



Indicatiestelling en compensatieplicht nader bezien

Casuïstiekonderzoek naar klachten over de (her)indicatiestelling HH

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Dorine Vijfvinkel
Betty Noordhuizen
Félicie van Vree

Projectnummer: B3505

Zoetermeer, 9 december 2008

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Voorwoord

Vanaf 1 januari 2007 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners, waaronder de hulp bij het huishouden. Uit eerder onderzoek blijkt dat de meeste cliënten tevreden zijn over de hulp bij het huishouden, maar dat zorgaanbieders kritischer zijn over de toereikendheid van de hulp. Om eventuele klachten over (her)indicaties te inventariseren is begin 2008 op initiatief van de CG Raad, Zorgbelang Nederland, het Platform Lokale Versterking GGZ, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, het Platform VG en de Landelijke organisatie Cliëntenraden een landelijk (internet)meldpunt ingericht waar cliënten zowel positieve als negatieve ervaringen met en gevolgen van de (her)indicatie in het kader van de Wmo konden melden.

Tot september 2008 zijn er bij het Meldpunt (her)indicatie 900 klachten gemeld, op een totaal van 300.000 herindicaties. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft Research voor Beleid gevraagd onderzoek uit te voeren naar de bij het meldpunt ingediende klachten over de indicatiestelling voor hulp bij het huishouden. Dit rapport vormt het verslag van dit casuïstiekonderzoek.

Bij deze willen we allereerst alle cliënten en mantelzorgers danken die hun klacht in dit onderzoek hebben toegelicht. Dank aan Zorgbelang Nederland en de andere initiatiefnemers van het Meldpunt (her)indicatie voor het leveren van informatie en het werven van de respondenten voor de quick scan. Dank ook aan het CIZ en de gemeenten die informatie hebben aangeleverd en de indicatiestellers en zorgaanbieders die door hun bijdrage in de groepsgesprekken inzicht hebben gegeven in voorkomende knelpunten bij de indicatiestelling en de achterliggende oorzaken.

Félicie van Vree
Manager Zorg en Welzijn

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding van het onderzoek	7
1.2	Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	8
1.3	Opzet van het onderzoek	10
1.4	Leeswijzer	12
2	Aard en inhoud van de klachten	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Informatievoorziening	14
2.3	Proces van indicatiestelling	14
2.4	Het indicatiebesluit	19
2.5	Levering van hulp bij het huishouden	20
2.6	Klachten en bezwaar	23
3	Verdieping van casussen	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Casus 1: Geschiktheid algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen	26
3.3	Casus 2: Uitrui van zorgfuncties	29
3.4	Casus 3: HH1 in complexe gezinssituatie	32
3.5	Casus 4: PV als voorliggende voorziening / toereikendheid van het PGB	36
3.6	Casus 5: Strikte scheiding HH en OB	42
3.7	Casus 6: Ontregeld gezin	45
3.8	Casus 7: Telefonische indicatie versus huisbezoek	48
3.9	Casus 8: HH en bijzondere voorzieningen	49
3.10	Casus 9: Dreigende overbelasting bij gebruikelijke zorg	51
3.11	Casus 10: Kwaliteitscontrole op geleverde zorg	54
4	Conclusies en aanbevelingen	57
4.1	Conclusies	57
4.2	Aanbevelingen	62
Bijlage 1	Responsverantwoording	67

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden die gemeenten verantwoordelijk maakt voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners. Onderdeel hiervan is de hulp bij het huishouden.

In eerdere onderzoeken naar de hulp bij het huishouden is onder meer de tevredenheid van cliënten over de geleverde hulp bij het huishouden in kaart gebracht.¹ Driekwart van de cliënten is van mening dat de geleverde hulp bij het huishouden toereikend is. Een kwart van de cliënten heeft behoefte aan aanvullende taken. Het gaat dan met name om grote taken zoals de tuin doen, ramen lappen of een grote schoonmaak. Eénvijfde van de cliënten zou meer uren hulp in het huishouden willen ontvangen. Na het aflopen van het overgangsrecht vindt driekwart van de cliënten dat bij het bepalen van de hulp bij het huishouden voldoende rekening is gehouden met hun behoeften.

Op initiatief van de CG Raad, Zorgbelang Nederland, het Platform Lokale Versterking GGZ, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, het Platform VG en de Landelijke organisatie Cliëntenraden is begin 2008 een landelijk (internet)meldpunt ingericht waar cliënten zowel positieve als negatieve ervaringen met en gevolgen van de (her)indicatie in het kader van de Wmo konden melden. In de loop van 2008 zijn in de meeste gemeenten alle bestaande cliënten die hulp bij het huishouden ontvangen, opnieuw geïndiceerd in het kader van de Wmo. De meeste meldingen die zijn binnengekomen, hebben dan ook betrekking op de herindicatie. Tot september 2008 zijn zo'n 900 klachten van cliënten gemeld. Uitgaande van ongeveer 300.000 cliënten die een herindicatie ontvangen hebben, betreft dit minder dan 1 procent van de cliënten. Er zijn door cliënten dus niet veel klachten ingediend over de herindicaties door gemeenten.

Het ministerie van VWS heeft Research voor Beleid gevraagd onderzoek uit te voeren naar de klachten rond de indicatiestelling die zijn ingediend bij het Meldpunt. Met een dergelijk onderzoek komt de Staatssecretaris tevens tegemoet aan de motie Kant/Wolbert, waarin gevraagd wordt om onafhankelijk onderzoek naar aanleiding van de klachten die zijn binnengekomen bij het Meldpunt (her)indicatie.

¹ Rapport *Invulling compensatieplicht door indicatiestelling hulp bij het huishouden*. Research voor Beleid, augustus 2007.

Rapport *Wet maatschappelijke ontwikkeling: Het aflopen van het overgangsrecht: effecten voor cliënten, gemeenten en thuiszorgorganisaties*. Research voor Beleid, april 2008.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

De centrale vraag van het onderzoek is:

Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de klachten van cliënten en welke rol speelt de indicatiestelling daarbij?

Het doel van het onderzoek is hiermee tweeledig: enerzijds het in kaart brengen van de aard en de inhoud van de klachten die bij het Meldpunt (her)indicatie zijn binnengekomen en anderzijds het inzichtelijk maken van de oorzaken van deze klachten en de relatie met het indicatieproces zoals hier door gemeenten vorm aan is gegeven. De vraag hierbij is of gemeenten met de gestelde indicatie voldoen aan de compensatieplicht.

