 Reguliere praktijk

In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar de situatie in de reguliere praktijk en de situatie in de proeftuinen Meerzorg 2.0. Onder reguliere praktijk verstaan we alle situaties waarbij meer zorg aan de orde is, maar geen sprake is van een experiment proeftuin Meerzorg 2.0.

Stap 1: Uitvraag kwantitatieve gegevens

We hebben een uitvraag gedaan onder alle Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) om per regeling voor meer zorg zicht te krijgen op kwantitatieve gegevens over:

- het aantal gebruikers (met bijbehorend zorgprofiel);
- de inzet van de beschikbare middelen (zorgvormen);
- de kosten;
- de duur van de inzet;
- de leveringsvorm/locatie.

Alle Wlz-uitvoerders hebben hieraan hun medewerking verleend.

Door middel van een vast format hebben de Wlz-uitvoerders aangegeven welke cliënten op 1 januari 2016 gebruikmaakten van één van de regelingen. De regeling Meerzorg is vanaf 1 januari 2016 uitgebreid naar de sectoren Verpleging en Verzorging (VV) en de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Vanwege de peildatum (1 januari 2016) is het effect van het openstellen van de regeling in deze sectoren maar zeer beperkt zichtbaar in de cijfers over het gebruik. Het format hebben we vooraf getest bij twee Wlz-uitvoerders.

In de uitvraag via de Wlz-uitvoerders is per cliënt opgevraagd:

- van welke regeling de cliënt gebruikmaakt,
- wat de omvang van het gebruik is.

Tabel 2 geeft aan op welke wijze de data per regeling is uitgevraagd bij de Wlz-uitvoerders. De data is over een zo recent mogelijke periode uitgevraagd zodat de meest recente wijzigingen kunnen worden meegenomen (zoals de uitbreiding van de regeling Meezorg naar de sectoren VV en GGZ). Dit betekent dat we voor de regeling Meezorg, EKT en PAB de situatie van 2016 hebben uitgevraagd. Voor de toeslagen is de meest recente periode het jaar 2015. Toeslagen worden namelijk na zorglevering op cliëntniveau gedeclareerd en zijn dus nu alleen over het jaar 2015 (en niet 2016) compleet in beeld.

| Regeling | Omvang (#) | Budget per cliënt (€) |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Regeling Meezorg | Aantal maanden op jaarbasis toegekend | Jaarbudget 2016 |
| Toeslagen | Aantal eenheden gedeclareerd in 2015 | Aantal eenheden x maximum NZa tarief |
| EKT | Aantal maanden op jaarbasis toegekend | Jaarbudget 2016 |
| PAB | Aantal maanden op jaarbasis toegekend | Jaarbudget 2016 |

Tabel 2. Wijze van uitvraag Wlz-uitvoerders per meer zorg regeling

De gegevens gezamenlijk geven inzicht in het landelijk gebruik van meer zorg, uitgesplitst per regeling. Deze resultaten hebben we vergeleken met de informatie die de NZa over de budgetten op geaggregeerd niveau beschikbaar heeft.

De toeslagen die gelden voor kinderen in de gehandicaptensector hebben we in de kwantitatieve analyse buiten beschouwing gelaten. Deze toeslagen worden namelijk toegekend op basis van de leeftijd van de cliënt. Er zijn dus geen cliënten onder de 23 jaar zonder deze toeslagen. Elke cliënt die voldoet aan de leeftijdsriteria heeft automatisch een toeslag op zijn zorgprofiel.

Stap 2: Inventarisatie reden aanvraag

Bij de inventarisatie van de reden voor de aanvraag hebben we de toeslagen buiten beschouwing gelaten. Daar ligt immers de reden besloten in de specifieke kenmerken van de cliëntencategorie waarvoor de toeslag is bedoeld (zoals Huntington, CVA of intensieve beademing). Voor EKT en PAB gelden heel specifieke criteria om voor de regeling in aanmerking te komen. Bij de uitvraag onder de Wlz-uitvoerders hebben we geïnventariseerd welke reden voor de aanvraag voor een EKT of PAB van toepassing is.

Het was de bedoeling om de reden voor het aanvragen van de regeling Meezorg te inventariseren bij de Wlz-uitvoerders en het CCE. Uit de test van het format is gebleken dat de Wlz-uitvoerders deze informatie niet zonder uitgebreid dossieronderzoek kunnen aanleveren. Het CCE beschikt wel over enige globale informatie over de reden van aanvraag, maar dat biedt geen inzicht in de onderliggende/specifieke redenen. Daarom hebben we via interviews met drie toetsers van het CCE en zeven gedragskundigen van zorgaanbieders meer grip gekregen op de redenen voor het aanvragen van Meezorg.

Stap 3: Ervaringen cliënten

Om de ervaringen van de cliënten te inventariseren hebben we interviews gehouden met 22 cliënten/cliëntvertegenwoordigers. De meeste interviews zijn afgenomen door leder(in). leder(in) heeft ervaring met het op een goede manier in gesprek gaan met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

Voor het werven van cliënten/cliëntvertegenwoordigers voor de interviews hebben we verschillende wegen bewandeld. In eerste instantie hebben we de cliënten benaderd via de Wlz-uitvoerders. Vier Wlz-uitvoerders hebben een aantal cliënten, die gebruikmaken van de regelingen voor meer zorg, geselecteerd en hen schriftelijk benaderd met het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. Omdat die weg een lange doorlooptijd kent, hebben we daarnaast cliënten geworven via zorgaanbieders en cliëntenorganisaties.

In de gesprekken met de cliënt zijn de volgende thema's aan bod gekomen:

- aanvraagprocedure;
- mogelijkheden tot leveren van maatwerk;
- knelpunten;
- regels en procedures.

In bijlage 1 is de volledige vragenlijst opgenomen. Vanwege de korte doorlooptijd van het onderzoek, hebben we ervoor gekozen om de interviews telefonisch af te nemen.

Stap 4. Ervaringen overige betrokkenen

Verschillende landelijke partijen hebben direct of indirect te maken met cliënten met een behoefte aan meer zorg. In twee groepsbijeenkomsten, georganiseerd per sector, hebben we zicht gekregen op de ervaringen van diverse partijen. Omdat de regeling Meerzorg voor de sectoren Verpleging en Verzorging (VV) en de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nog niet zo'n lange historie kent als de gehandicaptensector (GZ), is ervoor gekozen om de sectoren VV en GGZ gezamenlijk te bevragen.

Stap 5. Analyse procedures

Voor het in kaart brengen van de wijze waarop meer zorg wordt aangevraagd en de procedures die worden gehanteerd, hebben we eerst de formele (schriftelijke) procedures geanalyseerd die de verschillende partijen (zoals Wlz-uitvoerders en CCE) hanteren. Het gaat hierbij om de situatie zoals begin 2016 van toepassing is.

Deze beschrijving is verder aangevuld met de informatie die we via zowel de cliënten (stap 3) als de overige partijen (stap 4) hebben ontvangen.

1.3.2 Proeftuinen Meerzorg 2.0

Op dit moment zijn tien proeftuinen actief, verspreid over het hele land. In dit onderzoek hebben we ze allemaal betrokken. In het reguliere proces van deze proeftuinen worden werkconferenties georganiseerd waarbij partijen samen evalueren en leren van de ervaringen tot nu toe.

Stap 1: Uitvraag kwantitatieve gegevens

Om een goed beeld te krijgen van de omvang zijn voor de proeftuinen dezelfde gegevens in beeld gebracht als bij Meerzorg in het reguliere proces.

Stap 2: Inventarisatie reden aanvraag

Zoals eerder aangegeven richten de proeftuinen zich op de regeling Meerzorg, beperkt tot de gehandicaptensector in de intramurale setting. Omdat er geen uitgebreide registratie is van de reden van aanvraag, is gekozen om dit te inventariseren door middel van interviews met gedragskundigen van zorgaanbieders en toetsers van het CCE. We hebben met tien gedragskundigen en drie toetsers van het CCE gesproken.

Stap 3: Gebruikerservaringen

Het aantal proeftuinen is beperkt, daarom zijn alle tien proeftuinen betrokken in het onderzoek. In deze stap zijn zowel cliënten als betrokken zorgaanbieders bevestigd. Het verzoek aan cliënten om deel te nemen is via de zorgaanbieders verlopen.

Voor de uitvraag van de ervaringen van de cliënt(vertegenwoordigers) is, net als bij de uitvraag van het reguliere traject, gebruikgemaakt van de interviewers van leder(in). Voor de werving van respondenten hebben we de zorgaanbieders gevraagd om een verzoek om deel te nemen aan een interview voor te leggen aan de cliënt(vertegenwoordiger). We hebben acht cliëntvertegenwoordigers uit de proeftuinen geïnterviewd.

Voor het benaderen van de zorgaanbieders is gesproken met de direct betrokken professional; in totaal hebben we tien professionals uit de proeftuinen geïnterviewd. In de meeste gevallen was dit een gedragskundige (orthopedagoog, psycholoog). Deze keuze is in overleg met de zorgaanbieder gemaakt.

De ervaringen vanuit de Wlz-uitvoerders hebben we verzameld door een telefonisch interview te houden met de betrokken accountmanagers van de concessiehouders.

Stap 4. Ervaringen overige betrokkenen

Voor het verzamelen van de ervaringen met de proeftuinen bij de landelijke partijen, hebben we tijdens de bijeenkomsten met overige betrokkenen het agendapunt 'proeftuinen' besproken. Het betreft zowel partijen die in de keten werkzaam zijn, maar ook landelijke partijen zoals brancheorganisaties en cliëntenorganisaties.

Stap 5. Analyseprocedures in de praktijk

Op basis van de informatie die we via de zorgaanbieders, de concessiehouders en het CCE hebben verzameld, hebben we inzicht gekregen in de procedures die in de proeftuinen worden gehanteerd.

2. Procedures

In dit hoofdstuk beschrijven we de procedures die gelden voor de verschillende regelingen voor meer zorg. Voor een goed begrip van deze procedures schetsen we eerst het algemene proces van aanvraag tot zorgverlening in de Wlz.

Het CIZ bepaalt of iemand toegang heeft tot de Wlz. Dan moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Wanneer het CIZ heeft vastgesteld dat daarvan sprake is, bepaalt het CIZ welk zorgprofiel het beste aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt.



Figuur 2. Stroomschema Wlz-aanvraag

- De cliënt vraagt een Wlz-indicatie aan bij het CIZ. Ook kan de zorgaanbieder namens hem een indicatie aanvragen.
- Op grond van de beleidsregels Wlz van het ministerie van VWS beoordeelt of toetst het CIZ of de cliënt toegang heeft tot zorg vanuit de Wlz.
- Krijgt de cliënt een Wlz-indicatie, dan regelt de Wlz-uitvoerder met een zorgaanbieder dat de zorg geleverd wordt. Kiest de cliënt voor een persoonsgebonden budget, dan koopt hij zelf de zorg in en kiest zelf zijn zorgverleners.

Voor het in kaart brengen van de wijze waarop meer zorg wordt aangevraagd en de procedures die worden gehanteerd, hebben we de formele (schriftelijke) procedures geanalyseerd die de verschillende partijen (zoals Wlz-uitvoerders en CCE) hanteren. We presenteren de procedures zoals ze gelden in 2016.

Vanaf 2016 geeft het CIZ in enkele gevallen aan de Wlz-uitvoerder aan dat deze onderzoek moet doen naar meer zorg.² Dat heeft (nog) niet geleid tot veranderingen in de procedures voor de regelingen voor meer zorg bij de overige partijen.

² Vanaf 2016 onderzoekt het CIZ ook of sprake is van aandoeningen, stoornissen en beperkingen die mogelijk leiden tot meer zorg dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel (Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016). Als dat aan de orde is, wordt een kenmerk meegegeven aan de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder dient vervolgens onderzoek te doen naar de benodigde zorgomvang. In 2016 geeft het CIZ het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg' mee in de keten naar de Wlz-uitvoerder als de verzekerde aanspraak maakt op een zorgprofiel en:

- Er is een noodzaak van invasieve beademing.
- Er is een noodzaak van non-invasieve beademing.
- Er is aanspraak op een zorgprofiel 'VG-wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging' (VG-5) én er is sprake van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek.
- Er is aanspraak op een zorgprofiel 'VG-wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging' (VG-8) én er is sprake van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

Onderstaand beschrijven we per type regeling hoe de aanvraag verloopt en hoe de procedures worden gehanteerd. Daarnaast is iedere regeling weergegeven in een stroomschema.

2.1 Regeling Meezorg

De regeling Meezorg is bedoeld voor cliënten die meer zorg nodig hebben dan is opgenomen in hun zorgprofiel. De meeste cliënten kunnen voldoende zorg ontvangen vanuit hun zorgprofiel, maar circa 5% van de cliënten heeft een dermate intensieve zorgvraag dat deze omvang onvoldoende is. Hierbij gaat het vaak om mensen met meervoudig, complexe handicaps, zowel lichamelijk als verstandelijk.

Met de invoering van de Wlz op 1 januari 2015 staat het recht op Meezorg beschreven in artikel 3.1.1 van het Besluit Langdurige zorg. Hierin is opgenomen dat een verzekerde recht heeft op Meezorg wanneer de cliënt behoefte heeft aan zorg die minimaal 25% hoger is dan (de uren van) het geïndiceerde zorgprofiel en is geïndiceerd voor één van de volgende zorgprofielen: VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-6, LG-7, ZG-3-auditief, ZG-5-visueel, LVG-4, LVG-5, SGLVG, VV-7, VV-8, GGZ-6B of GGZ-7B. Wanneer dit van toepassing is, kan de zorgaanbieder bij de Wlz-uitvoerder een aanvraag voor Meezorg indienen.

Om aanvragen voor Meezorg uniform te kunnen beoordelen, hebben ZN en de Wlz-uitvoerders gezamenlijk een protocol opgesteld. Hiervoor zijn ook het CCE, het Zorginstituut, VGN, ActiZ, Per Saldo, Leder(in) en GGZ Nederland geconsulteerd. Het protocol (Protocol Uitvoering Regeling Meezorg 2016, ZN 2016) beschrijft het proces van aanvraag tot realisatie van Meezorg. Het protocol maakt onderscheid tussen Meezorg in een instelling en Meezorg voor thuiswonende cliënten.

Daarbinnen gelden verbijzonderingen naar sector en naar leveringsvorm. Het protocol beschrijft ook in welke gevallen de aanvrager het CCE om advies moet vragen (het CCE heeft met name expertise op het gebied van gedragsproblematiek). In gevallen waar gedragsproblematiek niet aan de orde is, kan de Wlz-uitvoerder ervoor kiezen om de aanvraag af te handelen zonder tussenkomst van het CCE. In paragraaf 2.2 volgt beknopt een uiteenzetting. Voor een gedetailleerde beschrijving verwijzen we naar het genoemde protocol.

De kosten van het CCE-advies bedragen per 1 januari 2016 € 1.170,- per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de zorgaanbieder.³

³ Voor cliënten met een alleen een pgb geldt dat de kosten van de advisering van het CCE niet ten laste van de budgethouder komen.

Marlies (meerzorg)

Marlies is 23 jaar, woont deels in een instelling, deels bij haar ouders, ze heeft zorgprofiel VG-7. Haar ouders zijn niet volledig tevreden over de zorg die de instelling biedt. "Het kind verpietert daar, dat doet pijn in je hart". Maar omdat de zorg vanwege haar meevoudige beperking te zwaar is om volledig zelf ter hand te nemen, woont zij door de week in een instelling (vier nachten) en slaapt drie nachten bij haar ouders, en een paar weken tijdens vakanties en feestdagen. Ook als zij bij haar ouders thuis is, wordt extra zorg ingekocht met een pgb. Marlies heeft een MPT waarbij een deel in zorg in natura voor zorg in de instelling wordt ingezet. Vanwege de complexe problematiek, volledig zorgafhankelijk en gedragsproblematiek (autisme, automutilatie) is meerzorg aangevraagd. Dit wordt vooral in de thuissituatie ingezet. Marlies gaat vier dagen per week naar de dagopvang van de instelling. Op de vrijdag en in het weekend vindt dagbesteding in de thuissituatie plaats.

2.1.1 Intramuraal GZ

Er zijn twee procedures mogelijk voor het aanvragen van de regeling Meerzorg bij intramurale zorg in de GZ. De reguliere aanvraagprocedure en de verkorte aanvraagprocedure.

Reguliere aanvraagprocedure

Deze procedure wordt, over het algemeen, ingezet wanneer Meerzorg voor een langdurige periode wordt aangevraagd. Formeel dient de cliënt de aanvraag in bij de Wlz-uitvoerder, materieel verloopt dit via de zorgaanbieder als zaakwaarnemer. De zorgaanbieder dient namens de cliënt het Excel-sjabloon 'Aanvraag Meerzorg' in bij de Wlz-uitvoerder, inclusief een zorgplan en een CCE-aanvraagformulier. De Wlz-uitvoerder toetst of wordt voldaan aan de criteria zoals bovenstaand omschreven (juiste zorgprofiel en minimaal 25% hogere zorgbehoefte in uren dan het zorgprofiel). Wanneer hieraan is voldaan, vraagt de zorgaanbieder onafhankelijk advies bij het CCE, waarbij de doorlooptijd van acht weken door de Wlz-uitvoerder wordt opgeschort met maximaal acht weken. Het CCE voert een inhoudelijke beoordeling uit waarbij het CCE de cliënt bekijkt in zijn/haar omgeving.

Bij de beoordeling toetst het CCE op de volgende voorwaarden:

- Is er sprake van extreme zorgbehoefte?
- Is een kwalitatief goed zorgplan aanwezig en wordt aan de randvoorwaarden voldaan voor een goede invulling van het zorgplan?
- Zijn de in het sjabloon berekende uren Meerzorg en de verdeling daarvan in de prestaties 'woonzorg', 'dagbesteding' en 'behandeling' passend bij het geaccordeerde zorgplan?
- Bij hertoetsing: is er sinds de laatste CCE-advisering in het kader van Meerzorg op een systematische wijze aan de doelen gewerkt?

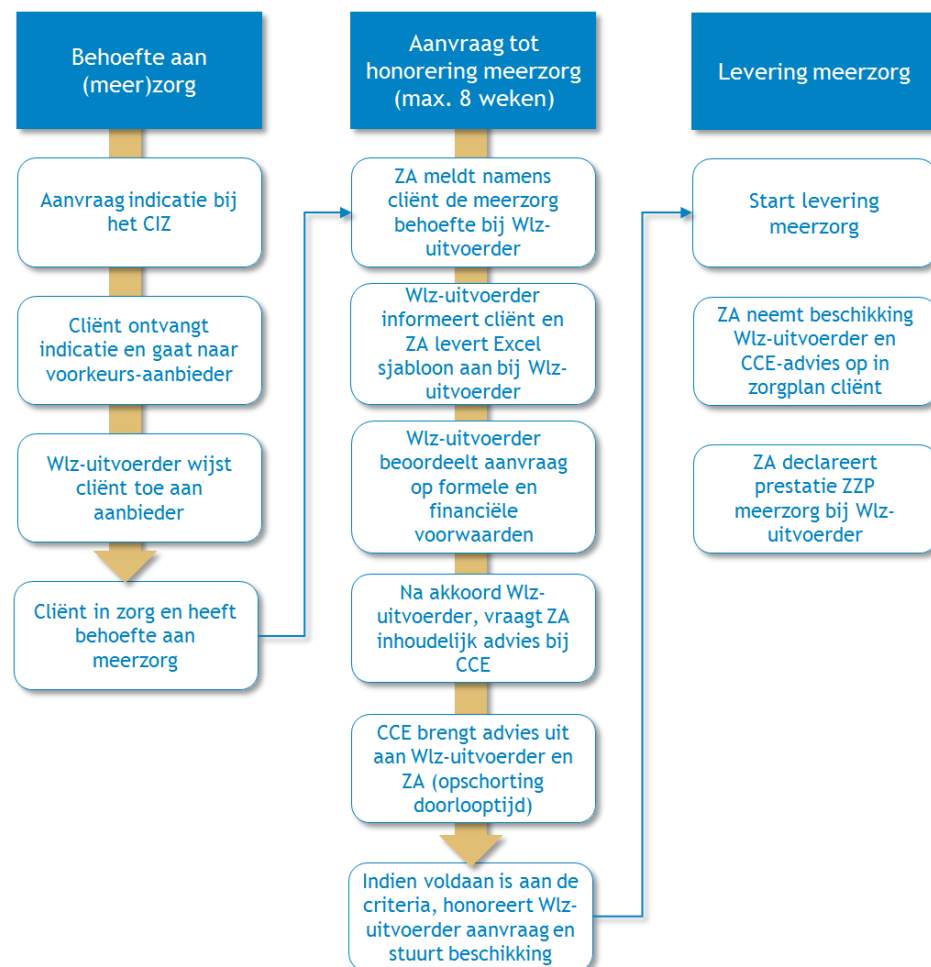
Indien voldaan is aan a) komt de cliënt in aanmerking voor Meerzorg. Als ook voldaan wordt aan b, c en d, honoreert de Wlz-uitvoerder de aanvraag en volgt de beschikking. Deze beschikking wordt voor een periode van één tot drie jaar toegekend. Wordt niet aan alle vier criteria voldaan, dan wijst het Wlz-uitvoerder de

aanvraag af. De Wlz-uitvoerder gaat in gesprek met de zorgaanbieder hoe met name b, c en d aangepast kunnen worden of overplaatsing naar een andere zorgaanbieder passend is.

Indien de cliënt één of meerdere toeslagen op een zorgprofiel ontvangt, komen deze toeslagen te vervallen zodra de cliënt Meerzorg ontvangt. Dit geldt enkel voor de reguliere procedure en niet voor de verkorte procedure.

Minimaal drie en maximaal vijf maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van Meerzorg (= vervaldatum CCE-advies) moet de zorgaanbieder, indien nog steeds relevant, een heraanvraag voor Meerzorg indienen bij de Wlz-uitvoerder. De ingangsdatum is de vervaldatum van het vorige CCE-advies, zodat Meerzorg naadloos doorloopt. Indien de zorgaanbieder de heraanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van Meerzorg niet worden gegarandeerd.

In figuur 3 is de reguliere aanvraagprocedure van de regeling Meerzorg (intramuraal) in een stroomschema weergegeven:



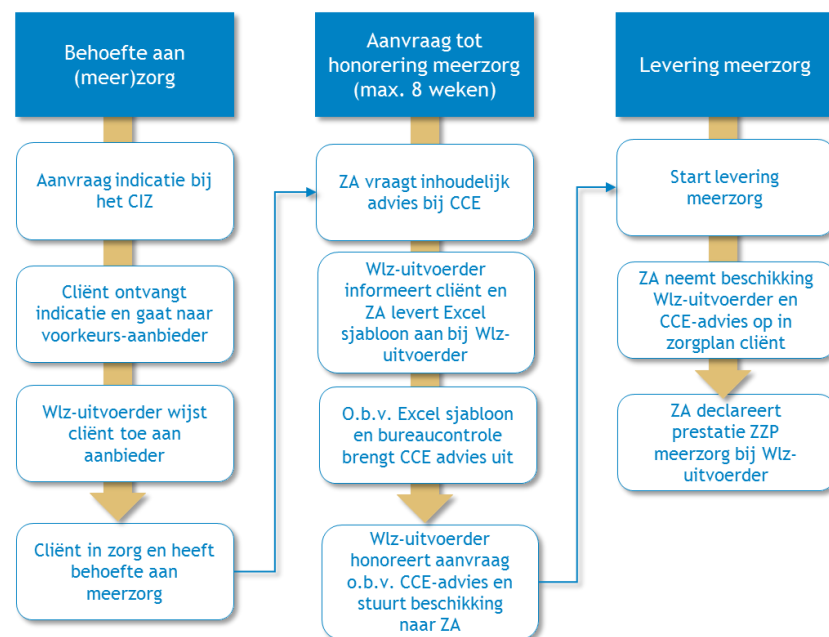
Figuur 3 - Reguliere aanvraagprocedure (GZ - intramuraal)

Verkorte aanvraagprocedure

Deze procedure is van toepassing wanneer Meezorg voor een periode van maximaal zes maanden wordt ingezet en er al directe betrokkenheid is vanuit het CCE bij de cliënt in de vorm van een eerder uitgevoerde consultatie. Daarnaast is de inzet maximaal 40 uren Meezorg per week over de aangevraagde periode. Verder gelden dezelfde voorwaarden die bij een aanvraag binnen de reguliere procedure van toepassing zijn (juiste zorgprofiel en minimaal 25% hogere zorgbehoefte dan het zorgprofiel).

In tegenstelling tot de reguliere procedure, start de procedure met een aanvraag voor een Meezorgadvies vanuit de zorgaanbieder bij het CCE. Het CCE voert in principe geen gesprek met de betrokkenen en de cliënt zelf, maar beoordeelt de aanvraag met een bureaucontrole. Bij een positief advies, geeft het CCE een Meezorgadvies met daarin vermeld de periode en het totaal aantal uren Meezorg voor de desbetreffende cliënt. Het CCE stuurt de adviesbrief naar de zorgaanbieder en een kopie naar de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder honoreert in principe de Meezorg zoals vermeld in de adviesbrief het CCE stuurt de zorgaanbieder een beschikking voor een periode van maximaal zes maanden. De zorgaanbieder informeert vervolgens de cliënt over deze beschikking. Het aanvraagproces heeft een maximale doorlooptijd van acht weken. De aanbieder heeft daarbij de plicht om alle gevraagde informatie zo spoedig mogelijk te leveren en is daarbij zelf medeverantwoordelijk voor de doorlooptijd.

Het CCE-advies voor Meezorg heeft een beperkte geldigheidsduur van maximaal zes maanden. Minimaal twee weken voorafgaand aan het verstrijken van deze termijn dient de zorgaanbieder, indien nog steeds relevant, een heraanvraag in bij het CCE. De zorgaanbieder mag maximaal twee termijnen van elk zes maanden verkorte procedure Meezorg aanvragen. Figuur 4 geeft de verkorte aanvraagprocedure van de regeling Meezorg (intramuraal) weer:



Figuur 4 - Verkorte aanvraagprocedure (GZ - intramuraal)

2.1.2 Intramuraal VV en GGZ

Vanaf 1 januari 2016 is de regeling Meerzorg ook van toepassing op de sectoren VV en GGZ. Voor deze sectoren wordt 2016 als een ingroei-jaar beschouwd en bestaat er (tijdelijk) een aparte procedure.

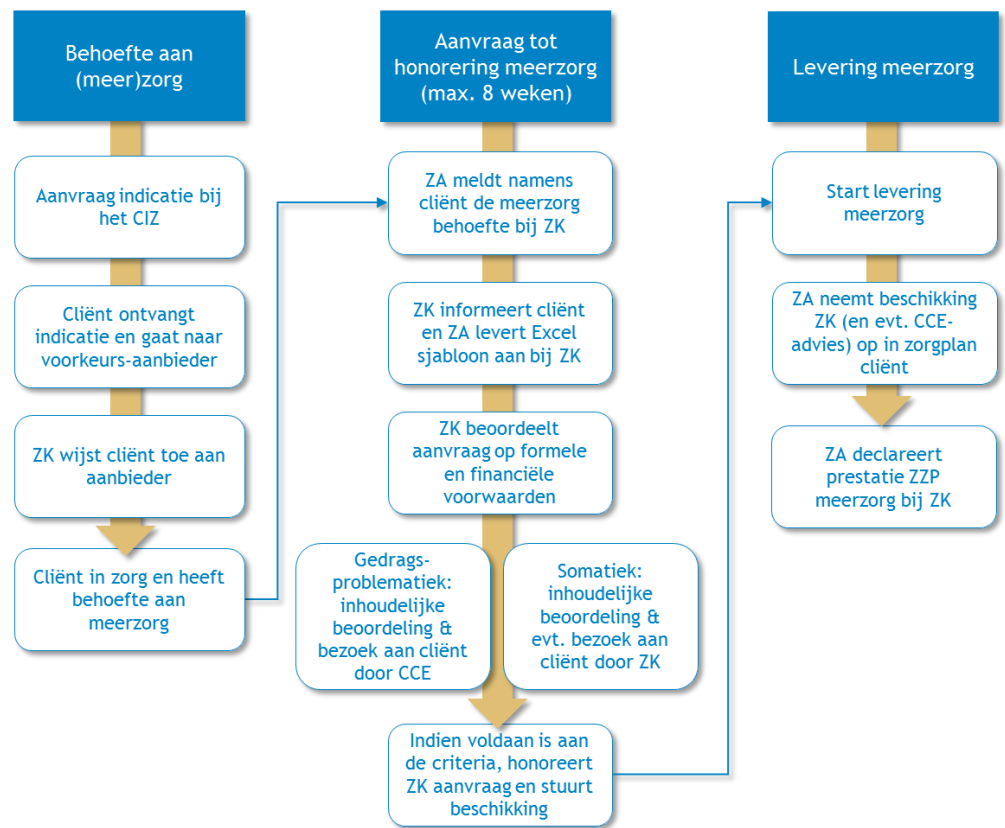
Allereerst worden de aanvragen voor een periode van maximaal 12 maanden toegekend (en maximaal 40 uur per week). Wanneer de cliënt een indicatie heeft uit de bovenstaande genoemde VV- of GGZ-zorgprofielen en de zorgvraag meer dan 25% hoger is dan het aantal uren binnen het zorgprofiel, kan de aanbieder een aanvraag indienen voor Meerzorg bij de Wlz-uitvoerder. Na deze aanvraag, stuurt de Wlz-uitvoerder de aanvraagdocumenten naar de zorgaanbieder (Excel-sjabloon aanvraag Meerzorg GGZ en VV). Na ontvangst controleert de Wlz-uitvoerder het sjabloon op formele en financiële voorwaarden. Wanneer sprake is van enkel somatische zorg, voert de Wlz-uitvoerder een inhoudelijke toets uit. Daarnaast kan de Wlz-uitvoerder verzoeken om aanvullende informatie aan te leveren en wordt vaak een bezoek gebracht aan de cliënt in zijn eigen context.

Wanneer (tevens) sprake is van ernstig probleemgedrag, wordt het CCE betrokken. Na akkoord van de Wlz-uitvoerder op de formele en financiële toets (uren), is de zorgaanbieder verplicht om advies aan het CCE te vragen. De gevraagde documenten stuurt de aanbieder binnen een redelijke termijn door naar het CCE. Het CCE brengt advies uit aan de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder op basis van een inhoudelijke toets. Daarbij gaat het CCE altijd op bezoek bij de cliënt in zijn eigen context en volgt een gesprek met de betrokkenen (zoals professionals en verwanten). Daarnaast kan het CCE verzoeken aanvullende informatie aan te leveren. Bij deze procedure wordt, net als in de reguliere procedure, de doorlooptijd met maximaal acht weken opgeschort door de Wlz-uitvoerder.

Bij de toets van het CCE zijn de voorwaarden zoals beschreven onder de reguliere procedure van toepassing. Indien voldaan is aan a) heeft de cliënt recht op Meerzorg. Als ook voldaan wordt aan b, c en dan honoreert de Wlz-uitvoerder de aanvraag en volgt de beschikking. Wordt niet aan b en c voldaan, dan wijst de Wlz-uitvoerder de aanvraag af en gaat in gesprek met de zorgaanbieder hoe aan b en c voldaan kan worden, waarna Meerzorg alsnog kan worden toegekend.

Indien van toepassing en nog steeds relevant, dient de zorgaanbieder (in geval van enkel somatische zorg) minimaal acht weken voorafgaand aan het verstrijken van de termijn een heraanvraag in. Wanneer er (tevens) sprake is van probleemgedrag dient de zorgaanbieder minimaal drie en maximaal vijf maanden voorafgaand aan het verstrijken van de termijn een heraanvraag in. De ingangsdatum van de heraanvraag is gelijk aan de vervaldatum van de vorige aanvraag om te zorgen voor een naadloze aansluiting.

Figuur 5 geeft de aanvraagprocedure van de regeling Meerzorg binnen de sectoren VV en GGZ in een stroomschema weer:



Figuur 5 - Aanvraagprocedure VV & GGZ (intramuraal)

2.1.3 Extramuraal (VPT, MPT, pgb)

Onderstaand beschrijven we de procedure voor thuiswonende cliënten. Voor de verzilveringsvormen VPT, MPT en pgb zijn dezelfde voorwaarden van toepassing om voor Meerzorg in aanmerking te komen. Aanvullend geldt dat 24-uurs toezicht onbetaald geregeld is en niet is opgenomen onder de Meerzorg aanvraag. Daarnaast geldt de eis dat een HBO-verpleegkundige of Sociaal Pedagogische Hulpverlener. (SPH-er) betrokken is bij de zorg thuis.

De aanvraagprocedure binnen de verschillende verzilveringsvormen ziet er in grote lijnen hetzelfde uit. Wanneer blijkt dat er meer zorg nodig is, neemt de zorg-aanbieder/cliënt(vertegenwoordiger)⁴ contact op met de Wlz-uitvoerder. Vervolgens stuurt de Wlz-uitvoerder de aanvraagdocumenten naar de aanvrager, eventueel samen met een aanvraagdocument voor het CCE-advies (indien sprake is van gedragsproblematiek). Bij binnenkomst van de aanvraag beoordeelt de Wlz-uitvoerder of de aanvraag Meerzorg voldoet aan de criteria. Indien de reden voor de aanvraag Meerzorg somatische problematiek betreft zal de Wlz-uitvoerder een afspraak met de cliënt maken om de aanvraag door te nemen. Indien de reden voor de aanvraag

⁴ Bij VPT is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het aanvragen van Meerzorg. Bij een pgb is de cliënt verantwoordelijk en bij een MPT is de cliënt verantwoordelijk eventueel in samenwerking met de ZIN-aanbieder.

gedragsproblematiek betreft zal de Wlz-uitvoerder de aanvraag, indien compleet, doorsturen naar het CCE.

De Wlz-uitvoerder beoordeelt de aanvraag voor Meezorg op basis van het cliëntprofiel, het Persoonlijk Plan, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek en aanvullende gegevens die zijn aangeleverd. Bij een eerste aanvraag voor Meezorg wordt ter beoordeling van de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde door de Wlz-uitvoerder een huisbezoek afgelegd, tenzij het CCE de verzekerde al bezoekt.

De Wlz-uitvoerder beoordeelt de aanvraag op basis van de volgende criteria:

- Er is een geldige CIZ-indicatie voor een zorgprofiel waarbij Meezorg aangevraagd kan worden.
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn, wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en die wel noodzakelijk is, gelet op de zorgvraag van de verzekerde.
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg, respijtzorg en mantelzorg.
- Het Persoonlijk Plan sluit aan bij de zorgvraag.
- Uit het Persoonlijk Plan blijkt dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn.
- Er moet, binnen grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn.
- Bij gedragsproblematiek dient er een positief advies van het CCE te liggen.
- Er moet sprake zijn van 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel.
- Er moet minstens één professionele zorgverlener betrokken zijn bij de directe zorgverlening.
- Bij het opstellen van het Persoonlijk Plan, het jaarlijks evalueren, een vervolgaanvraag en de directe zorgverlening is een gedragskundige/behandelaar betrokken.

Wanneer sprake is van extreme zorgzwaarte vanwege somatische problematiek, beoordeelt de Wlz-uitvoerder de aanvraag zelf. Wanneer er (ook) sprake is van gedragsproblematiek, wordt het CCE betrokken in het proces. Voordat Meezorg kan worden aangevraagd, moet eerst worden nagegaan of de zorg mogelijk is vanuit een toeslag of vanuit de EKT-regeling. Als die mogelijkheden onvoldoende blijken te zijn, kan een aanvraag voor Meezorg worden ingediend.

Onafhankelijk van de verzilveringsvorm, wordt de beschikking voor een periode van één jaar afgegeven. Indien van toepassing en nog steeds relevant, dient de verzekerde minimaal drie en maximaal vijf maanden voorafgaand aan het verstrijken van de termijn een heraanvraag in te dienen. De ingangsdatum van de heraanvraag is gelijk aan de vervaldatum van de vorige aanvraag om te zorgen voor een naadloze aansluiting.

Specifieke aanvullingen per verzilveringsvorm:

VPT

Wanneer na contact met de Wlz-uitvoerder blijkt dat Meezorg aangevraagd kan worden, dient de zorgaanbieder een aanvraag in (via het reguliere Excel-sjabloon). Wanneer de aanvraag betrekking heeft op somatische problematiek, legt de Wlz-uitvoerder een huisbezoek af en beoordeelt de aanvraag. Bij gedragsproblematiek stuurt de Wlz-uitvoerder de aanvraag door naar het CCE. Zij leggen een huisbezoek af en stellen een advies op richting de aanbieder en de Wlz-uitvoerder.

MPT

Een modulair pakket bestaat uit twee leveringsvormen; a) de cliënt kan de zorgfuncties afnemen bij meerdere zorg in natura aanbieders of b) de cliënt kan de zorg deels via een pgb en deels via één of meerdere in natura aanbieders afnemen. Heeft de Meezorgaanvraag betrekking op het pgb-gedeelte, dan hanteren Wlz-uitvoerders de pgb-procedure. Heeft de aanvraag betrekking op het zorg in natura gedeelte, dan geldt de VPT-procedure. Bij de aanvraag vult de aanbieder een rekenmodule in en stuurt deze naar de Wlz-uitvoerder. Vervolgens geldt dat bij somatiek de Wlz-uitvoerder de beoordeling doet en bij gedragsproblematiek het CCE adviseert (zie VPT).

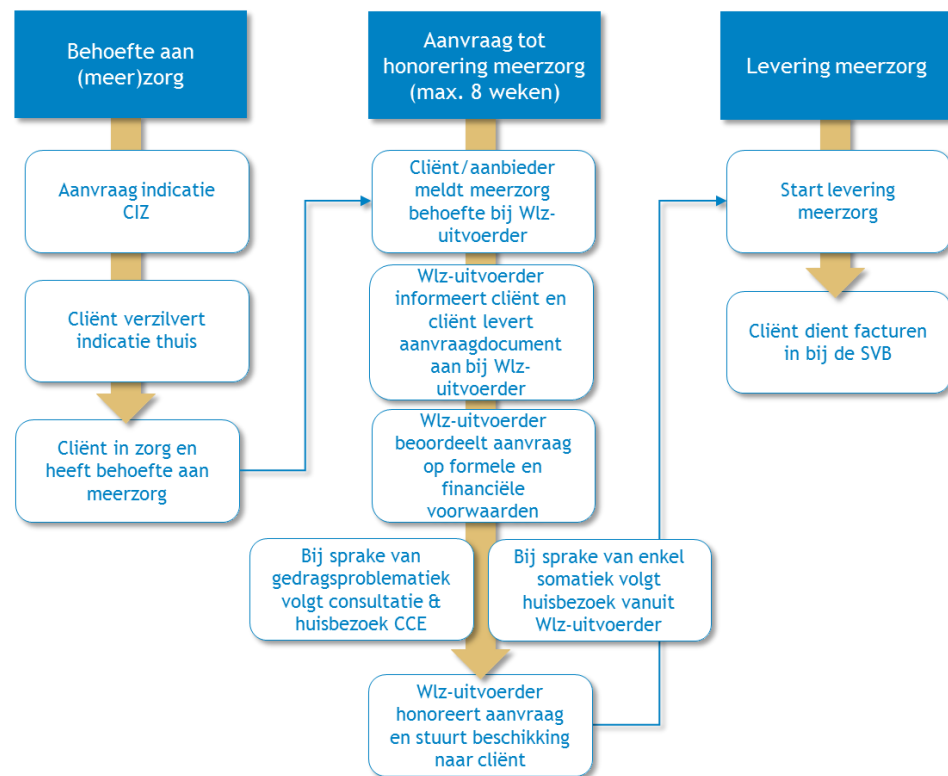
pgb

Bij een Meezorgaanvraag voor een pgb, ontvangt de cliënt de aanvraagdocumenten (Excel-sjabloon in thuissituatie). Naast de voorwaarden die hierboven zijn omschreven, toetst de Wlz-uitvoerder aanvullend of de gehanteerde tarieven voor de zorgverleners redelijk en billijk zijn. Hierbij worden de maximum NZa-tarieven⁵ als richtlijn gebruikt. Wanneer de aanvraag betrekking heeft op somatische problematiek, legt de Wlz-uitvoerder een huisbezoek af en beoordeelt de aanvraag. Als sprake is van gedragsproblematiek, stuurt het Wlz-uitvoerder de aanvraag door naar het CCE. Zij leggen een huisbezoek af en stellen een advies op richting de cliënt en de Wlz-uitvoerder.

De kosten van de advisering van het CCE worden niet ten laste van de budgethouder gebracht. Bij een combinatie MPT/pgb en Meezorg worden de kosten van advisering in rekening gebracht bij de zorgaanbieder die het MPT levert. Bij een VPT betaalt de zorgaanbieder de kosten van de advisering van het CCE.

Figuur 6 geeft de globale aanvraagprocedure voor VPT, MPT en pgb van de regeling Meezorg (extramuraal) weer.

⁵ CA-BR-1610b Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2016.



Figuur 6 - Aanvraagprocedure extramuraal

Verantwoorde en doelmatige zorg thuis

Wlz-uitvoerders hanteren het Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis (ZN, 29 juni 2016) om te beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord is. Bij de beoordeling of een Wlz-verzekerde op verantwoorde wijze zorg thuis kan ontvangen worden de volgende criteria meegewogen: gevaarcriterium, beschikbaarheid sociaal/mantelzorgsysteem, beschikbaarheid (professionele) zorg, medische veiligheid, vermogen tot aanbrengen dagstructuur, ervaren gevoel van veiligheid en fysiek gevoel van veiligheid. De beoordeling van verantwoorde zorg thuis vindt plaats nadat door de Wlz-uitvoerder is vastgesteld dat zorg thuis doelmatig geleverd kan worden.

Voor doelmatige zorg geldt dat de kosten voor zorg bij een verzekerde thuis in principe niet hoger mogen zijn dan de kosten voor de zorg die de verzekerde in een instelling zou ontvangen. Voor de beoordeling van de doelmatigheid is in ZN-verband een rekenmodule ontwikkeld.

2.2 Toeslagen

Voor bepaalde cliëntcategorieën zijn specifieke toeslagen mogelijk. Deze toeslagen kunnen aanvullend op het geïndiceerde zorgprofiel worden gedeclareerd. In de beleidsregel CA_BR_1607b zijn alle toeslagen voor 2016 omschreven en is per toeslag aangegeven welke voorwaarden gelden om ervoor in aanmerking te komen.

Het betreft de volgende toeslagen:

- Toeslag Huntington
- Toeslag Cerebro Vasculair Accident (CVA)
- Toeslag invasieve beademing
- Toeslag non-invasieve beademing
- Toeslag Multifunctioneel centrum (MFC)
- Toeslag observatie
- Toeslag Gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) - laag
- Toeslag Gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) - midden
- Toeslag Gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) - hoog
- Toeslag Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSPF)
- Toeslag specialistische behandelzorg

Daarnaast is er nog een aantal toeslagen voor kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen in de GZ. Deze toeslagen wijken af van de hierboven genoemde toeslagen, omdat enkel de leeftijd van de cliënt bepalend is voor het toekennen van de toeslag. Elke cliënt die voldoet aan de leeftijdsriteria heeft automatisch een toeslag op zijn zorgprofiel.

De toeslagen hebben betrekking op bijna alle (sub)sectoren: VV, (L)VG, LG, ZG en GGZ-B. Daarnaast kunnen de toeslagen ook bij alle verzilveringsvormen worden toegepast. Per toeslag is in bovengenoemde beleidsregel opgenomen wat het doel is, voor welke grondslagen/doelgroepen de toeslag van toepassing is en onder welke voorwaarden deze ingezet kan worden. Voor een aantal toeslagen gelden specifieke (expertise) eisen voor de zorgaanbieder die de toeslag wil declareren.

Om, door middel van toeslagen, in aanmerking te komen voor extra bekostiging bovenop een zorgprofiel, wordt de volgende procedure doorlopen:

- Allereerst merkt de zorgaanbieder op dat de zorg niet enkel geleverd kan worden vanuit een zorgprofiel en hiervoor op een toeslag is aangewezen.
- Jaarlijks worden productieafspraken gemaakt tussen de zorgaanbieders en de Wlz-uitvoerders waarin ook de toeslagen worden meegenomen.
- Wanneer deze afspraken zijn gemaakt, wordt het budgetformulier bij de NZa ingediend en wordt de omvang en het tarief per productcode vastgesteld.
- Na vaststelling, mogen de zorgaanbieders de betreffende (Meerzorg-)productcodes declareren.

Figuur 7 geeft de aanvraagprocedure van de toeslagen weer.



Figuur 7 - Aanvraagprocedure toeslagen

2.3 Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)

Deze regeling biedt de mogelijkheid voor een opslag op het pgb ten behoeve van persoonlijke assistentie. Deze opslag is bedoeld voor een kleine groep volwassen cliënten die volledig regie hebben over het eigen leven, maar een zeer zware lichamelijke beperking hebben en die vanuit medisch oogpunt zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de directe nabijheid om levensbedreigende situaties te voorkomen. Met de opslag is het mogelijk dat deze cliënten zelfstandig kunnen wonen en participeren in de samenleving. Gedacht kan worden aan rolstoelgebonden cliënten met chronische ademhalingsondersteuning zonder handfunctie of met een slechte handfunctie. Deze cliënten hebben hulp nodig bij praktische handelingen en (verpleegkundig) toezicht (Staatscourant 22 april 2015, Wijziging Regeling langdurige zorg).

Een cliënt kan in aanmerking komen voor een PAB wanneer hij of zij de volgende zorgprofielen door middel van een pgb verzilvert; LG-5 en LG-7. Vervolgens beoordeelt de Wlz-uitvoerder een aanvraag op grond van vier criteria. De verzekerde:

- is vanuit medische noodzaak aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid in levensbedreigende situaties te waarborgen;
- is 18 jaar of ouder;
- heeft geen cognitieve beperkingen;
- kan op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de aan een budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uitvoeren en kan het zorgaanbod op zodanige wijze afstemmen dat er sprake zal zijn van verantwoorde zorg (Wlz: artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c).

Het PAB is nadrukkelijk niet bedoeld voor verzekerden die deze taken met hulp van een vertegenwoordiger willen uitvoeren.

De procedure rondom het aanvragen van een PAB ziet er als volgt uit. De Wlz-uitvoerder stuurt de cliënt een formulier 'Eigen Regie' toe. De cliënt vult het formulier in en retourneert dit samen met een medisch oordeel van een behandelend arts aan de Wlz-uitvoerder. Vervolgens voert de Wlz-uitvoerder een gesprek met de cliënt om de bovenstaande vier criteria te toetsen. Daarnaast beoordeelt de Wlz-uitvoerder of de zorg op een verantwoorde en doelmatige wijze thuis kan worden geboden en of de cliënt zelfstandig woont (Fokuswoning uitgesloten). Wanneer de aanvraag voldoet aan de voorwaarden, verstuurt de Wlz-uitvoerder de beschikking en volgt een ophoging van het pgb. Het pgb inclusief ophoging is maximaal € 219.000 (= € 25 x 8.760 uur per jaar) voor alleenstaanden en € 146.000 wanneer de cliënt een gezonde partner heeft.

Figuur 8 geeft de aanvraagprocedure van het PAB weer.



Figuur 8 - Aanvraagprocedure PAB

2.4 Extra Kosten Thuis (EKT)

Als cliënten met een pgb of MPT binnen de Wlz niet uitkomen met de omvang van zorg binnen hun zorgprofiel, kunnen zij mogelijk aanspraak doen op de EKT-regeling. Allereerst wordt voor alle cliënten die zorg in de thuissituatie wensen te ontvangen, getoetst of deze zorg doelmatig en verantwoord geleverd kan worden. Hiervoor is een toetsingskader opgesteld. Bij enkele groepen is enige ondoelmatigheid toegestaan en kan aanspraak gedaan worden op de EKT-regeling. Met deze regeling kan bij een pgb of MPT 25% extra budget worden ingezet in de thuissituatie.