Klachten kunnen op verschillende momenten in het traject ontstaan en een verschillende achtergrond hebben. Cliënten met een zorgvraag doorlopen een aantal stappen, van het verkrijgen van informatie tot de levering van de hulp (zie schema 1.1). Voor dit onderzoek is het belangrijk onderscheid te maken tussen klachten over procedurele aspecten (bijvoorbeeld over de wachttijd of de bejegening) en klachten over inhoudelijke aspecten (bijvoorbeeld over de geïndiceerde uren zorg). Daar waar het inhoudelijke aspecten betreft, kunnen klachten wijzen op onvolkomenheden in de invulling van de compensatieplicht door gemeenten. De stappen die een cliënt doorloopt en de onderwerpen waar een klacht betrekking op kan hebben, zijn weergegeven in het schema op de volgende pagina.

Tegen de achtergrond van bovenstaande is de centrale onderzoeksvraag uitgewerkt in onderstaande deelvragen:

1. Aard en inhoud van de klachten

- 1a. Wat is de aard van de klachten van cliënten? Is deze procedureel of inhoudelijk?
- 1b. Wat is de inhoud van de klachten van cliënten?
- 1c. Op welke fase(s) in het traject van zorgaanvraag naar levering van de hulp bij het huishouden hebben de klachten betrekking?

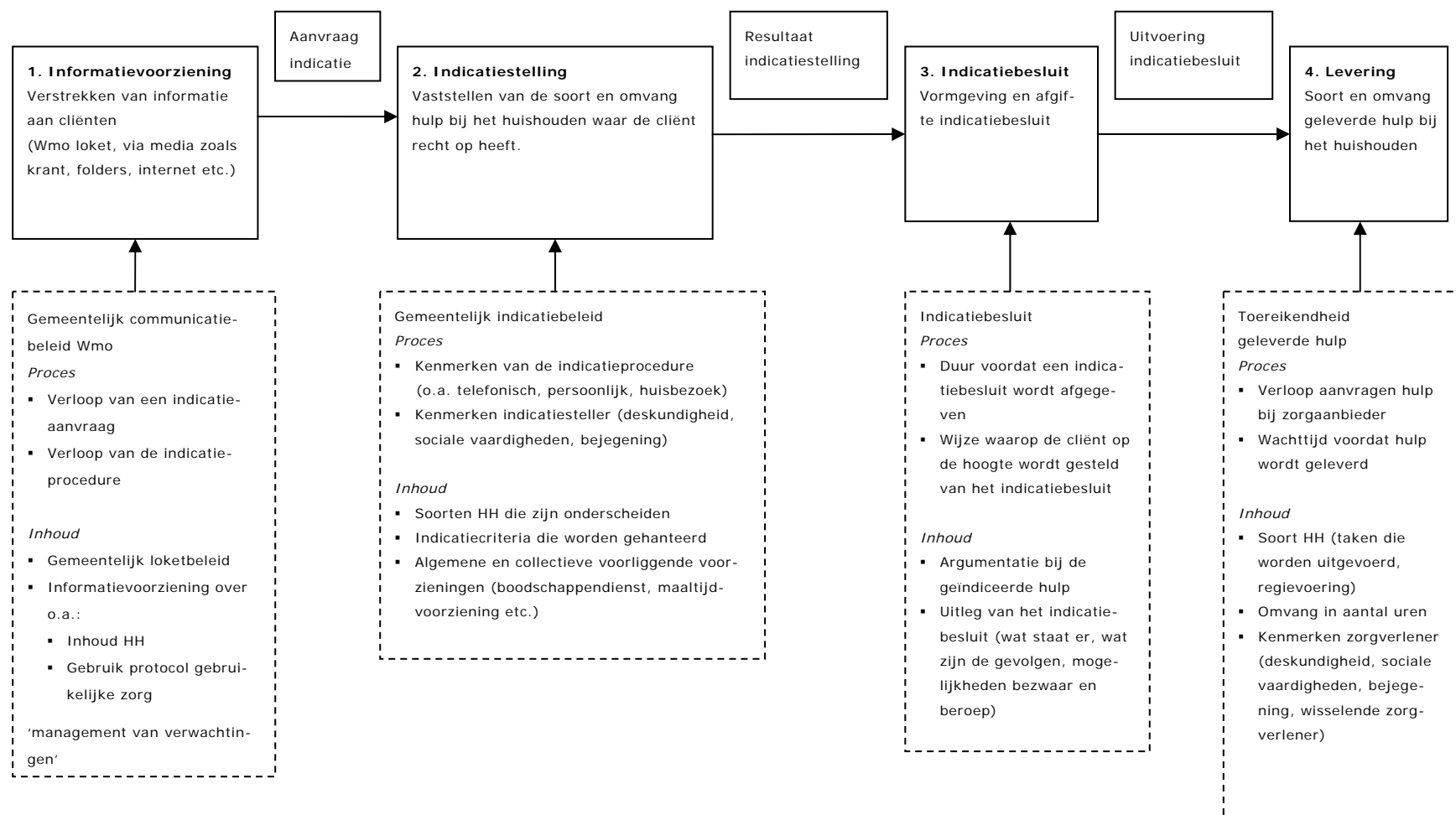
2. Oorzaken van de klachten

- 2a. Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de inhoudelijke klachten vanuit het perspectief van:
 - de cliënt?
 - de zorgaanbieder (professional)?
 - de gemeente?
 - de indicatiesteller?
- 2b. Welke rol heeft de indicatiestelling gespeeld bij het ontstaan van de klacht van de cliënt? Hierbij wordt het indicatieprotocol van de gemeente als gegeven beschouwd.
 - Is de klacht toe te schrijven aan het onjuist gebruik van het betreffende indicatieprotocol?
 - Indien het indicatieprotocol juist is toegepast, leidt de indicatiestelling voor de cliënt dan tot voldoende compensatie van zijn/haar beperkingen?

3. Aanbevelingen

Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken: op welke aspecten moeten gemeenten, indicatiestellers en zorgaanbieders letten om de cliënten op een goede manier te ondersteunen en te compenseren voor hun beperkingen?