Onderstaande doelgroepen komen in aanmerking voor de EKT-regeling (Voorschrift zorgtoewijzing Wlz. Zorgverzekeraars Nederland 1 april 2016):

- Een verzekerde die de leeftijd van 23 jaar nog niet heeft bereikt en waarvan de ouders/verzorgers hem/haar graag thuis willen laten opgroeien.
- Een verzekerde die één of meer kinderen heeft die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om deel uit te maken van het thuis opgroeien van het kind.
- Verzekerden die op zorg zijn aangewezen vanwege een somatische aandoening (SOM) of een lichamelijke handicap (LG), zonder dat sprake is van een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening of psychogeriatrisch beperking, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om vanuit huis inkomen uit werk te verkrijgen of om een studie of opleiding te volgen met het oog op het verwerven van inkomen uit werk.

De beschikkingen die afgegeven worden voor de eerste twee doelgroepen zijn in looptijd begrensd tot de leeftijd van 23 jaar respectievelijk 18 jaar. Wlz-uitvoerders beoordelen uiterlijk zes weken voor het bereiken van deze leeftijdsgrens of de beschikking voor EKT kan worden verlengd op basis van de bepalingen voor de derde doelgroep.

Wanneer de persoon aanspraak maakt op EKT, hanteert de Wlz-uitvoerder een vooraf gedefinieerde rekenmethodiek om het budget te bepalen. Hiermee moet alle noodzakelijke Wlz-zorg voor een thuiswonende persoon gefinancierd kunnen worden. Het pgb-budget dat voor het geïndiceerde zorgprofiel geldt, wordt gehanteerd als basisbudget (zowel bij een MPT als pgb). Dit budget kan met een EKT worden verhoogd met maximaal 25% van het basisbudget. Het aanvullende budget mag worden ingezet voor persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband. In overleg met de Wlz-uitvoerder wordt de samenstelling (functies) van het EKT bepaald (Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis, Zorgverzekeraars Nederland, 2015).

De toeslag EKT is niet van toepassing op:

- Cliënten die wonen in een geclusterde setting (bijvoorbeeld een kleinschalig wooninitiatief).
- Cliënten die deel uitmaken van een gezin waarbij meerdere personen binnen dat gezin aanspraak maken op de EKT-regeling. Vanuit ZN wordt verwacht dat enige doelmatigheid wordt bereikt bij de inzet van zorg, waardoor het als niet redelijk wordt beschouwd om voor iedere persoon te rekenen met maximaal 25% EKT bovenop het zorgprofiel.
- Cliënten die in aanmerking komen voor Palliatief Terminale Zorg (PTZ), Meerzorg of een PAB.

Stapelning van het EKT met Meerzorg of het PAB is niet mogelijk. Het is wel mogelijk om naast het EKT gebruik te maken van bepaalde toeslagen.

Peter
Peter is elf jaar. Hij is meervoudig beperkt, heeft leerplichtontheffing en gaat naar een 'particulier' speciaal kinderdagcentrum. Zijn ouders kunnen zich niet vinden in het beschikbare intramurale aanbod. De ouders komen niet uit met het beschikbare budget. Peter is volledig zorgafhankelijk, incontinent, loopt niet, (kruipt), is spastisch en heeft continue één-op-één begeleiding nodig. Omdat Peter veel begeleiding nodig heeft in de thuissituatie, is een EKT aangevraagd. Op dit moment krijgen zij 17% bovenop het afgegeven Zorgprofiel VG-5. Beide ouders werken buitenhuis hetgeen betekent dat er opvang is in huis als Peter thuiskomt, extra hulp 's morgens tijdens het spitsuur en extra hulp tijdens de weekenden en vakanties.

Figuur 9 geeft de aanvraagprocedure van de EKT regeling weer.



Figuur 9 - Aanvraagprocedure EKT

2.5 Vergelijking procedures

Wanneer we de procedures voor het aanvragen en toekennen van de verschillende regelingen vergelijken, zien we verschillen. Bijvoorbeeld in de mate van complexiteit van de aanvraag (voor de toeslagen is deze het eenvoudigst).

In onze ogen is er een verschil tussen Meerzorg en de toeslagen enerzijds en EKT en PAB anderzijds. Voor de laatste twee regelingen wordt extra budget toegekend om enige ondoelmatigheid in de zorgverlening thuis te bekostigen.

In de Wlz geldt het uitgangspunt dat thuis wonen met een VPT, MPT of pgb niet duurder mag zijn dan de kosten van de (medische) zorg voor deze cliënt bij een intramurale opname. Soms heeft een cliënt er veel baat bij om thuis te wonen. Daarom heeft de wetgever een aantal uitzonderingssituaties opgenomen in de Regeling langdurige zorg. Dit zijn de groepen verzekerden zoals beschreven bij EKT en PAB. Voor deze doelgroepen is enige ondoelmatigheid toegestaan om zorg thuis mogelijk te maken. Hier geldt dus dat de cliënten geen behoefte zouden hebben aan meer uren zorg dan is opgenomen in het zorgprofiel wanneer ze intramuraal zouden verblijven. Maar om thuis te kunnen blijven wonen, zijn er wel extra uren zorg (en budget) nodig.

Bij de toeslagen en bij de regeling Meerzorg gaat het om cliënten waar het zorgprofiel/ZZP niet passend is bij de zorg die nodig is. Toeslagen zijn ontwikkeld voor cliëntgroepen met een bijzondere zorgvraag die samenhangt met specifieke cliëntkenmerken. Aan de hand van de gemeenschappelijke kenmerken kunnen de cliënten die in aanmerking komen voor een toeslag eenduidig afgebakend worden. Bij de Regeling Meerzorg gaat het om maatwerk bij een zorgzwaarte die uitstijgt boven het hoogste zorgprofiel/ZZP in een reeks zorgprofielen.

Bij Meerzorg en de toeslagen moet de zorglevering thuis wel voldoen aan het uitgangspunt dat thuis wonen met een VPT, MPT of pgb niet duurder mag zijn dan de kosten van de (medische) zorg voor deze cliënt bij een intramurale opname.

Opmerkelijk is dat bij Meerzorg extramuraal de voorwaarde geldt dat 24-uurs toezicht onbetaald geregeld moet zijn en niet mag worden opgenomen onder de Meerzorg aanvraag, terwijl bij het PAB de opslag op het pgb mede bedoeld is om het 24-uurs toezicht te realiseren. Verder kan Meerzorg alleen worden besteed aan direct cliëntgebonden uren, terwijl de andere regelingen ruimere bestedingsmogelijkheden kennen.

3. Reden aanvraag

Een onderdeel van het onderzoek is meer zicht te krijgen op de reden van de aanvraag. Er zijn in de praktijk cliënten waarbij het best passende zorgprofiel niet toereikend is voor de benodigde zorg. Om meer zicht te krijgen op kenmerken van cliënten die een rol spelen bij de behoefte aan meer zorg, gaan we in dit hoofdstuk in op de reden van de aanvraag voor meer zorg. We bespreken de reden van aanvraag per regeling.

3.1 Toeslagen

In hoofdstuk 2 is een beschrijving gegeven van de toeslagen. Of een cliënt in aanmerking komt voor één van deze toeslagen ligt aan de ‘diagnose’ die gesteld wordt bij een cliënt. In de beleidsregel CA-BR-1607b (Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten) staan alle voorwaarden per toeslag beschreven. Enkele voorbeelden wanneer een cliënt in aanmerking komt voor een toeslag:

Toeslag Huntington

Om voor deze toeslag in aanmerking te komen moet er een diagnose, ziekte van Huntington, zijn vastgesteld en moet de cliënt beschikken over een indicatie voor ZZP VV-8. De extra middelen zijn nodig omdat bijvoorbeeld: het personeel specifieke kennis moet hebben, er specifieke medicatie, voeding, hulpmiddelen en meubilair nodig zijn.

Toeslag invasieve beademing (IB)

De toeslag IB is voor cliënten met invasieve beademing om hen te voorzien in de assistentie bij handelingen die noodzakelijk zijn. Er is deskundig en bekwaam personeel nodig om levensbedreigende situaties te voorkomen en persoonlijke alarmering. Om voor deze toeslag in aanmerking te komen moet een cliënt beschikken over één van de indicaties ZZP LG-1 tot en met ZZP LG-7 of ZZP VV-1 tot en met ZZP VV-10.

Toeslag Observatie

Indien er bij aanmelding nog een onduidelijk of onvolledig beeld van de cliënt is én er is onduidelijkheid over de begeleidings- en behandelingsbehoefte van de cliënt kan de toeslag Observatie van toepassing zijn. Deze toeslag is mogelijk bij bepaalde ZZP's en de zorgaanbieder moet beschikken over specifieke expertise rondom observatie. De observatieperiode neemt gemiddeld één jaar in beslag. De toeslag geeft de zorgaanbieder ruimte om door middel van multidisciplinaire en integrale beeldvorming, een passend advies voor behandeling of begeleiding op te stellen.

Het vaststellen van de diagnose en de beoordeling gebeurt door de zorgaanbieder. Het zorgkantoor heeft vervolgens als taak om te toetsten of aan de gestelde voorwaarden is voldaan. In de praktijk geven zorgaanbieders aan dat de ruimte om toeslagen te declareren onderdeel uitmaakt van de productieafspraken met de Wlz-uitvoerder.

3.2 Extra kosten thuis (EKT)

In de regeling staan de doelgroepen beschreven die in aanmerking komen voor de regeling (zie hoofdstuk 2).

Een belangrijk verschil met de regeling Meerzorg of de toeslagen, is dat deze regeling een stukje ondoelmatigheid overbrugt. De cliënten die een beroep doen op EKT hebben een geldig zorgprofiel/ZZP. Omdat de cliënt graag thuis wil blijven wonen én voldoet aan de gestelde voorwaarden, kunnen ze een beroep doen op de regeling EKT.

De Wlz-uitvoerders hebben aangegeven dat in veruit de meeste aanvragen (80%), een EKT wordt aangevraagd omdat de ouders/verzorgers van de verzekerde hem/haar graag thuis wil laten opgroeien. Dit beeld is bevestigd tijdens de interviews met de cliëntvertegenwoordigers. Zij geven aan dat ze met het huidige pgb de zorg thuis voor hun kind niet meer kunnen realiseren en behoefte hebben aan bijvoorbeeld extra ondersteuning voor logeren en naschoolse opvang om de verzorgers te ontlasten.

Ouder van een cliënt geeft aan:

"Wij willen onze dochter graag thuis verzorgen. Wij maken gebruik van de regeling EKT voor onze dochter om haar eens per twee weken een weekend te laten logeren in een logeerhuis en twee dagdelen naschoolse opvang te organiseren"

3.3 Persoonlijk assistentie budget (PAB)

De PAB-regeling is opgesteld voor een kleine en specifieke doelgroep. Deskundigen (orthopedagogen en Wlz-uitvoerders) hebben aangegeven dat de criteria sturend zijn. Als een cliënt niet uitkomt met het reguliere budget om zelfstandig te wonen en naar vermogen te participeren in de samenleving, kan de regeling PAB uitkomst bieden.

De reden voor aanvraag is dat de wens om zelfstandig te wonen in een situatie waarbij behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid in levensbedreigende situaties te waarborgen.

Voorbeeld cliëntsituatie met regeling PAB

Een man van 37 jaar met een 7-LG indicatie. De man heeft ALS in een vergevorderd stadium. Hij communiceert via computersensoren en kan alleen zijn ogen bewegen. De man wordt door twee personen tijdens meerdere zorgmomenten per dag invasief beademd en uitgezogen.

3.4 Meerzorg

Voor de toeslagen, EKT en PAB zijn de 'kenmerken' van de cliënten die behoefte hebben aan meer zorg beschreven in de voorwaarden van die regelingen. Bij Meerzorg is er sprake van een grotere diversiteit.

De uitwerking van de reden van aanvraag voor Meezorg richt zich met name op de cliënten in de gehandicaptensector, omdat in deze sector het meest een beroep op de regeling wordt gedaan. In de sectoren Verpleging en Verzorging (VV) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is deze regeling nog (te) kort van toepassing om hierover een betrouwbare uitspraak te kunnen doen. De uitwerking in deze paragraaf is gebaseerd op ervaringen in de gehandicaptenzorg tenzij anders vermeld.

Om zicht te krijgen op de reden van aanvraag voor Meezorg hebben we gesproken met 17 gedragsdeskundigen en drie toetsers van het CCE. Deze gesprekken hebben telefonisch plaatsgevonden. In bijlage 2 is de totale vragenlijst opgenomen, waarvan de uitvraag rondom reden van aanvraag een onderdeel van uitgemaakte. De toetsers zijn benaderd met deze specifieke vraag.

De partijen geven aan dat het bij circa 90-95% van de aanvragen gaat om cliënten met extreme vormen van probleemgedrag, ook wel 'moeilijk verstaanbaar gedrag' genoemd. Moeilijk verstaanbaar gedrag is geen eenduidig te classificeren cliëntkenmerk, maar veelal het resultaat van de wisselwerking tussen een kwetsbare cliënt en zijn omgeving. De cliënt reageert met probleemgedrag op een omgeving die er niet in slaagt aan te sluiten op wat de cliënt nodig heeft of aankan. En andersom speelt het risico dat professionals, bijvoorbeeld uit angst voor (het probleemgedrag van) de cliënt, terugvallen in een beheersmatige aanpak met veel dwang en drang.⁶

Het CCE werkt met een checklist waarmee de verschillende aspecten worden geïnventariseerd die van belang zijn voor de beoordeling van Meezorg. In bijlage 3 is deze checklist opgenomen. Elementen die hierbij aan de orde komen zijn onder andere: daginvulling, medicatie, soort probleemgedrag, vastgestelde somatische problematiek, vastgestelde psychische problematiek, middelen en maatregelen.

Het CCE heeft een analyse gemaakt van de aanvragen voor Meezorg in 2015⁷:

- In bijna 60% van de aanvragen worden of werden in een vrij recent verleden vrijheid beperkende maatregelen toegepast. Zoals: afzondering (insluiten in speciale prikkelarme kamer), fixatie (beperken van iemand in zijn bewegingsvrijheid), gedwongen medicatie, separatie (intensieve afzondering in goed-gekeurde separatieruimte) en onder dwang toedienen van vocht/voedsel.
- Bij 15% is een syndroom vastgesteld. Bijvoorbeeld Down, Prader-Willi.
- Bij 60% van de cliënten die door het CCE zijn beoordeeld is er sprake van vastgestelde somatische problematiek, zoals motorische beperking, hart- en vaatziekten, spasticiteit en stofwisselingsziekte.
- In ruim twee derde van de situaties is sprake van vastgestelde psychische - of psychiatrische problematiek.

Bij probleemgedrag gaat het dus om een combinatie van factoren, die altijd in samenhang moeten worden beoordeeld. In de praktijk gaat het vaak om cliënten waarbij sprake is van een vorm van autisme of om cliënten die vanwege hun probleemgedrag verhuisd zijn naar een andere groep of instelling. Maar deze kenmerken alleen zijn geen voorspeller voor de behoefte aan Meezorg.

⁶ Factsheet meezorg bij probleemgedrag. CCE, 2014.

⁷ Hierin ontbreken dus de VV en de GGZ.

Het is wel mogelijk om de factoren die een rol spelen in te delen in twee categorieën:

- Kenmerken van de cliënt zelf: bijvoorbeeld angsten voor bepaalde situaties of traumatische ervaringen waardoor probleemgedrag is ontstaan.
- De interactie tussen de cliënt en zijn context/omgeving: bijvoorbeeld als er veel ruzies zijn tussen medecliënten die het probleemgedrag van de cliënt ‘triggeren’.

Uit de interviews met cliëntvertegenwoordigers blijkt dat de redenen divers zijn. Enkele citaten:

“Voor onze zoon wordt Meezorg ingezet omdat er behoefte is aan extra nabijheid in de vorm van één-op-één begeleiding. Mijn zoon heeft heel veel bevestiging nodig. Meezorg maakt mogelijk dat hij veel individuele dingen kan doen; nieuwe dingen kan leren. Vaste begeleiders, die ook meegaan naar de dagbesteding”. (Ouder van cliënt met Meezorg.)

“Cliënt woont bij ouders en heeft zeer moeilijk verstaanbaar gedrag en vaak twee begeleiders nodig om hem naar bijvoorbeeld de dagbesteding te brengen. Ook bij dagbesteding is één-op-één begeleiding noodzakelijk. Begeleiding moet altijd met cliënt bezig zijn om cliënt af te leiden. Anders wordt met alles gegooid, verwondt hij zichzelf heel erg. ... Zonder extra middelen is het niet mogelijk dat hij thuis woont, maar in instelling zal hij ook gefixeerd moeten worden, platgespoten” (cliëntvertegenwoordiger).

“Mijn dochter woont weer thuis nadat ze vereenzaamde en wegzakte in passiviteit in de instelling. Met het extra geld is wat extra verzorging en verpleging mogelijk; en extra budget om te logeren zodat ik af en toe ontlast ben. Het logeren is heel duur, kost circa € 2.000 per week.” (Moeder van een cliënt met Meezorg.)

In de kern gaat het bij cliënten met Meezorg om het leveren van maatwerk. Het classificeren van cliënten in categorieën met vergelijkbare kenmerken is daarom niet goed mogelijk. Er is wel onderscheid te maken naar of de Meezorg langdurig of tijdelijk nodig is.

Voor de cliënten waarbij de Meezorg langdurig van toepassing is, is de reden vaak te vinden in cliëntfactoren (bijvoorbeeld blijvend onvoorspelbaar ernstig probleemgedrag). Voor deze cliënten geldt dat, zelfs wanneer de context optimaal is, er nog steeds meer zorg nodig is. Er is dan bijvoorbeeld sprake van een degeneratief proces waarbij het niet de verwachting is dat de extra behoefte minder zal worden. Langdurig is langer dan drie jaar en vaak levenslang vanaf het moment dat Meezorg aan de orde is. Bijvoorbeeld: cliënten die uit zichzelf tot geen enkele actie komen. Zij moeten bij elke handeling geholpen worden zoals bij opstaan, eten, drinken, aankleden, zich verplaatsen et cetera. Dit vergt (veel) meer uren zorg dan beschikbaar is vanuit het zorgprofiel/ZZP.

Er is ook een categorie cliënten waarbij de behoefte aan Meezorg tijdelijk van aard is. Hierbij is ook sprake van probleemgedrag, maar de investering van Meezorg is van

korte duur. De investering kan ervoor zorgen dat het probleemgedrag structureel afneemt of beter beheersbaar is.

Voorbeeld van een tijdelijke investering: extra uren inzetten om het gedrag van de cliënt beter te leren kennen en te bestuderen om vervolgens de cliënt beter te kunnen begeleiden.

“... bij veel cliënten is het resultaat een toename van kwaliteit van bestaan, zoals een zinvolle daginvulling, socialere leefomgeving, afname probleemgedrag. In het algemeen ben ik van mening dat Meezorg een mooie bijdrage heeft. Het doel is om Meezorg af te bouwen. Verminderen van het toepassen van middelen en maatregelen, medicijngebruik...” (toetsers CCE)

De reden voor Meezorg is in de proeftuin niet anders dan in het reguliere proces. De wijze waarop de Meezorg wordt ingezet kan verschillen tussen regulier en de proeftuinen.

Reden Meezorg sector Verpleging en Verzorging

Over de reden van Meezorg is er één toetsers die hier binnen de sector VV enige ervaring mee heeft. Ook hierbij is vaak sprake van probleemgedrag bij de cliënten. Een complicerende factor is de beperkte kennis van het personeel over gedragsproblematiek. Mogelijk kan handelingsverlegenheid de aanleiding zijn om in situaties van ernstige gedragsproblematiek een beroep te doen op Meezorg. Het aantal waarnemingen in het onderzoek voor de sector VV is te klein om hier in het algemeen een uitspraak over te doen.

Als er sprake is van somatische problematiek dan ligt de beoordeling van Meezorg bij het zorgkantoor. Het gaat om situaties waarbij de cliënt één van de volgende ZZP's heeft: ZZP 8 VV, ZZP 5 LG, ZZP 6 LG, ZZP 7 LG en ZZP 8 VG.

Het locked-in syndroom kan een reden zijn voor het aanvragen van Meezorg. Een cliënt met het locked-in syndroom zit opgesloten in het eigen lichaam. Er is sprake van verlamming vanaf een punt tussen de ogen en de neus naar omlaag; de oorzaak is veelal een herseninfarct. Het bewustzijn is volledig is bewaard. De getroffen cliënt beschikt bijna altijd over zijn volledige zintuigen; horen, zien, voelen, ruiken, proeven en denken; alles functioneert. Door de volledige verlamming is spreken niet meer mogelijk en zijn er problemen met slikken. Communiceren is alleen mogelijk met de ogen. Ook langdurige kunstmatige beademing en voeding is in veel gevallen noodzakelijk.

Het aanleren van een alternatieve manier van communiceren is erg belangrijk om deze cliënten weer enig perspectief te kunnen bieden. Er zijn hulpmiddelen (computers) die het communiceren via het knipperen met de ogen ondersteunen.

3.5 Vergelijking redenen per regeling

De redenen van aanvraag voor meer zorg zijn divers. De vier regelingen hebben een verschillende aanleiding. Bij de regeling EKT en PAB is de wens om thuis te (blijven) wonen de reden van aanvraag. Omdat het best passende ZZP niet toereikend is in de thuissituatie, is hier voor specifieke categorieën cliënten een regeling voor getroffen.

Deze twee regelingen staan een zekere mate van ondoelmatigheid toe om cliënten de mogelijkheid te bieden om thuis te blijven wonen.

De regeling toeslagen biedt specifieke doelgroepen extra middelen.

De regeling Meerzorg biedt cliënten extra ondersteuning, omdat het best passende ZZP niet toereikend is. De deskundigen geven aan dat de reden voor het aanvragen van Meerzorg vaak samenhangt met probleemgedrag. De redenen voor het probleemgedrag zijn echter niet eenvoudig te benoemen. Er is altijd sprake van een stapeling van cliëntkenmerken (zoals diagnoses, stoornissen, beperkingen) en contextfactoren die allen hun effect hebben en in samenhang moeten worden gezien.

4. Gebruik van en ervaringen met meer zorg

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de analyse van de kwantitatieve gegevens die we bij de Wlz-uitvoerders hebben verzameld over het gebruik van de regelingen. Daarna geven we weer wat de ervaringen zijn van de cliënten en andere betrokkenen met de regelingen.

4.1 Omvang gebruik regelingen meer zorg

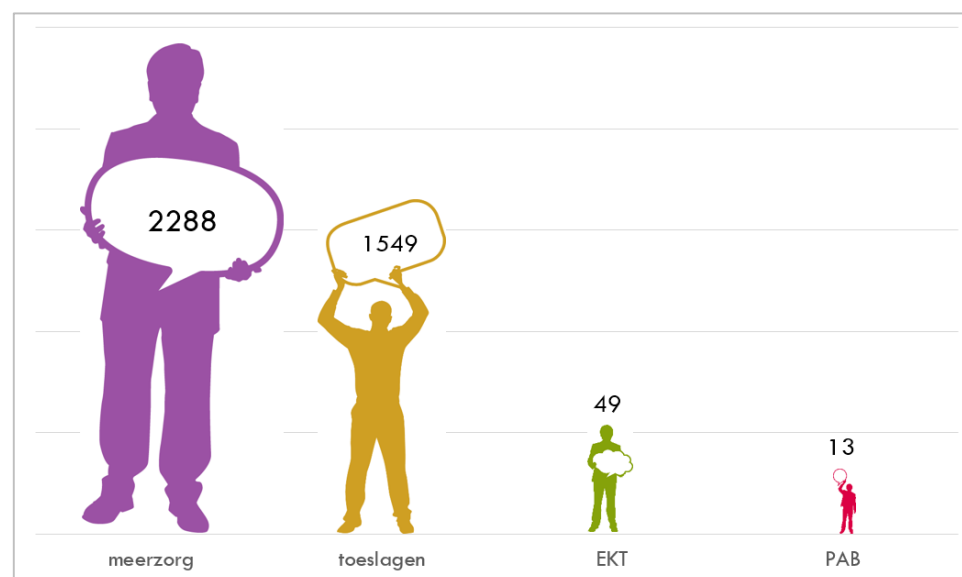
In deze paragraaf schetsen we een overzicht van het gebruik van de verschillende regelingen. In de volgende paragrafen zoomen we in op de vier regelingen.