Schema 1.1 Traject van een cliënt van een zorgvraag naar geleverde hulp bij het huishouden



- Voorbeelden oorzaken klachten
- Onrealistische verwachtingen over taken die binnen HH geleverd worden
 - Onbekendheid met het protocol Gebruikelijke Zorg

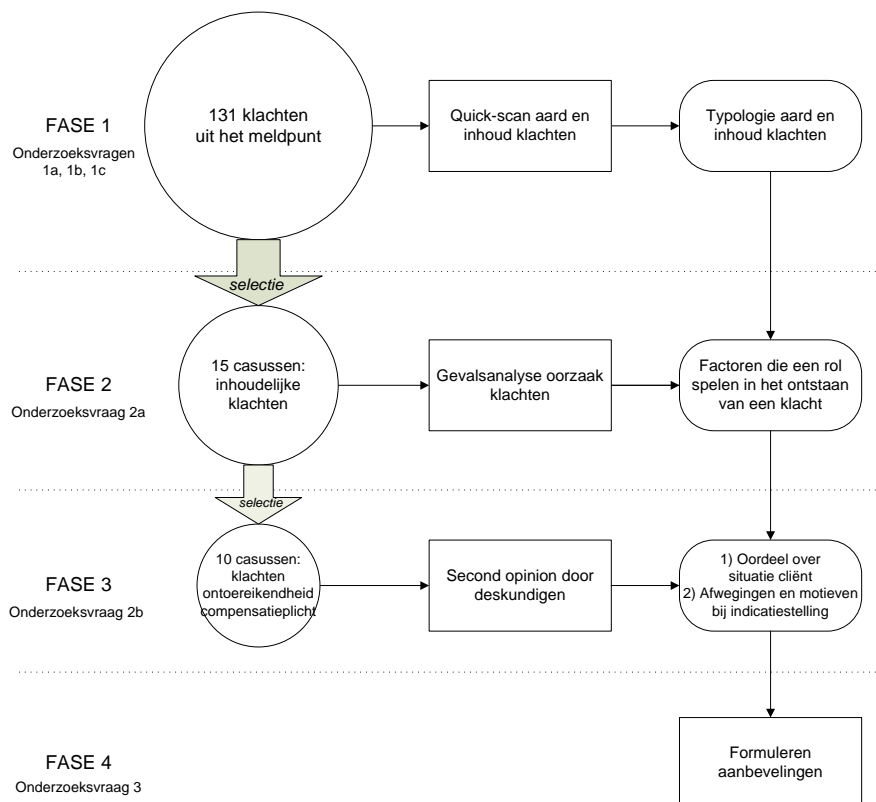
- Voorbeelden oorzaken klachten
- Cliënt kan gewenste eigen inbreng niet leveren
 - Onvriendelijke bejegening door indicatiesteller

- Voorbeelden oorzaken klachten
- Onduidelijkheid over de inhoud van het indicatiebesluit en de argumentatie hierbij
 - Onduidelijkheid over de mogelijkheid bezwaar aan te tekenen

- Voorbeeld oorzaken klachten
- Onvoldoende geleverde hulp om beperkingen te compenseren

1.3 Opzet van het onderzoek

Voor het onderzoek is een opzet gekozen van 'breed naar smal'. In onderstaande figuur is deze opzet schematisch weergegeven.



Fase 1: Telefonische quick scan

Bij het Meldpunt (her)indicatie zijn tot september 2008 ongeveer 900 klachten ingediend over de indicatie voor hulp bij het huishouden. Het onderzoek is gestart met een quick scan naar de aard en inhoud van deze klachten. Mensen die een klacht hebben ingediend bij het Meldpunt is hierbij gevraagd hun e-mailadres in te vullen. Research voor Beleid heeft een e-mail opgesteld met een uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek. Zorgbelang Nederland heeft deze e-mail verzonden aan alle 'klagers' van wie het e-mailadres bekend was. In totaal is de uitnodigingsmail naar 580 mensen verzonden. Hiervan hebben zich 192 mensen aangemeld om deel te nemen aan de telefonische quick scan. Iedereen die zich had aangemeld om deel te nemen is minimaal eenmaal telefonisch benaderd. De telefonische quick scan had een looptijd van twee weken. In totaal zijn 131 mensen geïnterviewd die een klacht hadden ingediend over de indicatie voor hulp bij het huishouden. Dit is een responspercentage van 68%. Aan degenen die niet telefonisch zijn bereikt, is de mogelijkheid geboden om via e-mail alsnog enkele vragen over hun klacht te beantwoorden.

In de telefonische quick scan is gekozen voor open interviews. Op deze manier konden respondenten vrij spreken over hun ervaringen en visie op de indicatiestelling zonder beperkt te worden door voorgestructureerde vragen. De volgende onderwerpen zijn besproken: de inhoud van de klacht, de reden dat de cliënt/mantelzorger ontevreden is (wat was zijn/haar verwachting), de gevolgen van de gestelde indicatie in de praktijk en eventuele veranderingen in de situatie sinds het indienen van de klacht (bijvoorbeeld gewend zijn aan de gestelde indicatie of een aanpassing van de indicatie na het indienen van een bezwaar).

Fase 2: Gevalsanalyse

Na afronding van de quick scan zijn 15 casussen geselecteerd op basis van de thema's die uit de analyse van de resultaten naar voren zijn gekomen als mogelijke oorzaak van klachten. De selectie bevat uitsluitend klachten over de inhoud van de indicatiestelling, omdat daarbij mogelijk sprake is van onvolkomenheden in de invulling van de compensatieplicht. Er zijn zowel casussen geselecteerd die handelen over veelvoorkomende situaties als casussen die gaan over minder vaak voorkomende, maar complexe situaties.

Per casus is er op basis van de informatie uit de quick scan een beknopte checklist gemaakt voor een interview. Bij 11 casussen is een persoonlijk interview afgenomen met de cliënt en/of de mantelzorger. Bij 4 casussen is ervoor gekozen om alleen de gemeente (telefonisch) te benaderen, omdat in deze casussen vooral een toelichting op het door gemeente gevoerde beleid van belang was. De specifieke problematiek van de cliënt behoefde in die gevallen geen aanvulling of verduidelijking.

In de gesprekken met de cliënten is dieper ingegaan op de inhoud en het ontstaan van de klacht, de situatie van de cliënt (fysieke en mentale conditie, woon- en leefsituatie) en de wijze waarop de indicatiestelling heeft plaatsgevonden, inclusief eventueel bezwaar en beroep. Bij een groot deel van deze casussen heeft het onderzoeksteam na afloop van het persoonlijke interview telefonisch contact opgenomen met de betreffende gemeente om een aantal (meer algemene) vragen te stellen over het Wmo-beleid en de indicatiestelling voor hulp bij het huishouden. De identiteit van de cliënt is niet openbaar gemaakt aan de gemeenten¹. De antwoorden die gemeenten hebben gegeven zijn gebruikt om het verhaal van de cliënt/mantelzorger aan te vullen met het (beleidsmatige) perspectief van de gemeente. In deze fase is tevens geïnventariseerd of er rechterlijke uitspraken over het betreffende onderwerp zijn gedaan en is geanalyseerd wat de uitkomst en de relevantie hiervan is. Aangezien nog weinig rechtspraak beschikbaar is, zijn de rechterlijke uitspraken uiteindelijk in de meeste gevallen niet in het rapport opgenomen. De gevalsanalyse met het gecombineerde perspectief van de cliënt en de gemeente levert inzicht op in de factoren die ten grondslag kunnen liggen aan het ontstaan van een klacht.

Fase 3: Groepsgesprekken second opinion

Uit de 15 casussen van de gevalsanalyse zijn 10 casussen geselecteerd waarbij de klacht van de cliënt gaat over ontoereikendheid van de geleverde hulp en waarbij op basis van de gevalsanalyse niet kon worden vastgesteld dat deze klacht het gevolg is van onjuiste verwachtingen van de cliënt over de reikwijdte van de compensatieplicht. Van deze casussen zijn uitgebreide casusbeschrijvingen gemaakt, die zijn besproken in een tweetal groepsge-

¹ Hierbij is geprobeerd om de vragen zo te stellen dat zij voor de gemeente niet herleidbaar waren tot een individueel geval. Echter, door de uniciteit van bepaalde casussen bleek dit niet in alle gevallen mogelijk.

sprekken met indicatiestellers (gemeentelijk en CIZ) en zorgaanbieders. Tevens waren er bij deze gesprekken vertegenwoordigers aanwezig van de VNG, Zorgbelang Nederland en het ministerie van VWS.

Bij iedere casusomschrijving heeft het onderzoeksteam een hoofdthema en bijbehorende discussievragen geformuleerd. Deze zijn vooraf aan de deelnemers toegezonden, zodat tijdens de groepsgesprekken een inhoudelijke discussie gevoerd kon worden over deze onderwerpen. Het doel van de groepsgesprekken was om per casus c.q. thema te komen tot overwegingen, argumenten en aandachtspunten vanuit verschillende perspectieven.

Fase 4: Analyse en rapportage

Op basis van de bevindingen uit de quick scan, de verdieping in de gevalsanalyse en de discussieverslagen uit de groepsgesprekken zijn door het onderzoeksteam conclusies opgesteld, evenals aanbevelingen voor gemeenten. Gebaseerd op praktijkvoorbeelden, hebben deze aanbevelingen niet tot doel gemeenten te 'instrueren' over de te volgen werkwijze in de indicatiestelling, maar handvatten te bieden aan gemeenten om hun indicatieproces verder te ontwikkelen en te verfijnen.

1.4 Leeswijzer

De indeling van het rapport volgt de indeling van de onderzoeksvragen, van breed naar smal. In hoofdstuk 2 gaan we in op de aard en de inhoud van de klachten die zijn ingediend bij het Meldpunt (her)indicatie. Hierbij brengen we in beeld op welke fase(s) in het traject van zorgaanvraag naar levering van de hulp bij het huishouden de klachten betrekking hebben. Door middel van de analyse van geselecteerde casussen bespreken we in hoofdstuk 3 de oorzaken van klachten. In hoofdstuk 4 presenteren we de conclusies en geven we aanbevelingen voor gemeenten, indicatiestellers en zorgaanbieders om cliënten op een goede manier te ondersteunen en te compenseren voor hun beperkingen.

2 Aard en inhoud van de klachten

2.1 Inleiding

Mensen met een klacht over de indicatiestelling voor hulp bij het huishouden kunnen deze indienen bij het Meldpunt (her)indicatie door middel van het invullen van een beknopte vragenlijst op internet. In dit onderzoek is dieper ingegaan op de klachten die zijn ingediend bij het Meldpunt. In een telefonisch interview met de cliënt of mantelzorger is gesproken over de aard van de klachten (procedureel of inhoudelijk), de inhoud van de klachten en de fase in het traject van aanvraag naar levering van hulp waar de klacht betrekking op heeft.

Het proces van zorgvraag naar geleverde hulp bij het huishouden bestaat uit vier stappen (zie schema 1.1):

- Informatievoorziening
- Indicatiestelling
- Het indicatiebesluit
- Levering van hulp bij het huishouden.

Bij alle klachten in de quick scan is geanalyseerd op welke stap of stappen de klacht betrekking heeft. In onderstaande tabel is te zien dat de meeste klachten betrekking hebben op de levering van HH, en vervolgens op het proces van indicatiestelling.

Tabel 2.1 Aantal klachten per stap in het proces naar levering van hulp

Stap in het proces van aanvraag naar geleverde HH	Aantal klachten
1: Informatievoorziening	11
2: Indicatiestelling	101
3: Indicatiebesluit	30
4: Levering van HH	116

N (totaal) = 131 klachten

In tabel 2.2. is weergegeven hoeveel klachten betrekking hebben op meerdere stappen in het proces. Uit de analyse blijkt dat driekwart van de klachten (75%) in gaat op meer dan één stap in het proces naar levering van hulp.

Tabel 2.2 Aantal klachten per combinatie van stappen in het proces naar levering van hulp

Combinatie van stappen	Aantal klachten
Indicatiestelling + levering HH	61
Indicatiestelling + indicatiebesluit + levering HH	20
Informatievoorziening + levering HH	4
Indicatiestelling + indicatiebesluit	4
Indicatiebesluit + levering HH	3
Informatievoorziening + indicatiestelling + levering HH	3
Informatievoorziening + indicatiestelling + indicatiebesluit + levering HH	3

N (totaal) = 98 klachten

In dit hoofdstuk bespreken we de aard en de inhoud van de klachten aan de hand van de bovengenoemde stappen. Tevens gaan we kort in op de klachten en bezwaar die door cliënten zijn ingediend.

2.2 Informatievoorziening

De eerste stap in het proces naar geleverde hulp is het verstrekken van informatie door de gemeente aan cliënten over (de indicatiestelling voor) hulp bij het huishouden. Informatie kan geboden worden via het Wmo loket of bijvoorbeeld via media zoals de lokale krant, foldermateriaal en internet.

Bij 11 respondenten ging de klacht (mede) over de informatievoorziening door de gemeente. Deze klachten gingen over:

- onduidelijkheid over de regels rond (de verantwoording van) het PGB;
- onduidelijkheid over de hoogte van de eigen bijdrage en/of
- onduidelijkheid over de invoering van de Wmo en de herindicatie voor hulp bij het huishouden.

Bij dit laatste punt was voor de respondent onduidelijk wat de gevolgen voor cliënten zouden zijn van de invoering van de Wmo en wanneer en op welke manier de herindicatie zou worden uitgevoerd.

Slechts één respondent heeft een klacht ingediend bij het Meldpunt (her)indicatie die enkel gaat over de informatievoorziening door de gemeente. Bij de overige 10 cliënten had de klacht eveneens betrekking op één of meer van de andere stappen uit het proces naar de levering van zorg. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ontoereikendheid in de informatievoorziening door de gemeente voor cliënten zelden tot nooit de primaire aanleiding is geweest om een klacht in te dienen bij het Meldpunt (her)indicatie.