Om de gepresenteerde aantallen gebruikers en de kosten van de regelingen goed te kunnen duiden, geven we eerst enkele cijfers over de Wlz. Landelijk beschikken op peildatum 1 oktober 2015 ruim 282.000 mensen⁸ over een geldig indicatiebesluit voor zorg met verblijf binnen de Wlz. De NZa geeft aan dat de contracteerruimte voor Wlz in 2015 en 2016 respectievelijk € 16.505 miljoen en € 16.605 miljoen bedraagt. Voor pgb is dit in 2015 en 2016 respectievelijk € 1.485 miljoen en € 1.671 miljoen.

De gegevens over het gebruik zijn gebaseerd op een uitvraag bij alle Wlz-uitvoerders. De 31 Wlz-uitvoerders geven uitvoering van de regeling meer zorg. Het gebruik per Wlz-uitvoerder per meer zorg regeling is opgenomen in bijlage 4. Indien in de analyse van andere bronnen dan de gegevens van de Wlz-uitvoerder gebruik is gemaakt, staat dit vermeld.

Aantal gebruikers

Figuur 10 geeft het aantal cliënten weer dat op 1 januari 2016 aanspraak maakte op één van de vier meer zorg regelingen. Cliënten die gebruikmaken van meerdere regelingen, zijn voor beide typen meegeteld.



Figuur 10. Aantal gebruikers verbijzonderd naar regeling meer zorg

⁸ Bron www.ciz.nl kwartaalrapportage CIZ 2015 Q1 - Q3, Indicatiestelling Wlz

De meeste cliënten met meer zorg maken gebruik van de regeling Meerzorg of een toeslag. De EKT- en PAB-regelingen komen veel minder voor. Mogelijk is het van invloed dat deze regelingen vanaf medio 2015 bestaan, maar toch blijft het lage aantal opmerkelijk.

Hierbij is het van belang om op te merken dat er een groep is van ongeveer 13.000 cliënten met een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg met zulke zware beperkingen dat zij waarschijnlijk aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen: de 'Wlz-indiceerbaren'. Deze groep cliënten wordt momenteel geherindiceerd door het CIZ. De verwachting is dat een substantieel deel van deze groep in aanmerking komt voor de EKT-regeling.

Cliënten kunnen kiezen of ze de zorg in een Wlz-instelling (intramuraal) of thuis verzilveren. De mogelijkheden hiervoor verschillen per regeling. In tabel 3 maken we hier een onderscheid naar verbijzonderd naar regeling en sector.

| Regeling | Intramuraal | | | Thuiswonend | | | Totaal |
|------------------------------|--------------|------------|-----------|-------------|-----------|----------|--------------|
| | GZ | VV | GGZ | GZ | VV | GGZ | |
| Meerzorg | 2.137 | 0 | 0 | 143 | 8 | | 2.288 |
| Toeslagen⁹ | 1.172 | 324 | 20 | 32 | 1 | | 1.549 |
| EKT | | | | 47 | 2 | | 49 |
| PAB | | | | 13 | | | 13 |
| Totaal | 3.309 | 324 | 20 | 235 | 11 | 0 | 3.899 |

Tabel 3 - Aantal cliënten met meer zorg verbijzonderd naar woonsetting en sector (per 1 januari 2016)

De meeste aanspraak wordt gemaakt op de regeling Meerzorg, binnen de gehandicaptenzorg, in een intramurale setting, 3.329 cliënten. Daarnaast zien we dat bijna 40% van de cliënten aanspraak doet op de regeling toeslagen. Het EKT en PAB worden nagenoeg niet gebruikt.

Twee cliënten maken gebruik van meerdere regelingen. Dit betreft een combinatie van de regeling Meerzorg en de toeslag observatie. Deze combinatie is alleen mogelijk binnen de verkorte aanvraagprocedure. Het aantal unieke cliënten komt dan op 3.897.

Van de cliënten met Meerzorg in een intramurale setting, zijn 95 cliënten betrokken in een proeftuin. Het aantal cliënten binnen de proeftuinen is gebaseerd op de aanlevering van zes van de zeven concessiehouders. Voor één concessiehouder was het niet mogelijk om op korte termijn aan te geven welke cliënten deelnemen in de proeftuinen. Het werkelijke aantal cliënten in de proeftuinen ligt hoger.

⁹ De toeslagen die gelden voor kinderen in de gehandicaptensector zijn in de kwantitatieve analyse buiten beschouwing gelaten.

Jaarbudgetten

Tabel 4 geeft een overzicht van het aantal gebruikers en de kosten per regeling.

| Regeling | # Cliënten | | Totaal budget |
|---------------|--------------|----------|-------------------------|
| Meerzorg | 2.288 | € | 141.389.511 |
| Toeslagen | 1.549 | € | 33.680.937 |
| EKT | 49 | € | 1.763.167 |
| PAB | 13 | € | 2.176.824 ¹⁰ |
| Totaal | 3.809 | € | 178.559.280 |

Tabel 4 - Aantal cliënten en budgetten per regeling 2015/2016

De kosten voor de regelingen meer zorg maken ongeveer 1% uit van de totale contracteerruimte voor de Wlz.

Verdeling naar subsector

Alle cliënten die in aanmerking komen voor meer zorg hebben ook een indicatiebesluit voor verblijf binnen de Wlz in de vorm van een zorgprofiel. Per sector is de verdeling van de zorgprofielen in beeld gebracht in relatie met de regelingen meer zorg. In tabel 5 zijn de cijfers geaggregeerd naar subsector, in bijlage 3 is een overzicht per zorgprofiel opgenomen.

| | Landelijk ¹¹ | Meerzorg | Toeslagen | EKT | PAB | Totaal |
|---------------|-------------------------|--------------|--------------|-----|-----|--------------|
| VV | 161.425 | 8 | 325 | 2 | 0 | 335 |
| VG | 91.676 | 2.040 | 804 | 41 | 0 | 2.885 |
| LVG/SGLVG | 2.987 | 47 | 39 | 1 | 0 | 87 |
| ZGvis | 2.034 | 37 | 3 | 1 | 0 | 41 |
| ZGaud | 1.185 | 29 | 2 | 0 | 0 | 31 |
| LG | 14.877 | 126 | 207 | 4 | 13 | 350 |
| GGZ | 8.500 | 0 | 20 | 0 | 0 | 20 |
| Onbekend | | 1 | 149 | | | 150 |
| Totaal | 282.684 | 2.288 | 1.549 | | | 3.899 |

Tabel 5. Overzicht aantal cliënten naar subsector landelijk in vergelijking met cliënten met meer zorg

Uit de analyse komt naar voren dat het aantal cliënten die gebruikmaken van de regeling ten opzichte van het totale landelijke beeld zeer beperkt is (1,4%. Relatief en absoluut is het aantal cliënten in de gehandicapensector het grootst.

¹⁰ Dit betreft een opgave van het totale pgb, niet alleen de opslag voor PAB.

¹¹ Landelijke cijfers zijn gebaseerd op het aantal aanspraken zorgprofielen voor peildatum 1 oktober 2015, in 'Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q1-Q3, indicatiestelling Wlz'.

4.2 Meerzorg

In deze paragraaf presenteren we de kwantitatieve gegevens over de regeling Meerzorg. De gegevens zijn verzameld bij de Wlz-uitvoerders.

Verzilveringsvorm per sector

De cliënt kan Wlz-zorg op vier manieren verzilveren:

- Bij een Wlz-instelling.
- Thuis via een volledig pakket thuis (VPT).
- Thuis via een modulair pakket thuis (MPT), inclusief de combinatie MPT en pgb.
- Thuis via persoonsgebonden budget (pgb).

Tabel 6 presenteert het aantal cliënten met Meerzorg in relatie tot de verzilveringsvorm.

| | Intramuraal | VPT | MPT | pgb | Totaal |
|-------------------|--------------|----------|----------|------------|--------------|
| ZG | 60 | 0 | 0 | 6 | 66 |
| VV | 0 | 0 | 1 | 7 | 8 |
| VG | 2.019 | 0 | 0 | 69 | 2.088 |
| LG | 58 | 0 | 7 | 61 | 126 |
| Eindtotaal | 2.137 | 0 | 8 | 143 | 2.288 |

Tabel 6 - Aantal cliënten verbijzonderd naar verzilveringsvorm per sector voor regeling Meerzorg

Meerzorg wordt voor 93% (2.137) ingezet binnen de intramurale setting. 7% wordt verzilverd in een thuissituatie. Hoewel Meerzorg nog in een zeer beperkte mate wordt ingezet binnen de VV, is het toch opvallend dat de inzet alleen in de thuissituatie is.

Tijdens een stakeholdersbijeenkomst kwam naar voren dat bij somatische problematiek de extra zorg nog vaak in de thuissituatie kan worden geleverd. Dit zien we in tabel 6 ook terug in het verhoudingsgewijs hoge aantal cliënten met een LG-zorgprofiel, zij kiezen om de ondersteuning te verzilveren in een MPT of pgb. In met name de sector VG is vaak sprake van gedragsproblematiek bij de inzet van Meerzorg.

Corine

Corine is 35 jaar, heeft een zorgprofiel VG-7, is volledig ADL-zorgafhankelijk, incontinent, eet niet zelf, extreme gedragsproblematiek, woont met twee andere vrouwen met een verstandelijke beperking in kleinschalige woonvorm gefinancierd met pgb. Zij heeft, als zij wakker is, continu één-op-één begeleiding nodig. Corine is in haar jonge jaren vaak gefixeerd en opgesloten in isoleercellen hetgeen haar moeilijk verstaanbare gedrag verergerde.

Zij woont sinds vijf jaar in een kleinschalige woonvorm, met voorspelbare dagindeling, continue begeleiding en gaat overdag naar een dagopvang. Zowel de begeleiding in de woonvorm als bij de dagbesteding wordt deels betaald uit Meezorg. Door de inzet van Meezorg is de kwaliteit van leven voor Corine enorm toegenomen.

Toegekende duur 2016

De duur van de meer zorg hebben we gebaseerd op basis van de registratie van het CCE. Het CCE adviseert de Wlz-uitvoerders. In sommige situaties wijkt de Wlz-uitvoerder af van het CCE-advies. Dit speelt bijvoorbeeld als het CCE een negatief advies geeft, maar de aanbieder in financiële problemen komt wanneer de Wlz-uitvoerder het niet toekent. De Wlz-uitvoerder kent dan weleens toe voor een bepaalde periode onder voorwaarden dat de zorg weer op orde komt. Of, wanneer de eerste vraag door het CCE met “ja” is beantwoord en de overige vragen met “nee”, kiest de Wlz-uitvoerder er soms ook voor om onder voorwaarden de aanvraag alsnog toe te kennen voor een bepaalde periode.

Uit de analyse komt de volgende verdeling van de geldigheidsduur naar voren:

| Duur van afgegeven advies | Percentage |
|---------------------------|------------|
| 1 jaar | 24 % |
| 1,5 jaar | 21 % |
| 2 jaar | 44 % |
| 3 jaar | 11 % |
| | 100% |

Tabel 7 - Procentuele verdeling van de duur van het afgegeven advies

Het CCE houdt bij het bepalen van de duur van het advies rekening met:

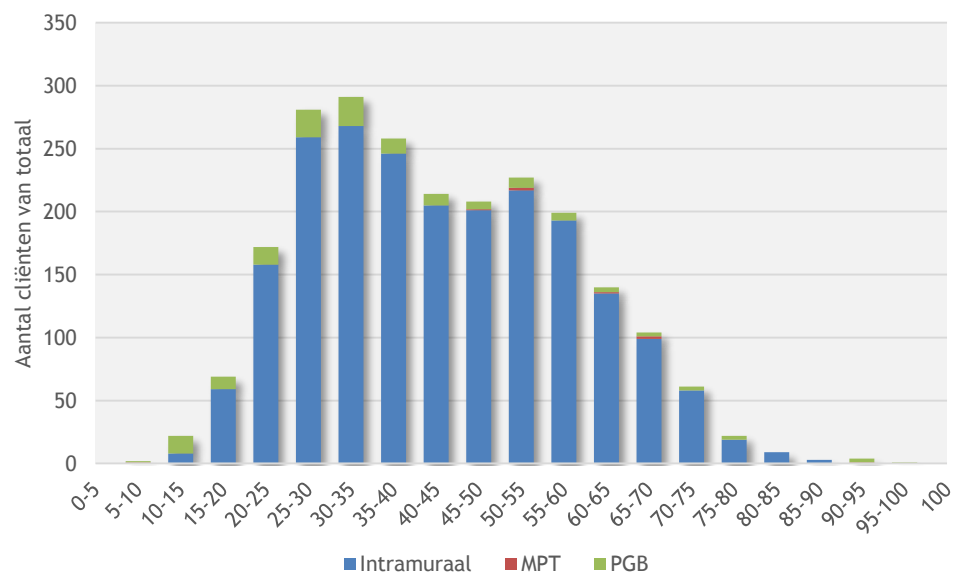
- Continuïteit en stabiliteit van de situatie. Voorbeelden van een (nog) niet stabiele situatie: een cliënt die net is verhuisd, gaat verhuizen of veel personeelsverloop.
- De mate waarin de zorg op ‘orde’ is. Een voorbeeld van een situatie die nog niet op orde is, is dat er nog veel verbeterpunten door het CCE zijn aangedragen (zoals verdere optimalisering van de begeleidingsstijl, hernieuwde diagnostiek).

Naarmate de continuïteit en stabiliteit beperkter zijn en de zorg minder op orde is, geeft het CCE een kortere duur van het advies af. Adviezen met een lange geldigheidsduur zijn voor stabiele situaties waarbij de zorg goed op orde is.

Het CCE heeft in 2015 gemiddeld 75 uur Meezorg geadviseerd. Dat gemiddelde blijft volgens het CCE over de jaren nagenoeg gelijk.

Leeftijdsofbouw cliënten Meezorg per verzilveringsvorm

In onderstaande grafiek is de leeftijdsopbouw van de cliënten met Meezorg weergegeven per verzilveringstype. Gezien de kleine aantallen pgb (en MPT) in relatie tot intramuraal, zijn de verschillen binnen pgb (en MPT) minder goed waarneembaar. Wat betreft de verschillende verzilveringsvormen zien we dat relatief veel jongeren (0-23 jaar) gebruikmaken van Meezorg bij een pgb (13% ten opzichte van 5% van de volwassenen (24-65 jaar)).



Figuur 11 - Leeftijdsofbouw per verzilveringstype

4.3 Toeslagen

In deze paragraaf presenteren we kwantitatieve gegevens over de toeslagen die we bij de Wlz-uitvoerders hebben verzameld.

Verzilveringsvorm per toeslag per sector

We zien dat toeslagen voor 98% worden ingezet binnen de intramurale setting. Slechts 2% wordt extramuraal ingezet; dit betreft één cliënt binnen de VV en 31 cliënten binnen de gehandicaptenzorg. Verder worden toeslagen voornamelijk ingezet binnen de intramurale gehandicaptenzorg, dit betreft 76% van het totaal.

| Sector | Intramuraal | pgb | VPT | Eindtotaal |
|---------------|--------------|----------|-----------|--------------|
| GZ | 1.172 | 3 | 29 | 5 |
| VV | 324 | 1 | | 325 |
| GGZ | 20 | | | 20 |
| Totaal | 1.516 | 4 | 29 | 1.549 |

Tabel 8 - Verzilveringsvorm voor toeslagen per sector

Aantal cliënten per toeslag

Tabel 9 presenteert het aantal cliënten per toeslag, verbijzonderd naar leveringsvorm, het aantal eenheden in 2015 en kosten.

| Type toeslag | Intra- muraal | VPT | pgb | # eenheden | gemiddelde duur 2015 | Tarief per eenheid | Totaal |
|-------------------------------------|------------------|-----------|----------|------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Toeslag Huntington | 191 | 1 | | 57.115 | 297 dagen | € 40,49 | € 2.312.586 |
| Toeslag CVA | 25 | | | 1.014 | 41 dagen | € 29,50 | € 29.913 |
| Toeslag invasieve beademing | 139 | | 1 | 39.961 | 285 dagen | € 208,82 | € 8.344.656 |
| Toeslag non- invasieve beademing | 80 | 4 | | 23.958 | 285 dagen | € 39,20 | € 939.154 |
| Toeslag MFC | 61 | | | 12.884 | 211 dagen | € 33,45 | € 430.970 |
| Toeslag observatie | 166 | | | 27.120 | 163 dagen | € 85,90 | € 2.329.608 |
| Toeslag GEZ - laag | 0 | | | | | € 43,97 | |
| Toeslag GEZ - midden | 144 | | | 48.698 | 338 dagen | € 75,75 | € 3.688.874 |
| Toeslag GEZ - hoog | 375 | | 2 | 125.076 | 332 dagen | € 95,97 | € 12.003.544 |
| Toeslag NSFP | 20 | | | 3.195 | 160 dagen | € 222,71 | € 711.558 |
| Toeslag gespec. behandelzorg | 294 | 24 | | 18.499 | 58 uur | € 117,44 | € 2.172.523 |
| Subtotaal | 1.495 | 29 | 3 | | | | € 32.963.385 |
| <i>Onbekend (welke toeslag)</i> | 32 | | 1 | | | | € 717.552 |
| Totaal | 1.527 | 29 | 4 | | | | € 33.680.937 |

Tabel 9 - Overzicht aantal cliënten, kosten en eenheden per toelagen verbijzonderd naar verzilveringsvorm

Het kan voorkomen dat cliënten meerdere toelagen gebruiken, dan wordt de cliënt ook onder meerdere toelagen meegerekend. In totaal zijn er 1.549 unieke cliënten die gebruikmaken van een toelag. Hiervan maken 1.505 cliënten gebruik van één toelag, elf cliënten van twee toelagen en bij 33 cliënten is dit onbekend. In tabel 9 is op basis van het gewogen gemiddelde bedrag per cliënt, een indicatief bedrag berekend voor de groep 'onbekend'. Per cliënt is het gemiddelde jaarbudget voor een toelag € 21.744. Voor 33 cliënten betekent dit een bedrag van € 717.552.

Met uitzondering van de toelag gespecialiseerde behandelzorg (per uur), worden alle toelagen per dag als tijdseenheid gedeclareerd. De toelag GEZ-hoog is de meest gebruikte toelag (24% van de 1.549 cliënten met een toelag). Opvallend is dat daarentegen de toelag GEZ-laag niet wordt ingezet en de toelag GEZ-midden aanzienlijk minder wordt ingezet dan de toelag GEZ-hoog. Daarnaast wordt de

toeslag gespecialiseerde behandelen ook door veel cliënten gebruikt (20% van de 1.549 cliënten met een toeslag).

De hoogste kosten zijn gemoeid met de toeslagen GEZ-hoog en invasieve beademing. Dit komt voornamelijk door de relatief hoge prijs per eenheid alsook het grote aantal eenheden per cliënt en in mindere mate het aantal cliënten dat hiervan gebruikmaakt.

Toegekende duur toeslagen

Aan de Wlz-uitvoerders is gevraagd om aan te geven hoeveel dagen toeslag er in 2015 is gedeclareerd. In tabel 7 is de gemiddelde duur in 2015 weergegeven per toeslag. Zo is voor bijvoorbeeld 16 cliënten de toeslag CVA voor twee maanden gedeclareerd. Bij alle regelingen is een toeslag vaak voor minimaal twaalf maanden gedeclareerd. Dit geldt voor 61% van de cliënten.

Daarnaast worden toeslagen bij 16% van de cliënten voor maximaal één maand gedeclareerd. Dit is vooral bij de toeslagen CVA, observatie en NSFP. Dit ligt in de aard van de toeslag alsook in de maximumduur. Zo is een toeslag CVA alleen mogelijk in de eerste acht weken van de revalidatiezorg. De toeslag observatie wordt afgegeven voor een afgebakende periode waarbinnen multidisciplinair overleg en onderzoek kan plaatsvinden om een passend advies voor behandeling en begeleiding op te stellen. In de beleidsregel (CA_BR_1607) wordt hierover genoemd dat de toeslag gemiddeld voor de duur van een jaar wordt afgegeven. De toeslag NSFP is bedoeld om voortgezet verblijf met behandeling aan te kunnen bieden aan cliënten met acuut delictgevaar. Hiervoor is geen gemiddelde of maximum duur genoemd in de betreffende beleidsregel.

4.4 Extra kosten thuis (EKT)

Verzilveringsvorm per sector

Het EKT mag ingezet worden bij een MPT of pgb. In hoofdstuk 2 zijn de criteria voor het gebruik EKT uitgewerkt. We zien dat op 1 januari 2016, 49 cliënten gebruikmaken van een EKT. Daarvan verzilvert het grootste deel van de cliënten het zorgprofiel door middel van een MPT (65%).

| Sector | MPT | pgb | Totaal |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| ZG | 0 | 1 | 1 |
| VG | 29 | 13 | 42 |
| LG | 3 | 1 | 4 |
| VV | 0 | 2 | 2 |
| Eindtotaal | 32 | 17 | 49 |

Tabel 10 - Verzilveringsvorm per sector (EKT)

Toegekende duur voor EKT

De duur waarvoor een beschikking voor een EKT wordt afgegeven verschilt per doelgroep:

- Voor de cliënt tot 23 jaar waarvan de ouders/verzorgers de cliënt graag thuis willen laten opgroeien, is de looptijd van de beschikking begrensd tot de leeftijd van 23 jaar.
- Voor de verzekerde met één of meer kinderen die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om deel uit te maken van het thuis opgroeien van dat kind, is de looptijd van de beschikking begrensd tot de leeftijd van 18 jaar van het kind.

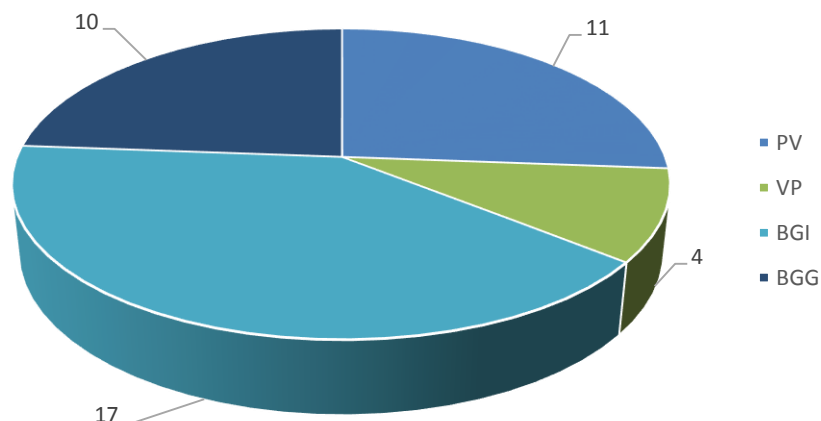
Bij 92% van de toegekende EKT op 1 januari 2016 gaat het om deze twee doelgroepen.

Inzet van het EKT

Het EKT kan worden ingezet voor vier functies:

- Persoonlijke Verzorging (PV)
- Verpleging (VP)
- Begeleiding Individueel (BGI)
- Begeleiding Groep (BGG)

Daarbij kunnen per cliënt meerdere functies worden ingezet. Figuur 12 geeft aan bij hoeveel cliënten iedere functie wordt ingezet. Deze informatie is verkregen bij 20 van de 49 cliënten. In de figuur zien we dat een EKT met name ingezet wordt voor Begeleiding Individueel.



Figuur 12 - Aantal cliënten per ingezette functies met een EKT

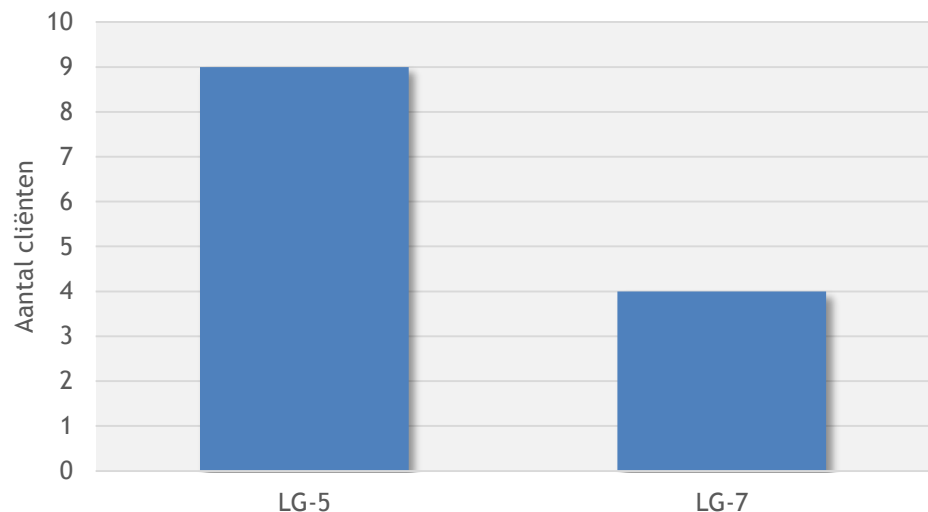
Cliëntvertegenwoordiger

"Ik heb via de cliëntenorganisatie gehoord dat het mogelijk is om een EKT aan te vragen, omdat ik niet uitkom met het pgb voor mijn dochter. Ik heb een budgetplan opgesteld waarin ik aangeef wat de extra kosten zijn (logeren en naschoolse opvang). Dat is ingediend bij de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder wist op dat moment nauwelijks van het bestaan van EKT. In eerste instantie werd ik niet geholpen. Na aandringen en tussenkomst van de cliëntenorganisatie is uiteindelijk een afspraak gemaakt met de Wlz-uitvoerder voor een beoordeling en is de EKT toegekend."

4.5 Persoonlijk assistentie budget (PAB)

Er zijn 13 cliënten bekend bij de Wlz-uitvoerders die op 1 januari 2016 een PAB gebruiken. Als deze cliënten nemen het PAB in de vorm van een pgb af.

In Figuur 13 is de verdeling naar zorgprofielen weergegeven.



Figuur 13 - Verdeling naar zorgprofielen (PAB)

4.6 Conclusies kwantitatieve analyse gebruik meer zorg

- Circa 1,4% van de totale populatie Wlz-geïndiceerden maakt gebruik van één van de vier regelingen voor meer zorg. De uitgaven voor meer zorg bedragen circa 1% van het totale Wlz-budget.
- De meeste gebruikers van meer zorg doen een beroep op de regeling Meezorg gevolgd door de toeslagen, respectievelijk circa 60% en 40%. Ruim 93% van de gebruikers van meer zorg neemt de zorg intramuraal af.
- Uit de analyse blijkt dat meer zorg met name in de GZ voorkomt. Het is echter nog te vroeg om te zeggen dat de resultaten van de meting op 1 januari 2016 de behoefte aan meer zorg in de VV en GGZ goed weerspiegelen. De regeling Meezorg is namelijk pas vanaf 1 januari 2016 van kracht voor de VV en GGZ. We verwachten dat na minimaal één jaar een beter beeld kan worden gegeven.
- De twee relatief nieuwe regelingen EKT en PAB worden nog zeer minimaal gebruikt. Mogelijke verklaringen: de korte periode waarin deze twee regelingen van kracht zijn en de specifieke voorwaarden waaraan voldoen moet worden om in aanmerking te komen. Mogelijk zal een deel van de Wlz-indiceerbaren een beroep gaan doen op de EKT-regeling.

4.7 Ervaringen cliënten

We hebben cliëntvertegenwoordigers gesproken van 22 cliënten die via de reguliere manier gebruikmaken van meer zorg. Bij 20 cliënten gaat het dan om de regeling Meezorg, twee cliënten maken gebruik van de extra kosten thuisregeling. Van de

cliënten die gebruikmaken van de regeling Meerzorg wonen 14 cliënten thuis en zes in een instelling. De cliënten met de EKT wonen beiden thuis.

De geïnterviewde cliënten hebben de volgende zorgprofielen indicaties: VG-7 (10x); VG-8 (5x); VG-5 (3x); VG-4 (1x); LG-7 (2 x) en onbekend (1x).

Cliënten met regeling Meerzorg in een instelling

Bij de zes cliënten die verblijven in een instelling, heeft vier keer de zorgaanbieder het initiatief genomen om meer zorg aan te vragen. Daar waar de cliëntvertegenwoordiger het initiatief neemt gaat het om cliënten die ook één of enkele dagen per week thuis wonen. De cliëntvertegenwoordigers zijn meestal betrokken geweest bij de gesprekken met de zorgaanbieder en in enkele gevallen met het CCE. De tevredenheid over deze gesprekken varieert. De extra middelen worden besteed aan meer begeleiding; vaak één-op-één begeleiding op bepaalde momenten van de dag. Dit resulteert volgens de cliëntvertegenwoordigers in meer rust voor de cliënt en minder escalaties.

Cliënten met regeling Meerzorg in de thuissituatie

De vertegenwoordigers van de cliënten die gebruikmaken van de regeling Meerzorg in combinatie met een pgb geven allemaal aan dat het veel moeite heeft gekost om de Meerzorg aan te vragen. Enkelen hebben gedragsdeskundigen ingehuurd om een goed zorgplan te helpen opstellen of de hulp van een cliëntenorganisatie ingeroepen.

De cliëntvertegenwoordigers melden dat:

- De aanvraagprocedure is geënt op de situatie van zorg in natura bij de zorgaanbieder en niet op thuiswonenden. De formulieren die ingevuld moeten worden sluiten niet aan op zorg in de thuissituatie.
- Het invullen van formulieren kost heel veel tijd (“het is een hels karwei om de 24 uur zorg van minuut tot minuut te beschrijven”).
- Omdat de toekenning een beperkte geldigheidsduur kent, moeten de formulieren steeds weer opnieuw worden ingevuld. Bovendien wijzigen de formats steeds. Naast de hoeveelheid werk levert dat ook stress op vanwege de angst dat de cliënt mogelijk toch naar een instelling moet wanneer de aanvraag niet wordt toegekend.
- Men vindt de regeling te bureaucratisch en gebaseerd op wantrouwen (“Waarom is een verklaring van bijvoorbeeld de huisarts niet voldoende?”). Bij een stabiele situatie zou niet steeds opnieuw een aanvraag nodig moeten zijn.
- Het steeds opnieuw moeten aanleveren van gegevens wordt als erg belastend ervaren. Het dossier is immers al bekend bij de Wlz-uitvoerder. Bovendien merken sommige cliëntvertegenwoordigers dat de beoordelaars bij het huisbezoek het dossier niet goed hebben gelezen. Dan heeft men de indruk dat men alles voor niets heeft aangeleverd.
- Daarnaast meldden enkele cliëntvertegenwoordigers dat ze last ondervinden van wisselende contactpersonen bij de Wlz-uitvoerder bij de aanvraag van Meerzorg (“telkens opnieuw je verhaal moeten vertellen”), dat de Wlz-uitvoerder de aangeleverde documenten kwijt is en dat de afstemming tussen de Wlz-uitvoerder en de Sociale Verzekeringsbank over het toegekende bedrag niet goed verloopt.

De middelen voor Meezorg worden bij de geïnterviewde pgb-houders ingezet voor één-op-één begeleiding, nachtzorg en logeeropvang ter ontlasting van de mantelzorgers. De cliëntvertegenwoordigers geven aan dat de cliënten door deze extra inzet thuis kunnen wonen en mee kunnen draaien in het gezinsleven. Tevens geven ze aan dat de kwaliteit van leven voor de cliënten verbetert, ze kunnen meer volwaardig meedoen in de maatschappij.

Cliënten met EKT

We hebben twee mensen geïnterviewd die cliënten vertegenwoordigen die een pgb met een EKT hebben. In beide gevallen hebben de cliëntvertegenwoordigers het initiatief genomen. Ze zijn getipt over het bestaan van het EKT door de cliëntenorganisatie en het ministerie van VWS. De Wlz-uitvoerders hadden op dat moment nog maar weinig kennis over het EKT en beschikten (nog) niet over duidelijke procedures. De cliëntvertegenwoordigers waren dan ook ontevreden over de aanvraagprocedure. Eén cliënt gaf aan dat het huidige EKT (17%) eigenlijk te laag is, maar ze zien er tegenop om opnieuw een aanvraag te doen vanwege eerdere ervaringen met de procedure.

Beide cliënten zetten het EKT in voor logeeropvang. Knelpunt is dat de beschikking maximaal voor één jaar wordt afgegeven; dat betekent dat het EKT steeds opnieuw moet worden aangevraagd. In een stabiele situatie zou dat niet nodig moeten zijn. Bovendien kunnen de pgb-houders zo moeilijk contracten afsluiten die de continuïteit van zorg garanderen.

4.8 Ervaringen gedragskundigen

Omdat gedragskundigen (orthopedagogen, psychologen) veelal betrokken zijn bij het aanvragen van de regeling Meezorg, hebben we naast de cliëntvertegenwoordigers ook een aantal gedragskundigen telefonisch geïnterviewd over Meezorg in de reguliere situatie. Voor de reguliere situatie hebben we zeven gedragskundigen geïnterviewd, zes uit de VG en één in de LG/VV¹².

De reden voor het aanvragen van Meezorg is vaak een combinatie van cliëntkenmerken en kenmerken van de context waarin de cliënt zich bevindt. Bij de cliënt speelt vaak gedragsproblematiek (moeilijk verstaanbaar gedrag), daarnaast spelen er soms somatische beperkingen en/of komt de cliënt uit zichzelf tot geen enkele actie.¹³ Factoren in de omgeving (de context) kunnen bovenstaande problemen doen toenemen en afnemen.

Verder kan een veranderende visie of cultuur leiden tot het aanvragen van Meezorg. Enkele jaren geleden hanteerden veel organisaties in de gehandicaptenzorg nog een beheersmatige insteek (het hanteren van vrijheid beperkende middelen en maatregelen om de (effecten van) gedragsproblematiek te beperken). Nu ligt de nadruk meer op kwaliteit van leven en op de relatie met het personeel en eventueel

¹² De gedragskundige in de LG/VV is ook betrokken bij het aanvragen van toeslagen.

¹³ In de LG/VV gaat het vaak om lichamelijke beperkingen waardoor extreem veel begeleiding en persoonlijke verzorging nodig is

overige bewoners. Voor sommige cliënten betekent dit dat ze veel minder uren alleen op hun kamer doorbrengen dan voorheen.

Het initiatief voor het aanvragen van Meezorg wordt veelal genomen door de zorgaanbieder. In tweede instantie wordt de cliënt of diens vertegenwoordiger daarbij betrokken. De aanvraagprocedure is (inmiddels) helder. Wel vinden de meeste geïnterviewde gedragskundigen dat het compleet invullen van de aanvraag nog steeds veel tijd vergt van diverse medewerkers: van de administratieve en/of ondersteunende diensten en daarnaast van de zorgmedewerkers (leidinggevende, behandelaar, begeleider wonen en begeleider dagbesteding). Men schat dat het in totaal 20-50 uur per aanvraag kost.

Een aantal organisaties heeft intern een commissie of werkgroep Meezorg opgetuigd om kennis en ervaring met het doen van aanvragen te bundelen.

De knelpunten bij de aanvraagprocedure zijn volgens de geïnterviewde gedragskundigen:

- Het Excel-sjabloon. De meeste gedragskundigen hebben moeite met het goed invullen van het Excel-sjabloon; zo heeft men bijvoorbeeld problemen met het invullen van de nachtzorg en vindt men het lastig om te middelen bij activiteiten die de ene keer bijvoorbeeld tien minuten duren en de andere keer ruim een half uur, het gedrag van de cliënt is namelijk variabel. Het sjabloon is niet geschikt om deze variëteit weer te kunnen geven. In bijlage 7 zijn ter illustratie enkele onderdelen van het sjabloon opgenomen.
- Het gesprek met het CCE wordt door een aantal gedragskundigen echt als een toetsing ervaren. Men ervaart dat men wordt afgerekend op de exacte tekst die is aangeleverd, dat woordkeuze erg bepalend is. Men heeft het idee dat de focus ligt op de procedure en de stukken. De inhoud lijkt minder van belang. Volgens sommige gedragskundigen is er een kentering waar te nemen en gaat het gesprek tegenwoordig steeds meer over de inhoud.

Bij de aanvraag wordt een behandel-/ondersteuningsplan ingediend waarin wordt beschreven aan welke doelen gewerkt gaat worden. Vaak kan de Meezorg na verloop van tijd worden afgebouwd, dan zijn de beoogde doelen bereikt. Voor sommige cliënten lijkt de inzet van extra uren zorg echter meer langdurig noodzakelijk. Voor deze cliënten is een toekenning van Meezorg voor onbepaalde tijd echter ook niet wenselijk volgens de gedragskundigen; er moet wel een prikkel zijn om de Meezorg te evalueren en te heroverwegen.

Enkele andere knelpunten die de gedragskundigen ervaren:

- de middelen mogen niet ingezet worden voor deskundigheidsbevordering van het personeel;
- de aanvragen en toekenningen voor Meezorg zijn op individueel cliëntniveau, terwijl de gedragsproblematiek vaak samenhangt met de context, waaronder medebewoners. Aanbieders zouden graag meer vrijheid willen in de inzet van middelen voor medebewoners.

4.9 Ervaringen overige stakeholders

Naast het inventariseren van de ervaringen bij de cliëntvertegenwoordigers en de gedragskundigen, hebben we ook de ervaringen verzameld van een aantal landelijke partijen. We hebben twee groepsbijeenkomsten georganiseerd waarin we per sector hebben geïnventariseerd welke knelpunten er zijn en welke suggesties er zijn voor verbeteringen. Daarbij ging het zowel over de aanvraagprocedure als over de besteding van de extra middelen.

De volgende partijen hebben deelgenomen aan de sectorale bijeenkomsten; hen is gevraagd om voorafgaand signalen te verzamelen bij de achterban.

| Partijen | GZ | GGZ en VV |
|---------------|----|-----------|
| Ieder(in) | X | |
| Per Saldo | X | |
| CCE | X | X |
| ZN | X | X |
| ActiZ | | X |
| VGN | X | |
| GGZ Nederland | | X |
| NIP | X | |
| NVO | X | |

Tabel 11 - Deelnemende partijen bij bijeenkomst 'betrokken partijen'

Per Saldo, NIP en NVO hebben tijdens de bijeenkomst over de GZ aangegeven dat zij geen aanvullende informatie hadden over ervaringen in de GGZ en VV. Daarom hebben ze zich afgemeld voor die bijeenkomst.

Daarnaast hebben we telefonisch overleg gehad met werkgroep De Rode Bril (onderdeel van Spierziekten Nederland), MEE Nederland, NVvP en NVAVG, Verenso en het LOC.

Hieronder presenteren we de resultaten van de sectorale bijeenkomsten. Per regeling beschrijven we de genoemde knelpunten en de genoemde suggesties voor verbetering. Gezien het aantal deelnemers aan de bijeenkomst en de verschillende rollen die de partijen vervullen in het stelsel, kiezen we ervoor om alle genoemde knelpunten te presenteren ongeacht of het knelpunt door meerdere partijen wordt gedeeld. We hebben alleen die knelpunten opgenomen die een directe relatie hebben met meer zorg.

Regeling Meerzorg - GZ - intramuraal

Genoemde knelpunten

- Langdurige en complexe aanvraagprocedure: er moet veel informatie worden aangeleverd en soms moet de aanvraag herhaaldelijk worden aangepast. Meerzorg wordt voor één, twee of drie jaar toegekend. In het geval van één jaar, betekent dit dat je na circa een half jaar na de toekenning alweer aan de slag moet met een heraanvraag. Deze moet namelijk drie maanden voordat de datum

van de vorige aanvraag afloopt ingediend zijn bij de Wlz-uitvoerder. Bij een heraanvraag moet worden aangetoond wat de resultaten zijn van de ingezette middelen. Die resultaten zijn na een half jaar vaak nog niet goed te meten. Verder sluit de structuur van het zorg/ondersteuningsplan dat de zorgaanbieder gebruikt, niet altijd goed aan bij de structuur die wordt gehanteerd in het aanvraagformulier.

- Meezorg is niet in te zetten voor een gehele groep: vaak verblijven meerdere cliënten die aanspraak kunnen maken op Meezorg in één groep. Een aanvraag Meezorg wordt vervolgens niet voor iedere cliënt gedaan, maar vaak voor enkele cliënten om de aanvullende inzet mogelijk te maken. Dit is een pragmatische oplossing, maar het zou mooi zijn als het mogelijk is om Meezorg voor een groep in te kunnen zetten (en verantwoording vervolgens ook op groepsniveau).
- Verantwoording inzet extra uren: omdat zorg veelal in groepsverband wordt geboden, vinden zorgaanbieders het moeilijk om voor de cliënt met Meezorg de extra uren op cliëntniveau te registreren.
- Meezorg niet in te zetten voor indirecte zorg: Meezorg mag enkel ingezet worden op de directe cliëntgebonden uren. Inzet van een gedragswetenschapper of coaching van een team is niet mogelijk. Hierdoor is (cliëntspecifieke) deskundigheidsbevordering en coaching niet mogelijk binnen de regeling, wat juist tot erg mooie resultaten kan leiden. De ervaring van de partijen met de proeftuinen leert dat het vergroten van de handelingsbekwaamheid en/of het meer passend maken van de context vaak effectiever en efficiënter is dan extra personele inzet (begeleiders).
- Twee loketten met verschillende toets: vanaf 2016 geeft het CIZ in enkele gevallen aan dat er sprake zou kunnen van meer zorg (het 'vinkje'). Vervolgens doet de Wlz-uitvoerder onderzoek. Het CIZ en de Wlz-uitvoerder hanteren verschillende uitgangspunten. Het CIZ beoordeelt zonder omgeving van de cliënt, de Wlz-uitvoerder houdt wel rekening met de omgeving.

Genoemde suggesties voor verbetering

- Richt de procedure voor een heraanvraag efficiënter in.
- Gebruik de ervaringen vanuit de proeftuinen:
 - Maak de inzet van Meezorg mogelijk in groepsverband.
 - Maak de inzet van Meezorg mogelijk voor bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering.

Regeling Meezorg -VV en GGZ intramuraal

Genoemde knelpunten

- VV-aanbieders twijfelen of de investering in de aanvraagprocedure opweegt tegen de hoogte en de duur van de toegekende Meezorg. (“De investering in tijd en geld voor de aanvraagprocedure weegt vaak niet op tegen de omvang van de Meezorg en de resterende levensduur van de cliënt.”)
- Beeld van bezuiniging in plaats van kwaliteitsslag: Door een budget neutrale invoering is er een valse start geweest. Het gevoel dat geld is afgeroomd, dat moet worden terugverdiend via de regeling Meezorg, leeft heel sterk.
- Externe beoordeling: De zorgaanbieders zijn niet gewend dat een extern persoon van het CCE komt meekijken (voor het beoordelen van de aanvragen). Dat geeft aanbieders het gevoel dat er iemand op hun vingers komt kijken. Om dit als instelling en als professionals te accepteren vergt een cultuuromslag.

Genoemde suggesties voor verbetering

- Partijen hopen veel te leren van dit ingroei-jaar. Een goede monitoring op sectorniveau is gewenst.
- Het is goed dat de beoordeling door het CCE wordt gedaan. Mogelijk kan daar nog meer inhoudelijke expertise aan worden toegevoegd, bijvoorbeeld door in de GGZ bij aanvragen ook de klinieken intensieve behandeling (KIB's) te betrekken. Deze KIB's zijn al gewend aan heel bewust afwegen met welke zorg (en waar) een cliënt het beste op zijn plek is, en zwaardere zorg ook weer af te bouwen.
- Een suggestie is om eerst een consultatie te doen vóór de aanvraag Meezorg start. Dan is de insteek direct inhoudelijk.
- Het zou goed zijn als Meezorg een prikkel is voor kwaliteitsverbetering. Maar dan moet je daar de verantwoording ook op inrichten. Vooral rondom gedragsproblematiek is nog winst te halen, bijvoorbeeld door de handelingsbekwaamheid van betrokken professionals te vergroten en de context (meer) passend te maken.

Regeling Meezorg - extramurale procedure

Betrokkenheid CCE - Wlz-uitvoerder

Ook in de extramurale procedure waarbij sprake is van gedragsproblematiek, adviseert het CCE. Hierbij ligt de focus op de vraag of er sprake is van extreme zorgzwaarte en of het persoonlijk plan aansluit bij de zorgvraag. De vraag of de zorg thuis ook doelmatig is, speelt bij het CCE meer op de achtergrond. Bij twijfel neemt het CCE hierover contact op met de Wlz-uitvoerder. Hetzelfde geldt wanneer het CCE inschat dat de zorg thuis niet verantwoord kan worden geboden. De Wlz-uitvoerder beslist uiteindelijk of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan worden geboden.

Genoemde knelpunten

- Onbekendheid: veel cliënten en hun vertegenwoordigers/begeleiders zijn niet bekend met de mogelijkheden van de regeling Meezorg. Hierdoor hangt het gebruik vaak af van de kennis van de cliënt en hun vertegenwoordigers, in plaats van de zorginhoudelijke behoefte aan Meezorg.
- Cliënt herkent zich niet altijd in een zorgprofiel. Meezorg is alleen mogelijk bij bepaalde zorgprofielen; dat is ingegeven vanuit het idee dat wanneer het profiel niet meer past, er een zwaarder profiel bestaat dat meer passend is. Pas wanneer er geen zwaarder zorgprofiel beschikbaar is, kan Meezorg aan de orde zijn. Cliënten zijn onvoldoende op de hoogte van deze structuur.

Genoemde suggesties voor verbetering

- Cliënten, cliëntondersteuners Wlz en cliëntvertegenwoordigers beter informeren.

Toeslagen

Jaarlijks worden productieafspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders; daarbij worden de toeslagen ook meegenomen (dus niet cliëntgebonden ingekocht; maar op basis van de inschatting van de productie in voorgaande jaren). Dit loopt prima, bij de toeslagen zijn er volgens de stakeholders geen knelpunten.

Extra Kosten Thuis (EKT)

Genoemde knelpunten

- Verschillen en onduidelijkheid procedure: Wlz-uitvoerders hanteren (aanvullend) eigen regels. Daarnaast bestaat ook bij Wlz-uitvoerders nog veel onduidelijkheid over de procedure.
- Discriminerende voorwaarden: volgens de cliëntenorganisatie zijn de toegangs-criteria voor een EKT te strikt.

Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)

Met het PAB is nog weinig ervaring opgedaan. Door de werkgroep De Rode Bril (onderdeel van Spierziekten Nederland) is aangegeven dat koppeling van wonen en zorg bij adl-assistentie de doorstroming van mensen naar een PAB bemoeilijkt. Het werkelijke aantal cliënten dat behoefte heeft aan een PAB is daarom volgens de Rode Bril hoger dan dat nu uit de cijfers blijkt.

Verder geldt een aftrek van acht uur mantelzorg als iemand een partner heeft. Als deze partner naast de mantelzorg ook verplichtingen heeft in werk en gezin dan wordt deze acht uur als te belastend ervaren.

Tot slot speelt bij alle vormen van meer zorg thuis het probleem dat de budgethouder gedurende de termijn (acht weken) dat de aanvraag in behandeling is de uitgaven voor meer zorg moet voorschieten¹⁴. Hiervoor moet soms een lening worden afgesloten. Voor intramurale zorgaanbieders is dit gemakkelijker op te vangen.

4.10 Conclusie ervaringen met meer zorg

De ervaringen van de gebruikers van meer zorg hebben vooral betrekking op de regeling Meerzorg. Met toeslagen hebben cliëntvertegenwoordigers en gedragskundigen niet veel te maken; de afspraken daarover zijn onderdeel van de productieafspraken. Met EKT en PAB zijn er op dit moment nog weinig ervaringen te melden. De regelingen bestaan nog maar kort en er was sprake van onbekendheid.