2.3 Proces van indicatiestelling

Nadat een persoon een aanvraag voor hulp bij het huishouden heeft ingediend bij de gemeente wordt een indicatiestelling uitgevoerd. De gemeente kan de indicatiestelling zelf uitvoeren of deze uitbesteden aan een externe partij, in veel gevallen het CIZ. In het proces van indicatiestelling wordt vastgesteld of de aanvrager recht heeft op hulp bij het huishouden en zo ja, op welke soort hulp en welke omvang van deze hulp (aantal uren) de aanvrager recht heeft.

In totaal hebben 101 respondenten (mede) geklaagd over het proces van indicatiestelling. Dit is driekwart van de respondenten in de quick scan (77%). Veel van deze klachten gaan over gebruikelijke zorg (45%) en/of over indicatiestelling door middel van een telefoonsprek (27%).

In deze paragraaf beschrijven we achtereenvolgens de volgende onderwerpen:

- Gebruikelijke zorg;
- Telefonische indicatiestelling;
- Beperkte informatievergaring;
- Bejegening;
- Verslaglegging;
- Algemeen gebruikelijke voorzieningen;
- Uitrust.

2.3.1 Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg is de zorg van huisgenoten voor elkaar. Indien een partner niet of minder in staat is huishoudelijke taken te verrichten wordt van de partner verwacht dat deze de huishoudelijke taken overneemt. Ook van kinderen kan, afhankelijk van hun leeftijd, worden verwacht dat zij meehelpen in het huishouden, zoals tafeldekken en hun eigen kamer opruimen. Het begrip gebruikelijke zorg wordt niet voor het eerst toegepast. Al vanaf april 2005 hanteerde het CIZ het Protocol gebruikelijke zorg voor de functie Huishoudelijke verzorging in de AWBZ.

Een derde van het totale aantal klachten in de quick scan (34%) heeft te maken met gebruikelijke zorg. Bijna al deze klachten gaan over cliënten die voorheen huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ ontvingen en die na herindicatie minder uren hulp ontvangen of waarbij geen hulp bij het huishouden meer is geïndiceerd. Voor een aanzienlijk deel van deze cliënten geldt dat de oude AWBZ-indicatie is gesteld vóór april 2005, het moment waarop het CIZ het Protocol gebruikelijk zorg in gebruik nam. Deze cliënten zijn als gevolg hiervan bij de herindicatie voor het eerst geconfronteerd met het meewegen van gebruikelijke zorg bij de indicatiestelling. Bij een aantal cliënten is de oude AWBZ-indicatie korter dan drie jaar geleden gesteld. Het is op basis van de gesprekken met deze cliënten/mantelzorgers niet duidelijk waarom het Protocol gebruikelijk zorg klaarblijkelijk bij de vorige indicatie niet of in mindere mate is toegepast bij het CIZ. Een mogelijke verklaring is dat het CIZ huishoudelijke verzorging heeft toegekend omdat er sprake was van (dreigende) overbelasting bij degene die gebruikelijke zorg geacht wordt te leveren. Enkele klachten gaan over een eerste aanvraag waarbij geen hulp is toegekend.

Cliënten die ontevreden zijn over de toepassing van het begrip gebruikelijke zorg in de indicatiestelling menen dat het overnemen van de huishoudelijke taken door de partner en/of kinderen niet reëel is. Redenen die hiervoor vaak genoemd worden, zijn:

- het overnemen van de huishoudelijke taken is een te zware belasting voor de partner naast zijn of haar baan en, in een deel van de gevallen, naast de zorg voor de kinderen en het verlenen van hulp bij de verzorging van de partner;
- de partner, en in een aantal gevallen ook één of meerdere kinderen in het gezin, heeft een medische of psychische beperking waarmee onvoldoende rekening is gehouden bij de indicatiestelling. De vraag naar de gezondheid van de partner is bij cliënten vaak enigszins bruusk overgekomen. Indien de cliënt positief antwoordde op de vraag of hun partner gezond is, werd door de indicatiesteller meteen meegedeeld dat de cliënt dan geen recht heeft op hulp bij het huishouden.

Redenen die minder vaak worden genoemd, zijn:

- het overnemen van de huishoudelijke taken is een te zware belasting voor kinderen naast school, studie of een (bij)baan;
- de partner kan de huishoudelijke taken niet (allemaal) overnemen omdat hij voor zijn baan veel weg is, in enkele gevallen meerdere dagen achter elkaar;
- het over moeten nemen van de huishoudelijke taken leidt tot spanningen binnen het gezin;
- de cliënt voelt zich nog meer afhankelijk van zijn of haar partner.

Bij cliënten die voorheen een groot aantal uren huishoudelijke verzorging ontvingen en na herindicatie geen hulp meer ontvangen omdat een partner of inwonend kind gebruikelijke zorg dient te leveren, is mogelijk uitruil van huishoudelijke verzorging met andere AWBZ functies, met name persoonlijke verzorging, aan de orde geweest. In paragraaf 2.3.4 gaan we hier verder op in.

2.3.2 Telefonische indicatiestelling

Een kwart van de respondenten (27%, n=36) is ontevreden over het feit dat de indicatiestelling door de gemeente telefonisch heeft plaatsgevonden. Er zijn door respondenten verscheidene argumenten genoemd waarom deze wijze van indiceren (volgens hen) niet geschikt is. De argumenten zijn (van vaak naar minder vaak genoemd):

- de indicatiesteller ziet bij een telefonische indicatie de woonsituatie, de leefsituatie (partner en kinderen) en de (beperkingen van de) cliënt niet en kan daardoor volgens respondenten geen goede, volledige indicatie stellen;
- het is een onprettige, onpersoonlijke manier van werken. Het is niet fatsoenlijk. Voor cliënten is het gesprek met de indicatiesteller belangrijk, omdat de hulp die zij krijgen hierop gebaseerd is. Een telefonisch indicatiestelling past hier, in de beleving van een deel van de cliënten, niet;
- bij een telefonisch indicatie heeft de cliënt geen schriftelijk bewijs van hetgeen door zowel de cliënt als de indicatiesteller is gezegd. Cliënten willen hiernaar kunnen verwijzen, met name bij het indienen van een bezwaar;
- een telefonische indicatiestelling tast de privacy van de cliënt aan. De cliënt kan niet controleren wie hij/zij aan de telefoon heeft. Sommige cliënten benadrukken dat zij het onprettig vinden om over de telefoon aan een onbekende hun ziektebeeld uit te leggen.

Voor enkele cliënten geldt:

- de telefonische indicatie kwam onverwachts, op een moment het voor de cliënt niet mogelijk was om de vragen goed te beantwoorden (bijvoorbeeld de cliënt werd wakker gebeld);
- het was niet duidelijk dat het telefoongesprek een indicatiestelling betrof. Dit bleek pas toen de herindicatie bij de post zat.

2.3.3 Beperkte (medische) informatievergaring

In totaal 27 klachten (21%) gaan (mede) over de informatievergaring van de indicatiesteller in het proces van indicatiestelling. Driekwart van deze klachten gaan over een gebrek aan medische kennis bij de indicatiesteller en over het niet op de hoogte zijn van de bestaande situatie. Respondenten melden dat de indicatiesteller het bestaande dossier niet heeft opgevraagd bij het CIZ en/of de behandeld arts. Cliënten ervaren het als storend en belastend om hun (medische) situatie en beperkingen opnieuw te moeten uitleggen aan de indicatiesteller terwijl deze gegevens vaak al lange tijd bekend zijn bij het CIZ.

Vijf respondenten stellen dat bij de indicatiestelling alleen is gevraagd naar de woonomgeving (de grootte van de woning en het type woning) en de gezinssamenstelling. De beperkingen van de cliënt zijn volgens hen niet meegenomen in de indicatiestelling. De respondenten zijn ontevreden over het toepassen van standaardregels op deze manier, in plaats van het leveren van maatwerk.

Twee cliënten melden dat de indicatiesteller niet heeft gesproken met de mantelzorger, terwijl hij/zij volgens de gemeente gebruikelijke zorg zou moeten leveren. Twee respondenten storen zich eraan dat bij de indicatiestelling gevraagd is naar de (medische) gegevens van alle gezinsleden. Zij ervaren dit als een inbreuk op hun privacy en vinden het niet in verhouding staan hun hulpvraag, te weten enkele uren hulp bij het huishouden. Hierbij kan worden opgemerkt dat het voor gemeenten niet mogelijk is om alle klachten te voorkomen. Cliënten verschillen in hun voorkeuren wat betreft de indicatiestelling.

2.3.4 Bejegening

Bij tien klachten in de quick scan vormde de bejegening van de cliënt door de indicatiesteller (mede) het onderwerp van de klacht. Het merendeel van deze klachten richt zich (mede) op de manier waarop vragen aan de cliënt zijn gesteld. Respondenten stellen dat vragen door de indicatiesteller 'te kort door de bocht' worden gesteld en ja/nee antwoorden te strak zijn gehanteerd. Een voorbeeld hiervan is de vraag 'kunt u traplopen?' Als de cliënt dit fysiek kan is het antwoord ja. Dat traplopen de cliënt veel tijd en energie kost en de cliënt dit slechts enkele keren per dag kan doen, wordt volgens de cliënt/mantelzorger niet meegenomen in de indicatiestelling.

In enkele gevallen zijn volgens de respondent door de indicatiesteller vervelende opmerkingen tegen de cliënt gemaakt. Hierbij gaat het om de inhoud en om de toon van de opmerking. Een voorbeeld: bij een cliënte is die erg gehecht is aan haar op leeftijd zijnde hond zou de indicatiesteller opgemerkt hebben dat 'de hond maar weg moet' omdat geen extra hulp bij het huishouden wordt gegeven voor extra stofzuigen in verband met de hond.

Enkele respondenten melden dat zij de houding van de indicatiesteller als vervelend hebben ervaren. De indicatiesteller gedroeg zich in de optiek van cliënten koel, zakelijk en/of niet geïnteresseerd in de cliënt en zijn/haar situatie. Ook heeft de indicatiesteller in de optiek van enkele cliënten niet voldoende tijd genomen voor de indicatiestelling.

De klachten over de bejegening door de indicatiesteller sluiten deels aan bij de klachten over de telefonische indicatie (paragraaf 2.3.2.). Het is voor een deel van de cliënten belangrijk dat zij als persoon gezien en gehoord worden door de indicatiesteller.

2.3.5 Verslaglegging

Bij negen respondenten bevatte de verslaglegging van de indicatie onjuistheden. Respondenten ontdekken dit met name in een bezwaarprocedure. De onjuistheden hebben vooral te maken met de beperkingen van de cliënt en de activiteiten die cliënten wel of niet (met hulp) kunnen uitvoeren. Daarnaast zijn ook onjuistheden gemeld in de beschrijving van (de beperkingen van) gezinsleden en/of de leefsituatie van de cliënt. Een voorbeeld is dat de aandoeningen en beperkingen van de partner en het inwonende kind van de cliënt waren verwisseld.

2.3.6 Voorliggende voorzieningen

Algemeen gebruikelijke voorzieningen zijn voorzieningen waarover een met de aanvrager vergelijkbare persoon ook los van de beperking zou kunnen beschikken. Voorbeelden hiervan zijn de boodschappenservice van een supermarkt en een hondenuitlaatservice. Voorliggende voorzieningen zijn voorzieningen waarvoor toelatingscriteria gelden, zoals een beperking. Een voorbeeld hiervan is een maaltijdvoorziening (Tafeltje Dekje). Gemeenten verwijzen cliënten naar beide typen voorzieningen.

Zeven respondenten zijn het niet eens met de gemeentelijke beslissing dat zij gebruik dienen te maken van een maaltijdservice en/of boodschappendienst. Wat betreft de boodschappendienst is de klacht met name dat deze te duur is¹. Eén cliënt stelt dat de dieetproducten die zij nodig heeft niet verkocht worden bij de plaatselijke supermarkt, waar de boodschappendienst de inkopen doet. Een andere cliënt merkt op dat de boodschappendienst de boodschappen thuis bezorgt maar niet in de (koel)kast zet, iets wat zij zelf niet kan doen. De klachten met betrekking tot de maaltijdservice komen van cliënten die stellen dat door hun aandoening de maaltijden van Tafeltje Dekje voor hen niet geschikt zijn.

2.3.7 Uitruil

In de AWBZ was uitruil van zorg tussen AWBZ-functies mogelijk. Dit betekende dat huishoudelijke verzorging, waarop het Protocol gebruikelijke zorg van toepassing was, uitgeruild kon worden tegen een AWBZ-functie waarop het Protocol gebruikelijke zorg niet van toepassing was. In de praktijk kozen cliënten vaak voor uitruil van de functies huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging. De partner of een inwonend kind verleende persoonlijke verzorging aan de cliënt en in ruil hiervoor werd de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ bekostigd. Cliënten kiezen hier bijvoorbeeld voor omdat zij het prettiger vinden als een vriend of familielid hen wast en aankleedt, dan als een zorgverlener dit doet.

In de quick scan heeft slechts één cliënt expliciet geklaagd over het feit dat uitruil van huishoudelijke verzorging met persoonlijke verzorging in de betreffende gemeente niet meer mogelijk is na de invoering van de Wmo. Uit de beschrijving van de klachten van respondenten valt op te maken dat er mogelijk in meer gevallen sprake is geweest van uitruil.