Over Meerzorg valt meer te melden. Over (onderdelen van) de aanvraagprocedure klagen zowel de cliëntvertegenwoordigers als de gedragskundigen. Wij pleiten voor een meer eenvoudige procedure, mogelijk kan geleerd worden van de voorlopige ervaringen uit de proeftuinen (zie hoofdstuk 5). Desalniettemin moet een Wlz-uitvoerder voldoende informatie ontvangen om objectieve te kunnen beoordelen of er sprake is van een behoefte aan Meerzorg.

Cliëntvertegenwoordigers ervaren de regeling Meerzorg als een manier om de zorg thuis te kunnen organiseren. Dat wil echter niet zeggen dat via Meerzorg de eventuele ondoelmatigheid van zorg thuis wordt bekostigd (zoals bij het EKT en PAB). In de aanvraagprocedure is namelijk zodanig vormgegeven dat er wel degelijk sprake moet zijn van een extreme zorgzwaarte, wil Meerzorg toegekend worden. Daarom is

¹⁴ Bij toekenning van de aanvraag hanteert de Wlz-uitvoerder meestal de datum van binnenkomst complete aanvraag als ingangsdatum. De budgethouder kan de geleverde zorg vanaf die ingangsdatum wel declareren, maar moet daarmee wachten tot de aanvraag is gehonoreerd.

ook de betrokkenheid van een gedragskundige, behandelaar of behandelend arts vereist. Die persoon reflecteert op het actieplan en de benodigde inzet van zorg en ondersteuning. Daarnaast informeert het CCE de Wlz-uitvoerder wanneer zij betwijfelen of de zorg thuis verantwoord en/of doelmatig is.

Over het algemeen is men tevreden met de mogelijkheid om via de regeling Meerzorg maatwerk te kunnen bieden voor cliënten die niet passen in de bestaande zorgprofielen. In de intramurale zorg wordt gepleit voor de mogelijkheid om een deel van de middelen voor Meerzorg te besteden aan specifieke deskundigheidsbevordering van de begeleiders van de cliënt en/of aan medecliënten in de bewonersgroep.

5. Proeftuinen Meerzorg 2.0

In overleg met het ministerie van VWS hebben het CCE, ZN en de VGN het initiatief genomen over hoe de regeling Meerzorg anders vormgegeven kan worden. Dit heeft geresulteerd in de proeftuinen Meerzorg 2.0.

De aanpak om de Meerzorg anders te organiseren wordt door de betrokkenen als volgt omschreven:

“In de kern is Meerzorg 2.0 een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders, Wlz-uitvoerders, cliëntvertegenwoordigers en het CCE op de kwaliteit van zorg en van bestaan van (groepen van) cliënten met ernstig en hardnekkig probleemgedrag te optimaliseren. In de proeftuinen wordt een omslag gemaakt van beheersing en verantwoording naar verbeterplannen op basis van een betere en bredere beeldvorming van de cliënten in hun (sociale, fysieke en organisatorische) context en de groep waarin zij ondersteuning krijgen. Een belangrijk verschil is dat de Meerzorgmiddelen niet per se hoeven te worden besteed aan directe begeleiding van één cliënt. Er is ruimte om te kiezen voor de invulling die de meeste perspectief biedt om de situatie van de betreffende cliënt of cliënten te verbeteren. Daarbij valt te denken aan coaching en (bij)scholing van de zorgprofessionals en aan aanpassing van het leefmilieu of de dagbesteding.”¹⁵

Het CCE geeft aan dat er sprake is van een proeftuin wanneer:

- Vier partijen betrokken en geïnteresseerd zijn: zorgaanbieder, Wlz-uitvoerder, cliëntvertegenwoordiging en CCE (de vierhoek).
- De insteek kwalitatief is en er toetsbare verbeterdoelen worden geformuleerd.
- Kennisdeling plaatsvindt; van elkaar leren door inzichten en goede resultaten te delen.
- De vier partijen formeel-administratieve hobbels signaleren en gezamenlijk aankaarten bij het ministerie van VWS en de NZa.

In totaal zijn tien proeftuinen gestart. Tot nu toe vindt de aanmelding plaats via de Wlz-uitvoerder of via de zorgaanbieder. In bijlage 4 van deze rapportage is per proeftuin enige achtergrondinformatie opgenomen.

De thema's waar de proeftuinen zich op richten variëren. Zo is er een proeftuin die preventie als thema heeft: hoe kun je voorkomen dat iemand Meerzorg nodig heeft. Dan is het primair van belang om de basis goed op orde te hebben. Een andere proeftuin richt zich juist op de cliënten waarbij de behoefte aan Meerzorg 'hardnekkig' is; wat is er mogelijk om ook voor deze cliënten perspectief te bieden. In weer een andere proeftuin wordt geëxperimenteerd met een 'Meerzorgteam' binnen één organisatie; dat team bundelt intern de kennis en kunde over het omgaan met specifieke problematiek en fungeert als een vliegwiel om in de hele organisatie een kwaliteitsverbetering op gang te brengen. In weer een andere proeftuin experimenteert men met een groepsgewijze aanvraag van Meerzorg. Kortom, er is geen uniforme werkwijze in de proeftuinen.

¹⁵ Bron: Werken aan Meerzorg 2.0. CCE, februari 2016

5.1 Kwantitatieve gegevens

Zoals eerder aangegeven zijn per begin 2016 in totaal tien proeftuinen Meerzorg 2.0. In één proeftuin zijn in doorgaans meerdere zorgaanbieders betrokken en bevinden de cliënten zich op verschillende locaties. In tabel 12 een overzicht van de verschillende proeftuinen.

| | Naam proeftuin | Aantal cliënten ¹⁶ Meer zorg |
|----|---|---|
| 1 | Achmea Gelderse Hout | 6 |
| 2 | Achmea Robijn & Kindgroepen | 9 |
| 3 | Zorg & Zekerheid en DSW | 18 |
| 4 | Zorg & Zekerheid | 9 |
| 5 | CZ | 13 |
| 6 | VGZ Groepsgebonden audits | Maximaal 40 |
| 7 | Menzis Open perspectief | 16 |
| 8 | Menzis Preventie | 6 ¹⁷ |
| 9 | Menzis Meerzorgteam | 6 |
| 10 | VGZ Contextcoaching | 5 |
| | Totaal aantal betrokken cliënten | 128 |

Tabel 12. Overzicht aantal betrokken cliënten per proeftuin

5.2 Ervaringen cliënten

We hebben acht vertegenwoordigers geïnterviewd van cliënten die participeren in een proeftuin. Al deze cliënten verblijven bij een instelling (zeven cliënten met een zorgprofiel VG-7 indicatie; één cliënt heeft een zorgprofiel LG-7 indicatie). De cliënten maakten allemaal gebruik van de regeling Meerzorg voordat de proeftuin startte. De geïnterviewde cliëntvertegenwoordigers hadden geen ervaring met het aanvragen van Meerzorg volgens de ‘regels’ van de proeftuinen.

“Als ouders ken je je kind goed en heb je inzicht in gedrag. Je wordt niet altijd even serieus genomen. De inzet van Meerzorg in de proeftuinen wordt nu ingezet door de inzet van vaste begeleiders, een constant team, met een andere begeleidingsstijl. Het is meer gebaseerd op vertrouwen geven. Sinds anderhalf jaar ook andere dagbesteding, die beter aansluit. Mijn zoon is veel rustiger geworden, er zijn minder uitspattingen.” (Ouder van een cliënt die meedoet in de proeftuinen Meerzorg 2.0)

De zorgaanbieders namen voor deze cliënten het initiatief voor het aanvragen van de regeling Meerzorg. In de proeftuinen kunnen de middelen voor meer zorg worden besteed aan meer zaken dan alleen extra uren cliëntgebonden zorg voor de cliënt waarvoor Meerzorg is toegekend. Enkele cliëntvertegenwoordigers geven aan dat de middelen voor Meerzorg soms deels worden besteed aan specifieke opleidingen voor

¹⁶ Status eind 2015

¹⁷ Cliënten beschikken nog niet over Meer zorg, inzet is juist gericht ter voorkoming

de begeleiders en aan fysieke zaken (objecten, woningaanpassingen). Zij tekenen daarbij echter wel aan dat voor hen niet altijd duidelijk is uit welk budget (zorgprofiel, Meerzorg of anders) de aangepaste werkwijze in de proeftuinen wordt bekostigd.

De cliëntvertegenwoordigers zijn unaniem lovend over de effecten van de inzet van de extra middelen in de proeftuinen. Het leidt tot een betere kwaliteit van leven, er is meer rust en er zijn minder separaties noodzakelijk. Cliënten kunnen meer deelnemen aan het leven van de groep waarin ze wonen. Cliënten ontwikkelen zich op een positieve manier. Het is een vooruitgang ten opzichte van de situatie voor de start van de proeftuin.

“Mijn zoon is rustiger geworden en heeft meer zelfvertrouwen. Dit is mede een gevolg van de cursus die de groepsleiding heeft gevolgd over het anders kijken naar mensen met een verstandelijke handicap (methode Heijkoop).”

Net als in de reguliere Meerzorg worden in de proeftuinen de middelen ingezet voor kwaliteitsverbetering voor de cliënt. Volgens de cliëntvertegenwoordigers is het voordeel van de proeftuinen dat de bestedingsmogelijkheden ruimer zijn. Wanneer deze kwaliteitsverbetering mede bereikt kan worden door specifieke opleiding voor de begeleiders en/of bepaalde fysieke zaken, is dat voor de cliëntvertegenwoordigers geen bezwaar. Het feit dat medebewoners kunnen meeprofiteren van deze maatregelen, wordt niet als een bezwaar gezien. De cliëntvertegenwoordigers willen daarom ook graag doorgaan op de lijn die in de proeftuinen is uitgezet.

Slechts enkele cliëntvertegenwoordigers noemen knelpunten, die overigens zowel in de proeftuinen als in de reguliere situatie voorkomen:

- Personeelwisselingen/invalkrachten: daardoor gaat opgebouwde kennis verloren.
- Jojo-effect: Door de inzet van Meerzorg gaat het beter met de cliënt. Vervolgens wordt Meerzorg afgebouwd en daalt het aantal uren zorg dat de cliënt ontvangt. Daardoor verslechtert de situatie en moet er weer Meerzorg worden aangevraagd.

5.3 Ervaringen gedragskundigen

Omdat gedragskundigen (orthopedagogen, psychologen) veelal betrokken zijn bij het aanvragen van de regeling Meerzorg in de proeftuinen, hebben we naast de cliëntvertegenwoordigers ook tien gedragskundigen telefonisch geïnterviewd over Meerzorg in de proeftuinen.

De proeftuinen zijn experimenten. Dat betekent dat de concrete invulling van de proeftuinen onderling verschilt. Over de gehele linie zijn de gedragskundigen zeer tevreden met de proeftuinen. Men wil niet terug naar situatie voor de proeftuin.

“Het is een verademing om samen met het CCE te kunnen kijken naar verbetering van zorg en hoe we door het collectief inzetten van middelen betere zorg kunnen realiseren voor individuen.”

“Ik ben onwijs tevreden, de oude procedure was zeer belastend, met pakken papier. De verantwoording had iets weg van een kruisverhoor. We kunnen nu op een veel prettiger en effectiever manier verantwoorden door presentaties; het CCE en andere deskundigen kijken en denken mee. We doen het nu met elkaar en de inzet van middelen is veel flexibeler.”

“Met deze groepsbenadering kan er veel meer; door de één-op-één begeleiding raakten mensen afhankelijk van de begeleider en geïsoleerd. De begeleiders gaan mee naar het werk/dagbesteding. Het gaat heel erg goed met de cliënten, ze nemen veel meer deel aan het gewone leven; enkelen zijn verhuisd naar een gewone groepswoning.”

De voornaamste voordelen van de proeftuinen:

- Een meer effectieve en efficiënte besteding van de middelen (zie ter illustratie de businesscase Amerpoort eind paragraaf 5.4).
- Flexibel kunnen inspringen op fluctuaties in behoefte aan Meerzorg bij groepsgewijze inzet (zie ter illustratie de businesscase Amerpoort op pagina 58).
- Het gesprek met het CCE gaat veel meer over inhoud. Op deze manier kan het CCE haar expertise inbrengen.
- Er ontstaat commitment bij alle partijen in de vierhoek, men vindt elkaar in een gezamenlijk belang om met de beperkte middelen de kwaliteit van zorg te optimaliseren.

Knelpunten: De keerzijde van de regelvrijheid in de proeftuinen is dat men nog zoekt naar vormgeving van bepaalde processen, bijvoorbeeld op het gebied van de verantwoording.

“Het is nog een vraag hoe we ergens de vertaalslag kunnen maken van deze open benadering naar verantwoording/toetsing in regels en procedures.”

De betrokkenheid van cliënten/cliëntvertegenwoordigers varieert en is mede afhankelijk van de mogelijkheden en bereidwilligheid van deze personen.

5.4 Ervaringen concessiehouders

We hebben telefonische interviews gehouden met concessiehouders die betrokken zijn bij negen proeftuinen. Ze zijn allen zeer positief over de proeftuinen. VGZ heeft zelfs op basis van de ervaringen in de proeftuinen een nieuwe werkwijze opgesteld voor het aanvragen van Meerzorg. Deze werkwijze geldt vanaf 2016 voor de intramurale gehandicaptenzorg in natura.

Nieuwe werkwijze VGZ

Het overhevelen van de voorheen geormerkte Meerzorg-middelen naar de contracteer-ruimte van de zorgkantoren, heeft bij VGZ geleid tot een toename van het aantal aanvragen. Daardoor werd het budgetplafond eerder bereikt. Zorginkopers zijn toen samen met de zorginstellingen gaan zoeken naar mogelijkheden van optimalisatie: Hoe kan de continuïteit en kwaliteit van zorg voor de meest kwetsbare cliënten behouden worden tegen lagere kosten? In het overleg bleek dat er breed draagvlak was voor hervorming van de huidige regeling.

Bij de hervorming van de regeling stonden de volgende vragen centraal:

- *Hoe kunnen we (door efficiëntere inzet van zorg en samenwerking) de juiste plek bieden aan de cliënt en kwaliteit van zorg behouden? En hoe kan Meerzorg op die manier betaalbaar blijven?*
- *Welke wijziging in procedures is nodig om samenwerking te stimuleren en de omgeving te faciliteren om de cliënt de juiste zorg te bieden binnen de gestelde kaders?*

In de proeftuinen is er meer aandacht voor de context. De focus bij zorgaanbieders in de proeftuinen is niet meer gericht op het volledig uitnutten van een individueel recht op Meerzorg. Zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders vinden elkaar in het zo efficiënt en effectief mogelijk besteden van de beschikbare middelen. In dat kader is er ruimte om de middelen ook deels te besteden aan deskundigheidsbevordering en eventueel fysieke aanpassingen in de context. De focus van zorgaanbieders is nu meer gericht op de vraag op welke manier de resultaten voor de cliënten zo doelmatig en doeltreffend mogelijk kunnen worden bereikt.

De proeftuinen verschillen nog wel sterk qua werkwijze. Sommige proeftuinen werken met een aanvraag voor Meerzorg op groepsniveau. Andere proeftuinen hanteren wel een individuele aanvraag, maar laten de besteding van de middelen wel meer vrij. Algemeen geldt dat bij de besteding van de Meerzorgmiddelen het optimaliseren van de context als essentieel wordt gezien. Dat de andere bewoners in de groep ook kunnen profiteren van de verbeterde context is mooi meegenomen.

Positieve ervaringen in de proeftuinen:

- Het gesprek met het CCE heeft een heel ander karakter gekregen; het is meer een open dialoog waarin de zorgaanbieder zich meer kwetsbaar durft op te stellen (de eventuele handelingstevredenheid wordt bespreekbaar).
- Daarnaast is er een grotere betrokkenheid van cliënten en cliëntvertegenwoordigers bij de besteding van de Meerzorgmiddelen.

De concessiehouders pleiten ervoor om bij de verantwoording over de besteding van de middelen meer naar het resultaat te kijken en minder naar de exacte inzet van de uren. Ze zoeken nog naar meetinstrumenten die geschikt zijn om dit te beoordelen. VGZ werkt bijvoorbeeld met instrumenten die de resultaten meten op vijf gebieden: welbevinden, gedragsproblematiek, vrijheidsbeperkingen, onderwijs/arbeid/dagbesteding en participatie, en sociaal netwerk.

De concessiehouders erkennen dat het persoonsvolgende karakter van de Wlz zich niet goed verhoudt met de besteding van Meerzorgmiddelen aan de context. Het is

echter wel van belang om te realiseren dat de cliënt altijd functioneert binnen een context; zorg wordt altijd in een context geboden.

Een aantal zaken is in de proeftuinen nog onduidelijk:

- Concessiehouders vinden het lastig om de hoogte van het budget goed te bepalen. VGZ is in dat kader gestart met het werken met drie categorieën Meerzorg (licht, midden en zwaar). Per categorie is een budget bepaald. Men houdt het pleidooi om de hoogte van het budget niet afhankelijk te laten zijn van het gesprek met het CCE. Anders krijgt dat gesprek weer het karakter van een toetsing in plaats van de open dialoog die in de proeftuinen juist zo gewaardeerd wordt. De hoogte van het budget zou eigenlijk al moeten vaststaan voordat het gesprek met het CCE plaatsvindt.
- De verantwoording over de besteding van de Meerzorgmiddelen is nog niet goed uitgewerkt.
- Voor de Wlz-uitvoerders is de werkwijze in de proeftuinen wel een stuk arbeidsintensiever vanwege het deelnemen aan de gesprekken in de vierhoek.

De concessiehouders vinden het geen goed idee om voor cliënten die waarschijnlijk langdurig Meerzorg nodig hebben, de toekenning voor onbepaalde tijd af te geven. In hun visie is er altijd enige ontwikkeling mogelijk, er is altijd perspectief voor de cliënt. Er ontstaan immers nog steeds nieuwe behandelmethodieken. Daarnaast geeft een toekenning voor onbepaalde tijd het signaal af dat voor deze cliënten geen ontwikkeling meer mogelijk zou zijn. Dat leidt mogelijk tot blinde vlekken bij het behandelteam en het terugvallen op een beheersmatige insteek (middelen en maatregelen). Dus ook voor cliënten die waarschijnlijk langdurig Meerzorg nodig hebben is een periodieke herbeoordeling van de aanvraag en de hoogte van het budget op zijn plaats.

VGZ budgetcategorieën Meerzorg

Voor het wegen van het budget voor Meerzorg in de categorieën licht, midden en zwaar, wordt in de nieuwe werkwijze van VGZ, gekeken naar:

- karakteristiek van het zorgprofiel;
- uitkomsten op gedragsschalen (mate van gedragsproblematiek);
- taxatie van risico's en veiligheid;
- fasering in behandeling/begeleiding (stabiliseren, consolideren of participeren);
- verblijfsintensiteit (groeps grootte);
- beschermings- of beveiligingsniveau.

Businesscase groepsmeezorg Amerpoort

Amerpoort heeft, met name op de locatie Nieuwenoord, veel woningen waar cliënten wonen die qua zorgvraag buiten de zwaarste ZZP-categorie vallen. Het gaat hoofdzakelijk om cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag met een indicatie ZZP VG7 die een begeleidingsbehoefte hebben die boven de uren van de bandbreedte van hun indicatie uitkomt. Meezorgtrajecten bieden in dergelijke situaties uitkomst.

Omdat de toegekende uren Meezorg zijn vastgelegd in een individueel CCE advies en hiermee cliëntvolgend zijn, mogen deze niet ingezet worden voor medecliënten. Dit betekent dat in principe voor alle cliënten met een extreme zorgwaarde Meezorg moet worden aangevraagd.

De ervaring van Amerpoort is dat, ondanks het gegeven dat meerdere cliënten op basis van hun zorgvraag Meezorg nodig hebben, het vaak niet verstandig is om voor meer dan twee à drie cliënten in een woning Meezorg aan te vragen. Teveel begeleiders in een woning kan een negatief effect hebben op de cliënten.

Daarom heeft Amerpoort in een proeftuin gewerkt met groepsmeezorg. In deze proeftuin is bekeken hoeveel Meezorg er voor de hele groep nodig is. Dat is minder dan de optelsom van Meezorg voor de individuele gevallen, omdat de uren flexibel kunnen worden ingezet voor de cliënten die dat op dat moment nodig hebben. Door flexibel en efficiënt om te gaan met de toegekende Meezorg uren kan er beter ingespeeld worden op de fluctuering van de zorgvraag.

Daarnaast is er een forse besparing in de administratieve lasten die gemoeid zijn de aanvraag van Meezorg. Er hoeft niet meer per individuele cliënt een aanvraag worden ingediend.

Amerpoort laat in de businesscase zien dat er met groepsmeezorg een vermindering van de administratieve lasten ontstaat. Daarnaast worden de benodigde uren zorg efficiënter ingezet.

5.5 Ervaringen overige stakeholders

Net als voor de reguliere situatie hebben we met de overige stakeholders (branche-organisaties, cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen) gesproken over de ervaringen uit de proeftuinen. Die zijn voornamelijk aan de orde geweest in de bijeenkomst met de vertegenwoordigers uit de gehandicaptenzorg; de proeftuinen spelen immers alleen in die sector.

Deze overige stakeholders melden dat zij positieve signalen hebben ontvangen over de proeftuinen. Ze pleiten ervoor om de ervaringen uit de proeftuinen te gebruiken bij een eventuele aanpassing van de regeling Meezorg.

5.6 Procedures Proeftuinen Meerzorg 2.0

Het kenmerk van de proeftuinen is de regelvrijheid; er zijn geen gezamenlijke regels en procedures. De vier partijen trekken gezamenlijk op met het doel de zorg te verbeteren. Rollen en verantwoordelijkheden ontwikkelen zich gedurende de proeftuin.

Volgens de toetsers is de regeling Meerzorg door de aanvraagprocedure sterk gericht (geraakt) op de inzet van extra uren zorg voor een individuele cliënt. Cliënten (en het gedrag van cliënten) verhouden zich volgens de toetsers altijd tot een context. Wanneer de middelen ook/mede ingezet kunnen worden voor de context, zijn er volgens de toetsers veel besparingen mogelijk. In de proeftuinen Meerzorg 2.0 worden deze ervaringen bevestigd. Bij de aanvraag van Meerzorg zou de aandacht meer moeten gaan naar wat de cliënt eraan heeft, dan naar de inzet van cliëntgebonden uren.

Het werken met het Excel-sjabloon is echter gefocust op de extra inzet van uren cliëntgebonden zorg voor de cliënt. Daar gaat volgens de toetsers de prikkel vanuit dat alle middelen moeten worden ingezet in de vorm van extra uren zorg die alleen de betrokken cliënt ten goede komen.

Volgens de toetsers zou het sjabloon buiten beschouwing kunnen worden gelaten. In plaats daarvan kan gewerkt worden volgens het voorstel van het CCE en de VGN. Deze partijen doen een voorstel tot bijstelling van de beleidsregel Meerzorg en verkennen een verbeterde verantwoording die aansluit op effectieve toepassingen van 'Meerzorg' voor cliënten. Het gaat hierbij specifiek om die zorg voor de cliënten waarbij het CCE betrokken is. In de conceptnotitie van het CCE en de VGN worden verschillende aanpassingen genoemd. De hoofdlijn is dat:

- de aanvraag voor Meerzorg gericht blijft op de individuele cliënt, maar wel in de context;
- er periodiek overleg is tussen aanbieder, cliëntvertegenwoordiger, CCE en de Wlz-uitvoerder over de inzet van Meerzorg op cliëntniveau;
- de verantwoording meer in termen van resultaat gebeurt dan in termen van inzet.