¹ Respondenten verwijzen vaak naar de boodschappendienst van Albert Heijn ('Albert'). De bezorgkosten voor deze dienst zijn vanaf €4,95 euro per bestelling.

Dit geldt met name voor cliënten die vanuit de AWBZ een groot aantal uren HV ontvingen en na herindicatie geen hulp bij het huishouden krijgen als gevolg van de aanwezigheid van gebruikelijke zorg. Ook merken enkele cliënten op dat de gemeente hen heeft aangeraden om (meer) AWBZ-zorg aan te vragen. Cliënten ervaren dit in veel gevallen als afschuiven van de verantwoordelijkheid door de gemeente naar de AWBZ. Dit wijst erop dat cliënten niet altijd begrijpen dat er sprake is geweest van uitruil en wat de gevolgen van de invoering van de Wmo op dit punt zijn. In paragraaf 3.3 gaan we in de bespreking van een casus dieper in op het onderwerp uitruil en gevolgen hiervan voor individuele cliënten.

2.4 Het indicatiebesluit

Indien uit de indicatiestelling blijkt dat de aanvrager recht heeft op hulp bij het huishouden wordt hiervoor door de gemeente een indicatiebesluit afgegeven. Klachten over deze derde stap kunnen gaan over het proces van afgifte van het indicatiebesluit en over de vormgeving van het indicatiebesluit. Onder het proces van afgifte valt onder meer de duur voordat het indicatiebesluit wordt afgegeven en de wijze waarop de cliënt op de hoogte gesteld is van het indicatiebesluit. Bij de vormgeving van het indicatiebesluit speelt onder andere de gegeven argumentatie bij de geïndiceerde hulp een rol, evenals de informatie over de mogelijkheden van bezwaar en beroep.

In totaal had een kwart van de klachten (23%) in de quick scan mede betrekking op het indicatiebesluit. De klachten betroffen met name (het ontbreken van) de motivatie bij de geïndiceerde hulp. Daarnaast waren cliënten ontevreden over de handelswijze van de gemeente rond klachten en bezwaar en zaken rond de afgifte van het indicatiebesluit.

2.4.1 Motivatie bij de geïndiceerde hulp

Voor het merendeel van de respondenten die een klacht hebben ingediend over het indicatiebesluit is onduidelijk waarop de omvang van de geïndiceerde zorg is gebaseerd. De gemeente heeft volgens deze mensen geen motivatie gegeven voor deze omvang en specifiek niet voor een teruggang in uren in vergelijking met de oude AWBZ-indicatie. Respondenten hebben geen inzicht in de reden van deze teruggang en hoe het verschil in uren tot stand is gekomen. Vooral bij cliënten die langere tijd huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ hebben ontvangen leidt dit tot verwarring en ontevredenheid: 'het kán toch niet dat het CIZ het al die jaren fout heeft gedaan'.

Ook bij veel cliënten en mantelzorgers wiens klacht geen betrekking had op het indicatiebesluit, blijkt uit het gesprek dat er veel onduidelijkheid bestaat over hoe de herindicatie tot stand is gekomen en met name wat de motivatie van de gemeente is geweest om minder uren hulp toe te kennen. De verplichting voor gemeenten om een motivering op te nemen in de beschikking is opgenomen in artikel 26 van de Wmo. Deze motivering dient te vermelden op welke wijze de genomen beschikking bijdraagt aan het behouden en het bevorderen van de zelfredzaamheid en de normale maatschappelijke participatie van de aanvrager.

2.4.2 Handelswijze gemeente rond klacht en bezwaar

Tien cliënten hebben een klacht over de handelswijze van de gemeente rond klachten en bezwaar. Cliënten zijn volgens hen door de gemeente niet goed geïnformeerd over de mogelijkheid om bezwaar in te dienen, de gemeente reageert niet op een klacht of handelt een bezwaar niet af binnen de gestelde termijn. In de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zijn bepalingen opgenomen over bezwaar en beroep waaraan gemeenten dienen te voldoen. Hiernaast melden cliënten het vervelend te vinden dat de indicatiestelling en andere communicatie met de gemeente volledig telefonisch verloopt. Bij het indienen van een bezwaar hebben cliënten geen gegevens op papier om naar te verwijzen.

2.4.3 Afgifte indicatiebesluit

Zeven respondenten zijn van mening dat het indicatieproces te lang heeft geduurd. Drie cliënten vinden dat de herindicatie te laat heeft plaatsgevonden, namelijk kort voor het aflopen van de oude indicatie. De cliënten wisten hierdoor niet waar ze aan toe waren, onder andere voor het al dan niet aanpassen van het contract met de hulpverlener. Daarnaast is het een enkele keer gemeld dat de herindicatie met terugwerkende kracht in werking is getreden.

2.5 Levering van hulp bij het huishouden

De vierde en laatste stap is de daadwerkelijke levering van hulp bij het huishouden aan de cliënt op basis van het indicatiebesluit. De compensatieplicht gaat over de toereikendheid van de geleverde hulp. Het overgrote deel van de klachten heeft (mede) betrekking op de levering van hulp bij het huishouden (89%). De ruime meerderheid van deze cliënten (70%) heeft problemen met de vermindering van het aantal uren hulp of het stopzetten van de hulp na herindicatie. Andere redenen tot klagen zijn een gedwongen overgang naar een alfahulp en een ontoereikend persoonsgebonden budget (PGB). Enkele respondenten hebben geklaagd over de overgang van de uitgebreide vorm van hulp (HH2) naar de meest eenvoudige vorm van hulp (HH1).

2.5.1 Overgang hulpverlener

De meest eenvoudige vorm van hulp bij het huishouden (HH1) kan geleverd worden door een thuishulp in dienst van de zorgaanbieder of door een alfahulp. Bij een alfahulp dient de cliënt zelf de regie over het huishouden te voeren en de werkgeversrol te vervullen. Vijftien procent van de klachten heeft betrekking op de overgang van een hulpverlener in dienst van de zorgaanbieder naar een alfahulp, tegen de zin van de cliënt.

Respondenten dragen verscheidende oorzaken aan waarom zij niet tevreden zijn met de levering van de hulp door een alfahulp. Door respondenten is als reden vaak genoemd:

- De cliënt kan de regie over het huishouden niet voeren en kan daardoor de alfahulp niet aansturen. Mantelzorgers die geklaagd hebben, stellen dat de cliënt niet in staat is tot het voeren van de regie als gevolg van dementie of psychische problematiek. Cliënten die zelf een klacht hebben ingediend melden dat het aansturen van de alfahulp hen teveel energie kost.