5.7 Analyse proeftuinen

Alle cliëntvertegenwoordigers uit de proeftuin zijn net zo of nog meer tevreden over Meerzorg als in de reguliere situatie. Met name gedragskundigen ervaren voordelen in de proeftuinen. De voordelen zijn onder andere:

- Ze ervaren dat de inhoud meer leidend is in het kiezen van de juiste aanpak.
- De inbreng van de expertise van het CCE is meer adviserend dan toetsend, wat het proces ten goede komt.
- Er worden ervaringen opgedaan met een eenvoudige aanvraagprocedure, deze nieuwe procedure wordt als prettig ervaren.
- De zorgaanbieders ervaren een meer effectieve en efficiënte besteding van de middelen, omdat er minder strikte eisen gelden voor de besteding.
- Er is commitment binnen de vierhoek (zorgaanbieder, cliënt, CCE en Wlz-uitvoerder) voor het optimaliseren van de kwaliteit van zorg. Naast commitment

vindt periodiek overleg plaats over de cliënt in de vierhoek ten behoeve van de verantwoording.

De ervaringen zijn vooral positief, maar er zijn ook knelpunten te benoemen. De proeftuinen zijn kleinschalig opgezet; in totaal gaat het om 10 proeftuinen. Deze schaal biedt kansen om vernieuwing uit te proberen. Bij de start zijn de deelnemers zoveel mogelijk vrijgelaten in de wijze van aanvraag en vormgeving. Dit is voor een landelijke toepassing nog onvoldoende uitgekristalliseerd.

De deelnemers ervaren de eenvoudige aanvraagprocedure als prettig maar realiseren zich dat voor een uitrol op grotere schaal meer kaders nodig zijn.

De concessiehouders van de bij de proeftuinen betrokken Wlz-uitvoerders, zijn ook (zeer) tevreden over de proeftuinen. Zij zoeken nog naar een nieuwe manier om de hoogte van het budget voor een cliënt met Meerzorg te bepalen en naar een manier om de verantwoording vorm te geven.

Verder geven de concessiehouders aan dat het intensief met elkaar optrekken in de vierhoek dermate arbeidsintensief is voor de Wlz-uitvoerders, dat deze werkwijze in de huidige vorm waarschijnlijk niet geschikt is om landelijk toe te passen bij alle cliënten met Meerzorg.

6. Bevindingen

In dit hoofdstuk schetsen wij onze bevindingen; met name voor de sector gehandicaptenzorg omdat in deze sector meer zorg het meeste voorkomt. We gaan eerst in op de overeenkomsten en verschillen tussen de vier mogelijkheden om aanspraak te maken op meer zorg. Daarna gaan we in op de verschillen tussen de Regeling Meerzorg in de reguliere situatie en Meerzorg in de proeftuinen; welke lessen zijn te leren uit de ervaringen met de proeftuinen. Tot slot gaan we in op de verschillen tussen Meerzorg in de thuissituatie en Meerzorg in een instelling.

Begin 2016 maakt circa 1,4% van de totale populatie Wlz-geïndiceerden gebruik van één van de vier regelingen voor meer zorg. De uitgaven voor meer zorg bedragen circa 1% van het totale Wlz-budget. Met enige voorzichtigheid kunnen we stellen dat dus ruim 98% van de Wlz-populatie in de bestaande reeksen van zorgprofielen lijkt te passen. Mogelijk neemt het beroep op meer zorg nog toe wanneer de mogelijkheden voor Meerzorg in de VV en GGZ en de EKT en PAB regelingen meer bekend worden. Daarnaast is vanuit de groep Wlz-indiceerbaren een groei van het gebruik van de EKT-regeling te verwachten.

Er is een breed gedragen beeld bij cliënten, cliëntvertegenwoordigers, gedragskundigen, concessiehouders en overige betrokkenen dat het noodzakelijk is om maatwerk te leveren. Wanneer het best passende zorgprofiel niet past, is het zeer wenselijk om op maat aanvullende zorg te ontvangen. In de GZ zijn de gebruikers en overige betrokken over het algemeen ook tevreden over de resultaten die met de regeling Meerzorg worden bereikt. Voor de sectoren VV en GGZ is er op dit moment nog te weinig praktijkervaring om hier een onderbouwd oordeel over te geven. De partijen zien 2016 als een ingroei-jaar waarin ze veel verwachten te leren. Voor de PAB en EKT-regeling geldt ook dat daar nog maar weinig praktijkervaring mee is.

6.1 Analyse regelingen meer zorg

In tabel 13 zijn de verschillende regelingen op een aantal onderdelen op hoofdlijnen met elkaar vergeleken. We hebben gekeken naar:

- De woonsituatie van de cliënt: intramuraal of thuiswonend.
- De besteding van de extra middelen: wordt het geld ingezet voor meer uren zorg, of worden er ook andere zaken uit bekostigd (zoals deskundigheidsbevordering en fysieke zaken).
- Wie dient de aanvraag in: vaak gebeurt dit namens de cliënt door zijn/haar vertegenwoordiger of door de zorgaanbieder. In andere gevallen hoeft de cliënt zelf geen aanvraag te doen.
- Heeft het CCE een rol in de aanvraagprocedure: voor alle regelingen geldt dat de formele toekenning gegeven wordt door de Wlz-uitvoerder. Het CCE heeft soms een adviserende rol.

| Regeling | Woonsituatie | Besteding middelen | Wie dient aanvraag in | Advies CCE |
|---|--------------------|--|--------------------------|------------|
| Meerzorg (gedragsproblematiek) | Intramuraal/ thuis | Meer uren zorg/begeleiding/behandeling | Cliënt | Ja |
| Meerzorg (somatisch) | Intramuraal/ thuis | Meer uren zorg/begeleiding/behandeling | Cliënt | Nee |
| Toeslagen (Huntington, CVA, (non) invasieve beademing, epilepsiezorg) | Intramuraal/ thuis | Meer uren zorg/begeleiding/behandeling. Daarnaast: deskundigheid, specifieke hulpmiddelen/ medicijnen/voeding, inventaris. | Zorgaanbieder declareert | Nee |
| Toeslagen (MFC, observatie, NSFP, gespecialiseerde behandelzorg) | Intramuraal | Meer uren zorg/begeleiding/behandeling. Daarnaast: deskundigheid, diagnostiek, beveiliging. | Zorgaanbieder declareert | Nee |
| PAB | Thuis | Meer uren zorg/begeleiding/behandeling Doel: zelfstandig thuis kunnen wonen | Cliënt | Nee |
| EKT | Thuis | Meer uren zorg (ondoelmatigheid toestaan) Doel: thuis kunnen wonen | Cliënt | Nee |

Tabel 13 - Analyse regelingen meer zorg

Wanneer we de regelingen vergelijken, vallen de volgende zaken op:

- De vrijheid van het besteden van de middelen bij de toeslagen is groter dan bij de regeling Meerzorg, het PAB en EKT. Bij bepaalde toeslagen mogen de extra middelen ook worden besteed aan extra deskundigheid, specifieke hulpmiddelen, medicijnen en voeding en inventaris. Bij de andere regelingen zijn de extra middelen alleen bedoeld voor uren direct cliëntgebonden zorg.
- Verder valt op dat er verschillen zijn in de aanvraagprocedure. Voor de regeling Meerzorg, het EKT en het PAB moet de cliënt zelf een aanvraag indienen bij de Wlz-uitvoerder; daarvoor zijn speciale aanvraagformulieren ontwikkeld. Bij de toeslagen geldt dit niet, de ruimte voor het declareren van toeslagen wordt tussen de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder afgesproken bij het maken van de productieafspraken. Vervolgens kunnen zorgaanbieders de toeslagen declareren voor cliënten die voldoen aan de voorwaarden; verantwoording vindt achteraf plaats. De kosten van de toeslagen kunnen op jaarbasis evenwel oplopen tot substantiële bedragen; bij invasieve beademing gaat het om circa € 76.000 op jaarbasis.
- De Wlz-uitvoerder is bij de regeling Meerzorg formeel de partij die Meerzorg toekent. De zorgaanbieders ervaren dat de toekenning materieel door het CCE wordt afgegeven. De Wlz-uitvoerders wijken sporadisch af van het advies van het CCE. Dit leidt ertoe dat het CCE eigenlijk twee petten op heeft. De pet van een toetsers en de pet van een expert op het gebied van gedragsproblematiek. Deze twee rollen verhouden zich onderling slecht (zie verder onder paragraaf 6.2).

De toeslagen en de regeling Meerzorg passen in de systematiek van zorgzwaarte-bekostiging. Toeslagen zijn bedoeld voor groepen cliënten met gemeenschappelijke kenmerken waarvoor het best passende zorgprofiel niet toereikend is. Meerzorg is bedoeld voor individuele cliënten waarvoor de zorgzwaarte substantieel uitstijgt

boven de zorgprofielen. De regelingen EKT en PAB hebben een ander karakter. Ze zijn gericht op het voor specifieke groepen financieel mogelijk te maken om thuis te (blijven) wonen. Wanneer de cliënten die gebruik maken van EKT of PAB in een instelling zouden verblijven, zouden de beschikbare uren uit het zorgprofiel volstaan.

6.2 Meerzorg regulier en Meerzorg in de proeftuinen

In deze paragraaf gaan we in op de vraag welke knelpunten er zijn in de reguliere Regeling Meerzorg en welke lessen er zijn te leren uit de proeftuinen. De proeftuinen hebben alleen betrekking op de intramurale GZ. Verder geldt dat de proeftuinen nog niet afgerond zijn; er wordt nog steeds geëxperimenteerd en geleerd. De eind-evaluatie van de proeftuinen vindt op een ander moment plaats. Het aantal cliënten dat betrokken is in de proeftuinen is beperkt; vier procent van het totaal aantal cliënten met Meerzorg.

Aanvraagprocedure

Gedragkundigen en concessiehouders delen de mening dat de reguliere aanvraag procedure voor Meerzorg complex en arbeidsintensief is. Gedragkundigen geven aan dat met name het invullen van het Excel-sjabloon hen veel tijd en moeite kost; de werkelijkheid van de cliënt in de groepssetting laat zich moeilijk vertalen in het format van het aanvraagformulier. Het feit dat zorgaanbieders intern een commissie of een werkgroep Meerzorg optuigen om het invullen van de formulieren efficiënter en effectiever te laten verlopen, is volgens ons illustratief voor de complexiteit van de aanvraag. Als tegenargument wordt genoemd dat de toegekende bedragen voor Meerzorg een zorgvuldige en grondige beoordeling rechtvaardigen. Omdat we alleen onderzoek gedaan hebben onder de gebruikers van meer zorg, is niet duidelijk of de complexiteit van de aanvraagprocedure aanbieders in de GZ weerhoudt om Meerzorg aan te vragen.

Daarnaast ervaren de gedragkundigen het gesprek met het CCE als een beoordeling die bepalend is of er wel of geen Meerzorg wordt toegekend. Vanwege dat karakter komt de consultatie en expertiserol van het CCE niet goed tot zijn recht. Zorgaanbieders zijn minder geneigd handelingsverlegenheid te tonen en het CCE om advies te vragen, vanwege angst dat de aanvraag niet wordt toegekend. Bij de proeftuinen komt dit niet voor, omdat het CCE aan tafel zit in hun expertrol. Alle betrokken partijen vinden dit positief.

In de proeftuinen wordt geëxperimenteerd met een eenvoudige aanvraagprocedure. Alle betrokken partijen zijn daar positief over. Gezien de grote verschillen in tevredenheid van de partijen over de aanvraagprocedure tussen de reguliere Meerzorg en de proeftuinen, adviseren wij om - op basis van de ervaringen uit de proeftuinen - een meer eenvoudige aanvraagprocedure te ontwikkelen.

In de proeftuinen wordt ook geëxperimenteerd met een groepsgewijze aanvraag van Meerzorg. Dit zien we als een manier om de administratieve belasting voor een aanvraag te verkleinen. We vinden het wel van belang om het toekennen van Meerzorg te blijven koppelen aan de zorgbehoefte van individuele cliënten.

Een ander pluspunt in de proeftuinen is dat het CCE een consultatie- en expertiserol kan vervullen op het gebied van gedragsproblematiek. Dat bevordert een efficiënte en effectieve inzet van de middelen.

Besteding middelen

De bepaling van de hoogte van het budget blijft maatwerk; VGZ experimenteert met categorieën. Het is nog te vroeg om de ervaringen hiermee te evalueren.

De middelen kunnen in de proeftuinen breder besteed worden (in de praktijk wordt ongeveer 90-95% besteed aan extra uren en 5-10% aan deskundigheidsbevordering). Alle partijen hebben de indruk dat door deze flexibiliteit in de besteding, het geld beter besteed wordt en dat het tot betere resultaten leidt.

De partijen in de vierhoek (zorgaanbieder, cliënt(vertegenwoordiger), CCE en Wlz-uitvoerder) zijn allen positief over de onderlinge samenwerking en de flexibiliteit in de besteding van het budget.

6.3 Meerzorg in de thuissituatie versus Meerzorg in een instelling

Tot slot gaan we in op de verschillen tussen Meerzorg in de thuissituatie en Meerzorg in een instelling. Deze bevindingen zijn met name gebaseerd op ervaringen van cliënten in de gehandicaptensector. In de sectoren VV en GGZ is nog te beperkt ervaring opgedaan met Meerzorg om een gefundeerde uitspraak te kunnen doen.

Voor cliënten/cliëntvertegenwoordigers die de zorg in de thuissituatie organiseren, geldt dat ze zelf de aanvraag voor Meerzorg moeten doen. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 ondervinden ze veel moeite met de aanvraagprocedure. Cliënten die in een instelling verblijven hebben nauwelijks met de aanvraagprocedure te maken. De zorgaanbieder doet namens hen de aanvraag voor Meerzorg.

De consequentie van het niet toekennen van Meerzorg verschilt wel sterk per woonsituatie. Bij cliënten in de thuissituatie is het gevolg van het niet toekennen van Meerzorg veelal dat de cliënt niet meer thuis kan blijven wonen en moet verhuizen naar een instelling. Wanneer voor cliënten die intramuraal verblijven bij een zorgaanbieder de aanvraag voor Meerzorg niet wordt toegekend, heeft de zorgaanbieder nog enige ruimte om via substitutie met andere cliënten toch de benodigde zorg te leveren.

Bijlage 1. Vragenlijst ervaringen cliënten gebruik meer zorg

Inleiding

Het Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland gevraagd om gezamenlijk een advies uit te brengen over meer zorg. In het verlengde van dat verzoek, voert bureau HHM in opdracht van de NZa onderzoek uit naar het gebruik van meer zorg.

Sinds 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Met de invoering van de Wlz bestaan nu vier mogelijkheden voor het verkrijgen van extra zorg, namelijk de regeling Meerzorg, toeslagen¹⁸, de extra kosten thuis regeling (ook wel EKT genoemd) en het persoonlijk assistentiebudget voor mensen die in een Fokuswoning wonen. Door gebruik te maken van deze regelingen kunnen cliënten bovenop het geïndiceerde zorgprofiel deze extra zorg ontvangen.

Het onderzoek zal laten zien in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van deze regelingen en wat de ervaringen met deze regelingen zijn, met als focus de ervaring van individuele cliënten. De resultaten van dit onderzoek zijn ondersteunend aan het advies dat het Zorginstituut Nederland en de NZa gaan opstellen over de wijze waarop meer zorg bovenop het geïndiceerd zorgprofiel in de Wlz moet worden vormgegeven. De resultaten geven de mogelijkheid om mede op basis van gebruikerservaringen een advies te formuleren.

Opmerkingen vooraf

- Vragenlijst is anoniem; we rapporteren in principe op groepsniveau; mogelijk verwerken we enkele geanonimiseerde antwoorden in de rapportage ter illustratie.
- Iets melden over wijze van verwerken
- Melden hoe de respondenten eventueel worden geïnformeerd over eindresultaat
- Als respondent meerdere malen gebruikt heeft gemaakt van de regeling, dan focussen op de regelingen waar de cliënt op dit moment (moment van het interview) gebruik van maakt.
- Indien nog vragen met wie kunnen we contact opnemen.
- Interviewer namens leder(in)/LOC?

Vraag 1. Bent u op de hoogte dat u een beroep doet op één van de regelingen voor extra zorg?

- ja,
- nee, is mij niet bekend. ga door met vraag 9

Vraag 2. Van welke regeling voor extra zorg maakt u gebruik? (combinaties zijn mogelijk)

- Regeling Meerzorg
- Toeslagen
- Extra kosten thuis regeling (vanaf 2015)
- Persoonlijk assistentie budget (vanaf 2015)

¹⁸ De toeslagen zijn: toeslag Huntington, toeslag CVA, toeslag invasieve beademing, toeslag non-invasieve beademing, toeslag Multifunctioneel centrum, toeslag observatie, toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg laag, toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg midden, toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg hoog, toeslag niet strafrechtelijke forensische psychiatrie, toeslag gespecialiseerde behandelzorg.

Vraag 3. Hoe lang maakt u er al gebruik van?

- weet ik niet
- sinds:

Aanvraagprocedure

De volgende vragen hebben betrekking op de wijze waarop de aanvraag van de extra zorg is verlopen.

Vraag 4. Bent u betrokken geweest in de aanvraagprocedure? (het gaat hier over de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger).

- ja => ga door met vraag 5
- nee => ga door met vraag 9
- weet ik niet / mij niet bekend hier ook door naar vraag 9
- anders....

Vraag 5. Wie nam het initiatief voor het aanvragen van extra zorg?

- ikzelf
- mijn (wettelijk) vertegenwoordiger
- de zorgaanbieder
- anders....

Vraag 6. Wat heeft u voor het aanvragen van de extra zorg moeten doen?

Vraag 7. Hoe tevreden bent u over de aanvraagprocedure?

- heel tevreden
- tevreden
- neutraal
- ontevreden
- zeer ontevreden

Eventueel toelichting

Vraag 8. Indien van toepassing, waren er knelpunten bij de aanvraag en zo ja, welke?

Zorg en ondersteuning

Deze vragen gaan over de extra zorg en ondersteuning die u met de regeling ontvangt.

Vraag 9. Heeft u een plan waarin staat wat er wordt gedaan met het extra geld?

- ja
- nee
- weet ik niet / mij niet bekend

Vraag 10. Kunt u aangeven wat u voor het extra geld krijgt? Mogelijk onderscheid naar woonzorg/dagbesteding/behandeling/anders ...

Vraag 11. Wat merkt u er dagelijks van?

Vraag 12. Biedt de extra zorg een oplossing voor het probleem waarvoor u het extra geld heeft aangevraagd?

- ja
- nee

Toelichting waarom wel/niet

Overige knelpunten

Vraag 13. Welke regels en procedures ervaart u als lastig met betrekking tot extra zorg?

Vraag 14. Ervaart u nog andere knelpunten rondom de extra zorg waar we het nog niet over hebben gehad?

Typering van cliënt

Voor het onderzoek willen we graag een aantal algemene gegevens van u noteren. De gegevens gebruiken we om te krijgen of bepaalde groepen mensen een zelfde mening hebben. Daarmee kunnen we gegevens verzamelen die belangrijk zijn voor het onderzoek naar het gebruik van extra zorg. Daarom stel ik u enkele vragen die betrekking hebben op de cliënt die de extra zorg ontvangt:

Vraag 15. Wat is de leeftijd?/ geboortedatum of -jaar (van degene die extra zorg ontvangt)

Vraag 16. Wat is de woonsituatie?

- Woont in eigen (huur)huis
- Woont in eigen (huur)huis samen met partner/ kind/ouders e.d.
- Woont in een kleinschalige woonvorm bv. Thomashuis, ouderinitiatief, Herbergier
- Woont in een instelling

Vraag 17. Wat is de zorgkantorregio? (of zelf invullen door interviewer op basis van woonplaats)

Vraag 18. Welke ZPZ-indicatie heeft u? LET OP: ook ZPZ nummer noteren!

- weet ik niet
- VV __
- VG __
- LG __
- ZG __
- GGZ __
- Anders, namelijk:

Vraag 19. Door wie zijn de vragen beantwoord? Let op: kun je vaak zelf invullen zonder te vragen.

- Cliënt
- Kind
- Ouder
- Broer/zus
- Andere vertegenwoordiger

Vraag 20. Wat is het geslacht van de cliënt (zelf bepalen)

- Man
- Vrouw

Vraag 21. Is de cliënt face to face of telefonisch geïnterviewd?

- Face to face/ op locatie
- Telefonisch

Vraag 22. Hoe heeft de cliënt het ZPZ verzilverd?

- intramuraal
- VPT
- MPT
- pgb
- onbekend

Ruimte voor algemene opmerkingen:

Bijlage 2. Vragenlijst ervaringen professionals gebruik meer zorg - regulier

Inleiding

Het Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland gevraagd om gezamenlijk een advies uit te brengen over meer zorg. In het verlengde van dat verzoek, voert bureau HHM in opdracht van de NZa onderzoek uit naar het gebruik van meer zorg.

Sinds 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Met de invoering van de Wlz bestaan nu vier mogelijkheden voor het verkrijgen van extra zorg, namelijk de regeling Meerzorg, toeslagen¹⁹, de extra kosten thuis regeling (ook wel EKT genoemd) en het persoonlijk assistentiebudget voor mensen die in een Fokuswoning wonen. Door gebruik te maken van deze regelingen kunnen cliënten bovenop het geïndiceerde zorgprofiel deze extra zorg ontvangen.

Het onderzoek zal laten zien in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van deze regelingen en wat de ervaringen met deze regelingen zijn, met als focus de ervaring van individuele cliënten. De resultaten van dit onderzoek zijn ondersteunend aan het advies dat het Zorginstituut Nederland en de NZa gaan opstellen over de wijze waarop meer zorg bovenop het geïndiceerd zorgprofiel in de Wlz moet worden vormgegeven. De resultaten geven de mogelijkheid om mede op basis van gebruikerservaringen een advies te formuleren.

Opmerkingen vooraf

- Vragenlijst is anoniem; mogelijk verwerken we enkele geanonimiseerde antwoorden in de rapportage ter illustratie.
- Melden hoe de respondenten eventueel worden geïnformeerd over eindresultaat.
- Indien nog vragen met wie kunnen we contact opnemen.

¹⁹ De toeslagen zijn: toeslag Huntington, toeslag CVA, toeslag invasieve beademing, toeslag non-invasieve beademing, toeslag Multifunctioneel centrum, toeslag observatie, toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg laag, toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg midden, toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg hoog, toeslag niet strafrechtelijke forensische psychiatrie, toeslag gespecialiseerde behandelzorg.

Achtergrond

Vraag 1. Wat is uw functie?

Vraag 2. Binnen welke instelling bent u werkzaam?

Vraag 3. Wat is de zorgkantorregio?
(of zelf invullen door interviewer op basis van woonplaats)

Vraag 4. In welke sector bent u werkzaam?
(voor zover het betrekking heeft op het onderzoek het gebruik meer zorg).

- VV __
- VG __
- LG __
- ZG __
- GGZ __
- Anders, namelijk:

Vraag 5. Met welke regeling voor extra zorg heeft u ervaring vanuit uw rol als professional?

- Regeling Meerzorg, indien deze vraag “ja”, zie vraag 7
- Toeslagen
- Extra kosten thuis regeling (vanaf 2015)
- Persoonlijk assistentie budget (vanaf 2015)

Vraag 6. Ben u ook betrokken bij de pilot proeftuinen 2.0?

- Ja
- Nee

Vraag 7. Kunt u aangeven wat hierbij de redenen van aanvraag zijn?
Alleen invullen indien van toepassing.

| | Meer zorg | Toeslagen | EKT | PAB |
|---|-----------|-----------|-----|-----|
| Rondom de cliënt | | | | |
| Rondom omgeving | | | | |
| Rondom personeel (training, opleiding, brede overlegmomenten) | | | | |
| Overig | | | | |

Aanvraagprocedure

De volgende vragen hebben betrekking op de wijze waarop de aanvraag van de extra zorg verloopt wat betreft reguliere aanvraag.

Vraag 8. Hoe bent u betrokken in de aanvraagprocedure?

.... (open vraag)...

Vraag 9. Wie neemt in de praktijk het initiatief voor het aanvragen van extra zorg?

- de cliënt
- de (wettelijk) vertegenwoordiger
- de zorgaanbieder / professional
- anders....

Vraag 10. Wat moet u doen voor het aanvragen van de extra zorg?

- Is de procedure helder?
- Zijn de stappen logisch?
- Welke afspraken worden er gemaakt?

Subvraag 10.1. Verschilt dit per type regeling?

Subvraag 10.2 Wat zijn de verschillen? (antwoord noteren per type regeling)

**Vraag 11. Hoe tevreden bent u over de aanvraagprocedure in het algemeen?
(alleen de kolommen invullen indien van toepassing)**

| | Meer zorg | Toeslagen | EKT | PAB |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Heel tevreden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tevreden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| neutraal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ontevreden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeer ontevreden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n.v.t./ onbekend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eventuele toelichting

Vraag 12. Indien van toepassing, ervaart u knelpunten bij de aanvraag van extra zorg en zo ja, welke? (indien van toepassingen, antwoord noteren per regeling)

Zorg en ondersteuning

Deze vragen gaan over de extra zorg en ondersteuning die een cliënt ontvangt op basis van een van de regelingen voor extra zorg.

Vraag 13. Maakt u een plan waarin staat wat er wordt gedaan met het extra geld?

- ja
- nee
- weet ik niet / mij niet bekend

Vraag 14. Maakt u hierbij expliciet wat u voor het extra geld doet? Mogelijk onderscheid naar woonzorg/dagbesteding/behandeling/anders ...

Vraag 15. Biedt de extra zorg een oplossing voor het probleem waarvoor u het extra geld heeft aangevraagd?

- ja
- nee

Toelichting waarom wel/niet

Overige knelpunten

Vraag 16. Welke regels en procedures ervaart u als lastig met betrekking tot extra zorg?

Vraag 17. Ervaart u nog andere knelpunten rondom de extra zorg waar we het nog niet over hebben gehad?

Type interview

Vraag 18. Is de professional face to face of telefonisch geïnterviewd?

- Face to face/ op locatie
- Telefonisch

Ruimte voor algemene opmerkingen:

Bijlage 3. Checklist Meerzorg van CCE

Omcirkel wat van toepassing is daar waar een keuze gemaakt moet worden:

| | |
|-------------------|--|
| Naam cliënt | |
| ZZP-indicatie | <p><i>Kies één van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VG-5 2. VG-7 3. VG-8 4. LG-5 5. LG-7 6. ZG-3 aud 7. ZG-5 vis 8. LGV-4 9. LGV-5 10. SGLVG |
| AWBZ-grondslag | <p><i>Kies één van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GGZ 2. GZ 3. VVT 4. Geen |
| Juridische status | <p><i>Kies één of meer van de volgende opties (bewind en mentorschap kunnen samen voorkomen!):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bewind 2. Curatele 3. Mentorschap 4. OTS 5. Voogdij 6. Vrijwillig |
| Verblijfsituatie | <p><i>Kies één van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verblijfsvoorziening GGZ 2. Verblijfsvoorziening V&V 3. Woonvoorziening VG 4. Behandelvoorziening VG 5. (Begeleid) zelfstandig wonen 6. Bij ouders/familie/pleeggezin |

| | |
|--------------------------------|---|
| Daginulling | <p><i>Kies één van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dag/activiteitencentrum kinderen 2. Dag/activiteitencentrum volwassenen 3. Praktijkschool 4. REC 1 5. REC 2 6. REC 3 7. REC 4 8. Regulier onderwijs (po/vo) 9. Speciaal basisonderwijs 10. Sociale werkvoorzieningen 11. Vanuit wonen 12. Vrije bedrijf 13. Geen |
| Opnamestatus | <p><i>Kies één van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vrijwillig 2. artikel 60 BOPZ 3. RM 4. IBS 5. Anders onvrijwillig |
| Cognitief functioneren | <p><i>Kies één van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (Zeer) ernstig verstandelijk gehandicapt (IQ<34) 2. Matig verstandelijk gehandicapt (IQ 35-49) 3. Licht verstandelijk gehandicapt (IQ 50-69) 4. Zwak begaafd (IQ 70-84) 5. Normaal begaafd 6. Onbekend |
| Gedrag beïnvloedende medicatie | <p><i>(Naam medicatie, hoeveelheid, ook voor somatische klachten, doel en effectiviteit)</i></p> |
| Probleemgedrag | <p><i>Kies één of meer van de volgende opties</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbaal agressief gedrag 2. Fysiek agressief gedrag 3. Destructief gedrag 4. Zelfverwondend gedrag 5. Oppositioneel gedrag 6. Seksueel grensoverschrijdend/ onaangepast gedrag 7. Ander sociaal of maatschappelijk grensoverschrijdend / onaangepast gedrag 8. Extreem actief gedrag 9. Extreem passief gedrag |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Vastgestelde somatische problematiek</p> | <p><i>Kies één of meer van de volgende opties:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditieve beperking 2. Visuele beperking 3. Motorische beperking 4. Niet aangeboren hersenletsel 5. Epilepsie 6. Diabetes mellitus 7. Endocrine stoornis 8. Hart- en vaatziekten en hypertensie 9. Huidaandoening 10. Longziekte 11. Neurologische aandoening 12. Nierziekte 13. Reflux 14. Reumatische aandoening 15. Spasticiteit 16. Stofwisselingsziekte 17. Ziekte van het maagdarmkanaal 18. Fibromyalgie 19. Anders | |
| <p>Vastgestelde genetische en andere syndromen <i>Kies één van de volgende opties indien van toepassing</i></p> | <p>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angelman 2. Bardet-Biedl 3. Cohen 4. Cornelia de Lange 5. Cri-du-Chat 6. Down 7. FAS-foetaal 8. Fragile X 9. Lesch-Nyhan 10. Prader-Willi | <ol style="list-style-type: none"> 11. Rett 12. Rubenstein-Taybi 13. San Filippo 14. Smith-Lepi-Optiz 15. Smith Magenis 16. Sotos 17. Velo-cardio-faciaal 18. Williams 19. Onbekend 20. Anders |
| <p>Vastgestelde psychische problematiek</p> | <p><i>Kies één of meer van de volgende opties indien van toepassing:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acculteratieproblematiek 2. Autismespectrum stoornis 3. ADHD 4. Dementie 5. Angststoornis 6. Depressie 7. Eetstoornis 8. Hechtingsstoornis 9. Persoonlijkeitsstoornis 10. Pica 11. Psychose 12. Schizofrenie 13. Slaapstoornis 14. Tic stoornis 15. Verslavingsstoornis 16. Zindelijkheidsstoornis 17. Bipolaire stoornis | |

Middelen en
maatregelen

Kies één of meer van de volgende opties indien van toepassing:

1. Afzondering (insluiten in speciale prikkelarme kamer)
2. Fixatie (beperken van iemand in zijn bewegingsvrijheid)
3. Gedwongen medicatie
4. Separatie (intensieve afzondering in goedgekeurde separatieruimte)
5. Onder dwang toedienen van vocht/voedsel

Bijlage 4. Gebruik meer zorg per zorgprofiel

| | Landelijk (*) | Meerzorg | Toeslagen | EKT | PAB | Totaal |
|---------|------------------|----------|-----------|-----|-----|--------|
| 1VG | 677 | | | | | |
| 2VG | 5.498 | | 2 | | | 2 |
| 3VG | 22.290 | | 85 | 3 | | 88 |
| 4VG | 12.310 | | 48 | 5 | | 53 |
| 5VG | 9.993 | 12 | 96 | 10 | | 118 |
| 6VG | 22.064 | 1 | 274 | 12 | | 287 |
| 7VG | 12.468 | 1865 | 159 | 4 | | 2028 |
| 8VG | 6.376 | 162 | 140 | 7 | | 309 |
| 1LVG | 46 | | | | | |
| 2LVG | 613 | | 2 | | | 2 |
| 3LVG | 1.360 | | 7 | | | 7 |
| 4LVG | 396 | 6 | 13 | 1 | | 20 |
| 5LVG | 91 | 2 | 3 | | | 5 |
| SGLVG01 | 481 | 39 | 14 | | | 53 |
| 1LG | 323 | | 1 | | | 1 |
| 2LG | 1.545 | | 27 | | | 27 |
| 3LG | 1.223 | | 10 | | | 10 |
| 4LG | 3.985 | | 46 | | | 46 |
| 5LG | 1.147 | 17 | 12 | | 9 | 38 |
| 6LG | 5.129 | 8 | 61 | 4 | | 73 |
| 7LG | 1.525 | 101 | 50 | | 4 | 155 |
| 1ZGaud | 85 | | | | | |
| 2ZGaud | 408 | | | | | |
| 3ZGaud | 451 | 29 | 1 | | | 30 |
| 4ZGaud | 241 | | 1 | | | 1 |
| 1ZGvis | | | | | | |
| 2ZGvis | | | | | | |
| 3ZGvis | | | | | | |
| 4ZGvis | | | 1 | | | 1 |
| 5ZGvis | | 37 | 2 | 1 | | 40 |
| 1VV | 1738 | | | | | |
| 2VV | 5806 | | | | | |
| 3VV | 12.943 | | 3 | | | 3 |
| 4VV | 31.142 | | 4 | | | 4 |

| | Landelijk (*) | Meerzorg | Toeslagen | EKT | PAB | Totaal |
|---------------|------------------|--------------|--------------|-----------|-----------|--------------|
| 5VV | 61.920 | | 2 | | | 2 |
| 6VV | 29.963 | | 15 | | | 15 |
| 7VV | 13.896 | | 1 | | | 1 |
| 8VV | 2.351 | 8 | 278 | | | 286 |
| 9VV | 693 | | 21 | | | 21 |
| 10VV | 973 | | 1 | 2 | | 3 |
| 1GGZB | 7 | | | | | |
| 2GGZB | 65 | | | | | |
| 3GGZB | 596 | | | | | |
| 4GGZB | 1.079 | | | | | |
| 5GGZB | 4.028 | | 3 | | | 3 |
| 6GGZB | 874 | | | | | |
| 7GGZB | 1.851 | | 17 | | | 17 |
| ONBEKEND | | 1 | 149 | | | 150 |
| Totaal | | 2.288 | 1.549 | 49 | 13 | 3.899 |

Bijlage 5. Aantallen gebruikers meer zorg per Wlz-uitvoerder

| Wlz-uitvoeder | Meerzorg | Toeslagen | EKT | PAB | Totaal meer-zorg |
|--|--|--------------|-----------|-----------|------------------|
| 3010 Zorgkantoor Groningen | 41 | 55 | 2 | 0 | 98 |
| 3020 Zorgkantoor Friesland | 90 | 131 | 2 | 1 | 224 |
| 3030 Zorgkantoor Drenthe | 212 | 259 | 0 | 0 | 471 |
| 3040 Zorgkantoor Zwolle | 9 | 23 | 4 | 1 | 37 |
| 3050 Zorgkantoor Twente | 93 | 24 | 9 | 0 | 126 |
| 3060 Zorgkantoor Apeldoorn, Zutphen e.o. | 78 | 79 | 1 | 1 | 159 |
| 3061 Zorgkantoor Midden-IJssel | 47 | 0 | 0 | 0 | 47 |
| 3070 Zorgkantoor Arnhem | 69 | 109 | 3 | 0 | 181 |
| 3090 Zorgkantoor Utrecht | 263 | 26 | 9 | 0 | 298 |
| 3100 Zorgkantoor Flevoland | 6 | 4 | 0 | 0 | 10 |
| 3110 Zorgkantoor 't Gooi | 35 | 2 | 2 | 0 | 39 |
| 3120 Zorgkantoor Noord-Holland-Noord | 106 | 3 | 1 | 0 | 110 |
| 3130 Zorgkantoor Kennemerland | 213 | 423 | 0 | 1 | 637 |
| 3140 Zorgkantoor Zaanstreek/Waterland | 50 | 10 | 2 | 0 | 62 |
| 3150 Zorgkantoor Amsterdam | 65 | 30 | 1 | 0 | 96 |
| 3160 Zorgkantoor Amstelland en de Meerlanden | 17 | 11 | 0 | 0 | 28 |
| 3170 Zorgkantoor Zuid-Holland Noord | 156 | 113 | 1 | 0 | 270 |
| 3180 Zorgkantoor Haaglanden | 24 | 1 | 0 | 3 | 28 |
| 3190 Zorgkantoor Delft Westland Oostland | 82 | 46 | 0 | 0 | 128 |
| 3200 Zorgkantoor Midden-Holland | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3210 Zorgkantoor Rotterdam | 38 | 32 | 1 | 0 | 71 |
| 3220 Zorgkantoor Nieuwe Waterweg Noord | <i>Per 01-01-16 samengevoegd met Zorgkantoor Delft Westland Oostland</i> | | | | |
| 3240 Zorgkantoor Waardenland | 5 | 7 | 0 | 0 | 12 |
| 3080 Zorgkantoor Nijmegen | 125 | 17 | 0 | 1 | 143 |
| 3230 Zorgkantoor Zuid-Hollandse Eilanden | 22 | 1 | 1 | 0 | 24 |
| 3280 Zorgkantoor Noordoost-Brabant | 102 | 13 | 2 | 1 | 118 |
| 3270 Zorgkantoor Midden-Brabant | 40 | 22 | 1 | 0 | 63 |
| 3260 Zorgkantoor West-Brabant | 48 | 1 | 3 | 2 | 54 |
| 3250 Zorgkantoor Zeeland | 58 | 0 | 2 | 0 | 60 |
| 3290 Zorgkantoor Zuidoost-Brabant | 116 | 1 | 1 | 0 | 118 |
| 3300 Zorgkantoor Noord- en Midden Limburg | 42 | 101 | 0 | 1 | 144 |
| 3310 Zorgkantoor Zuid-Limburg | 35 | 5 | 1 | 1 | 42 |
| Totaal | 2.288 | 1.549 | 49 | 13 | 3.899 |

Bijlage 6. Regeling Meerzorg: bedrag per Wlz-uitvoerder

| | Wlz-uitvoerder | Aantal cliënten | Budget per cliënt | Totaal - jaar 2015 |
|------|-------------------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|
| 3010 | Zorgkantoor Groningen | 41 | € 75.497 | € 3.095.386 |
| 3020 | Zorgkantoor Friesland | 90 | € 66.118 | € 5.950.627 |
| 3030 | Zorgkantoor Drenthe | 212 | € 63.153 | € 13.388.525 |
| 3040 | Zorgkantoor Zwolle | 9 | € 98.986 | € 890.878 |
| 3050 | Zorgkantoor Twente | 93 | € 63.376 | € 5.893.990 |
| 3060 | Zorgkantoor Apeldoorn, Zutphen e.o. | 78 | € 67.118 | € 5.235.189 |
| 3061 | Zorgkantoor Midden-IJssel | 47 | € 36.887 | € 1.733.668 |
| 3070 | Zorgkantoor Arnhem | 69 | € 67.925 | € 4.686.792 |
| 3080 | Zorgkantoor Nijmegen | 125 | € 56.225 | € 7.028.104 |
| 3090 | Zorgkantoor Utrecht | 263 | € 64.790 | € 17.039.839 |
| 3100 | Zorgkantoor Flevoland | 6 | € 80.074 | € 480.447 |
| 3110 | Zorgkantoor 't Gooi | 35 | € 86.942 | € 3.042.966 |
| 3120 | Zorgkantoor Noord-Holland-Noord | 106 | € 64.229 | € 6.808.311 |
| 3130 | Zorgkantoor Kennemerland | 213 | € 69.065 | € 14.710.758 |
| 3140 | Zorgkantoor Zaanstreek/Waterland | 50 | € 50.946 | € 2.547.307 |
| 3150 | Zorgkantoor Amsterdam | 65 | € 56.205 | € 3.653.342 |
| 3160 | Zorgkantoor Amstelland Meerlanden | 17 | € 54.189 | € 921.216 |
| 3170 | Zorgkantoor Zuid-Holland Noord | 156 | € 56.545 | € 8.821.070 |
| 3180 | Zorgkantoor Haaglanden | 24 | € 53.270 | € 1.278.479 |
| 3190 | Zorgkantoor Delft Westland Oostland | 82 | € 54.760 | € 4.490.304 |
| 3200 | Zorgkantoor Midden-Holland | 1 | € 34.123 | € 34.123 |
| 3210 | Zorgkantoor Rotterdam | 38 | € 56.064 | € 2.130.431 |
| 3220 | Zorgkantoor Nieuwe Waterweg Noord | | | |
| 3230 | Zorgkantoor Zuid-Hollandse Eilanden | 22 | € 43.793 | € 963.440 |
| 3240 | Zorgkantoor Waardenland | 5 | € 82.846 | € 414.232 |
| 3250 | Zorgkantoor Zeeland | 58 | € 59.576 | € 3.455.423 |
| 3260 | Zorgkantoor West-Brabant | 48 | € 53.039 | € 2.545.870 |
| 3270 | Zorgkantoor Midden-Brabant | 40 | € 46.603 | € 1.864.127 |
| 3280 | Zorgkantoor Noordoost-Brabant | 102 | € 65.679 | € 6.699.248 |
| 3290 | Zorgkantoor Zuidoost-Brabant | 116 | € 51.132 | € 5.931.308 |
| 3300 | Zorgkantoor Noord-Midden Limburg | 42 | € 81.163 | € 3.408.841 |
| 3310 | Zorgkantoor Zuid-Limburg | 35 | € 64.151 | € 2.245.270 |
| | Eindtotaal | 2.288 | | € 141.389.511 |

Bijlage 7. Achtergrond informatie betrokken proeftuinen

| Proeftuin | Zorgverzekeraar | Zorgaanbieders | Aantal groepen | Cliënten Meerzorg | Verbeterdoel |
|-----------|-----------------------------|--|----------------|-------------------|--|
| 1 | Achmea Gelderse Hout | Triade & 's Heeren Loo | 1 | 6 | Kwaliteit van zorg en leven met specifieke aandacht voor participatie cliëntvertegenwoordigers en wijk, team functioneren, huisvesting, afname vrijheidsbeperkende maatregelen, incidentenmanagement |
| 2 | Achmea Robijn & Kindgroepen | Amerpoort | 2 | 9 | Het doel is herstel van het gewone leven en afname van probleemgedrag, door de context in te zetten en aan te passen. Ontwikkeling bevorderen, kwaliteit van leven verbeteren, verdere ontwikkeling van passende en kwalitatief goede ondersteuning met behulp van vergrootte participatie ouders en versterken unieke positie verschillende disciplines |
| 3 | Zorg & Zekerheid en DSW | Ipse De Bruggen (Doelen 13, Oosteinde 111a, 111b, 111c, Oude Rijnlaan 2) | 3 | 18 | Verrijking en verbetering kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven met behulp van intern intervisiemodel. Verdere professionalisering en modernisering van ondersteuning ten behoeve van verbetering kwaliteit van leven. |
| 4 | Zorg & Zekerheid | Gemiva | 3 | 9 | Kwaliteit van leven, zorg en doelmatigheid - door (ook) te kijken naar organisatiecontext en verbeteringen aan te brengen in het leef- en werkklimaat van cliënt en medewerker en de geboden ondersteuning flexibeler vorm te geven. |
| 5 | CZ | Arduin, Koraal Groep werkstichting Op de Bies, Koraal Groep werkstichting Maasveld | 3 | 13 | In het kader van kwaliteit van leven: afname probleemgedrag, meer en zinvollere daginvulling, minder vrijheidsbeperkende maatregelen. In het kader van kwaliteit van zorg: toename deskundigheid medewerkers, context verbeteren, afname één op één begeleiding. |
| 6 | VGZ Groepsgebonden audits | Amarant, ASVZ, Prisma, Cello | 4 | 40 | Groepsgebonden audits waarin ook collega's van collega instellingen als auditor participeren. Er zijn vijf resultaatgebieden afgesproken: Toename kwaliteit van leven, afname probleemgedrag, afname vrijheidsbeperkende maatregelen, participatie, onderwijs, werk en dagbesteding en sociaal netwerk. |
| 7 | Menzis Open Perspectief | 's Heeren Loo (Wekerom) en de Zijlen (Tolbert) | 2 (*) | 16 | Er is altijd gesprek en aandacht voor verbetering van de kwaliteit van leven met een structuur voor open perspectief voor de cliënt |
| 8 | Menzis Preventie | 's Heeren Loo-Bedum, Aveleijn en DTZC | 3 | 6 (**) | Voorkomen wordt dat cliënten gebruikmaken van reguliere Meerzorg. Preventie zit aan de voorkant, maar is vooral het resultaat van het traject. |
| 9 | Menzis Meerzorgteam | SIZA | 3 | 6 | Er is per cliënt (één schaduw) Meerzorgteam/driehoek integraal (inhoud, uitvoering en financiën) verantwoordelijk, naast de bestaande driehoek (cliëntvertegenwoordiger, regiebehandelaar en regiebegeleider) |
| 10 | VGZ Contextcoaching | Pluryn De Winkelsteegh | 2 | 5 | Door coaching van de (totale) contexten en systemen waarin Meerzorgcliënten verblijven een optimaal zorgomgeving verkrijgen. |

(*) Twee zorgaanbieders, met verschillende woningen

(**) Cliënten beschikken nog niet over Meerzorg, inzet is juist gericht ter voorkoming

Bijlage 8. Voorbeeld uitvraag bij aanvraag Meezorg

Zorgverzekeraars Nederland



Woning en medewerkers

Invullen in aantallen.

Versie: 3-2-2016

Datum: 21-4-2016

| Woongroep | aantal cliënten |
|---|-----------------|
| Omvang groepsgrootte | |
| Cliënten waar ook meezorg voor is toegekend | |
| Cliënten waarvoor meezorg is aangevraagd. | |

| maandag t/m vrijdag | aantal medewerkers *extra inzet | | tijden dienst | van | tot |
|-------------------------------|---------------------------------|---------|---------------|-----|-----|
| | standaard | meezorg | | | |
| Personele bezetting dienst 1 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 2 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 3 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 4 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 5 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 6 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 7 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 8 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 9 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 10 | | | tijden dienst | | |

| weekend | aantal medewerkers *extra inzet | | tijden dienst | van | tot |
|-------------------------------|---------------------------------|----------|---------------|-----|-----|
| | standaard | meerzorg | | | |
| Personele bezetting dienst 1 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 2 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 3 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 4 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 5 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 6 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 7 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 8 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 9 | | | tijden dienst | | |
| Personele bezetting dienst 10 | | | tijden dienst | | |

| Dagbesteding locatie 1 | aantal cliënten |
|--|-----------------|
| Omvang groepsgrootte | |
| Cliënten waar ook meerzorg voor is toegekend | |
| Cliënten waarvoor meerzorg is aangevraagd. | |
| Personele bezetting** | |

| Dagbesteding locatie 2 | aantal cliënten |
|--|-----------------|
| Omvang groepsgrootte | |
| Cliënten waar ook meerzorg voor is toegekend | |
| Cliënten waarvoor meerzorg is aangevraagd. | |
| Personele bezetting** | |

| Dagbesteding locatie 3 | aantal cliënten |
|--|-----------------|
| Omvang groepsgrootte voor is toegekend | |
| Cliënten waarvoor meerzorg is aangevraagd. | |
| Personele bezetting** | |

| Dagbesteding locatie 4 | aantal cliënten |
|--|-----------------|
| Omvang groepsgrootte voor is toegekend | |
| Cliënten waarvoor meerzorg is aangevraagd. | |
| Personele bezetting** | |

**=extra inzet ten opzichte van standaard ten behoeve van meerzorg*

***=aantal medewerkers*

Programma is geldig voor maandag-vrijdag

Versie: 3-2-2016
 Datum: 21-4-2016

Naam cliënt:
 Locatie woning cliënt:
 Locatie dagbesteding cliënt:
 Ingevuld/opgesteld door:
 Datum:

Indicatie: 0:00

| Tijd van | Tijd tot | Uren | Locatie | Activiteit "Het WAT" | Begeleidingsstijl "het HOE" | 1 op | Form. uren |
|----------|----------|------|---------|----------------------|-----------------------------|------|------------|
| 7:00 | | 0:00 | | | | | 0:00 |
| 0:00 | | 0:00 | | | | | 0:00 |