- De cliënt ervaart de werkgeversrol als een belasting. Een cliënt merkte hier op 'als ik werkgever had willen worden dan was ik wel een bedrijfje begonnen'.
- Hoewel dit bij alfahulpen niet de verwachting is, wisselen alfahulpen in de praktijk volgens respondenten regelmatig. Cliënten ervaren het als vervelend en belastend om steeds een nieuwe hulpverlener te moeten inwerken. Sommige cliënten raken ontregeld als er wisselende mensen over de vloer komen. Dit is gemeld voor cliënten met dementie, een psychisch probleem en na een hersenbloeding.

Naast bovenstaande redenen waarom mensen niet tevreden zijn met de hulpverlener die de hulp levert, zijn ook genoemd (in aflopende volgorde van frequentie):

- de kwaliteit van de geleverde hulp is onvoldoende. De hulpverlener maakt niet grondig en/of hygiënisch schoon en kan niet zelfstandig werken.
- de hulpverlener is niet professioneel. De hulpverlener is niet gemotiveerd, werkt niet door, meldt zich vaak ziek of komt niet werken (zonder af te bellen).
- Enkele respondenten melden dat de alfahulp niet om kan gaan met de cliënt bij wie hij/zij schoonmaakt. In deze gevallen gaat het om cliënten met een verstandelijke beperking of psychische problemen.

Mogelijk wordt het thuiszorginstellingen in de toekomst niet meer toegestaan de huishoudelijke hulp via een alfahulp aan cliënten te leveren. Staatssecretaris Bussemaker heeft hiervoor een voorstel tot wijziging van de Wmo ingediend. Onlangs is dit door de minister-raad goedgekeurde wijzigingsvoorstel naar de Tweede Kamer gestuurd.

2.5.2 Persoonsgebonden budget en eigen bijdrage

Ruim 10% van de in de quick scan geraadpleegde cliënten heeft een klacht met betrekking tot het persoonsgebonden budget (PGB) en de eigen bijdrage voor hulp bij het huishouden.

De klachten over het PGB hebben betrekking op zowel de hoogte van het PGB als de administratie van het PGB. De hoogte van het PGB is volgens deze respondenten te laag om de hulp die geïndiceerd is in te kopen. Daarnaast is het voor respondenten onduidelijk op welke manier zij verantwoording moeten afleggen over het PGB of vinden zij de verantwoording die de gemeente vraagt erg omslachtig. In enkele gevallen wordt het PGB door de gemeente niet uitbetaald of wordt een foutief bedrag uitbetaald.

De klachten over de eigen bijdrage gaan met name over de hoogte van de eigen bijdrage, deels in verhouding tot de eigen bijdrage die de cliënt voorheen diende te betalen. Enkele klachten gaan over onzorgvuldigheden in de administratie van het CAK. De eigen bijdrage wordt dubbel berekend of niet berekend waardoor cliënten vrezende later met een hoge naheffing te worden geconfronteerd.

2.5.3 Verandering aantal uren

Aan de respondenten die melden dat zij geen of te weinig uren hulp bij het huishouden geïndiceerd hebben gekregen, is gevraagd wat de gevolgen hiervan zijn in de praktijk.

De volgende redenen waarom respondenten niet tevreden zijn over het aantal uren hulp dat is geïndiceerd, zijn vaak genoemd:

- Het huis vervuult langzaam omdat te oppervlakkig wordt schoongemaakt. Zo wordt er niet meer onder en achter meubels gestofzuigd en wordt de badkamer minder grondig schoongemaakt.
- 'Grote taken' in het huishouden worden niet gedaan. Veelgenoemde taken zijn ramen zemen, keukenkastjes schoonmaken, kasten opruimen en de koelkast schoonmaken.
- Het wasgoed wordt niet opgeruimd en niet gestreken.

Door meerdere cliënten zijn tevens genoemd:

- Hulpmiddelen zoals een rolstoel en een douchestoel worden niet schoongemaakt;
- Planten bijhouden, tuinstoelen schoonmaken en de buitenkant van het huis ('de buitenboel') worden niet gedaan.

Andere gevolgen die genoemd worden, zijn:

- enkele cliënten kopen uit eigen budget aanvullende uren hulp bij het huishouden in om de taken die blijven liggen uit te voeren. Op basis van de quick scan kan niet vastgesteld worden op welke schaal cliënten hulp bij het huishouden inkopen uit eigen budget om een lagere indicatie te compenseren.
- Vijf cliënten hebben (meer) AWBZ-zorg aangevraagd om de vermindering in het aantal uren hulp bij het huishouden op te vangen;
- de cliënt heeft meer gezondheidsklachten omdat hij/zij meer zelf moet doen in het huishouden;
- de cliënt heeft meer gezondheidsklachten omdat het huis niet schoon genoeg is;
- de cliënt heeft minder energie voor werk en sociale contacten omdat hij/zij meer zelf moet doen in het huishouden.

Verschuiving naar de AWBZ

Door de invoering van de Wmo is een 'knip' ontstaan tussen hulp bij het huishouden en de overblijvende AWBZ-functies. Een mogelijk gevolg van de knip is dat er een verschuiving ontstaat van het beroep op zorg van de Wmo naar de AWBZ.

Vijf respondenten melden dat zij (meer) ondersteunende begeleiding en/of persoonlijke verzorging hebben aangevraagd en gekregen ter compensatie van de kleinere hoeveelheid uren hulp in het huishouden die zij geïndiceerd hebben gekregen in vergelijking met de oude AWBZ-indicatie. Hiernaast heeft de gemeente drie respondenten aangeraden (meer) persoonlijke verzorging vanuit de AWBZ aan te vragen. Mogelijk is in deze gevallen in het verleden sprake geweest van uitruil.

Bij twee andere respondenten heeft de gemeente de cliënt aangeraden om ondersteunende begeleiding vanuit de AWBZ aan te vragen, onder andere voor hulp bij het doen van de boodschappen.

Bij dit onderwerp moet worden opgemerkt dat de respondenten in de quick scan niet expliciet is gevraagd naar de AWBZ-zorg die cliënten hadden voor de herindicatie en naar het eventueel aanvragen van (meer) AWBZ-zorg als reactie op het ontvangen van minder uren hulp bij het huishouden dan voorheen het geval was. Op basis van dit onderzoek kunnen we geen uitspraken doen over de omvang van een eventuele verschuiving van de zorgvraag van de Wmo naar de AWBZ.

2.6 Klachten en bezwaar

Bezwaar

Bijna de helft van alle respondenten in de quick scan (48%) heeft een bezwaar ingediend tegen de gestelde (her)indicatie. In 70% van de gevallen is er reeds uitspraak gedaan en in 60% van deze gevallen is het bezwaar (deels) gegrond verklaard. In 30% van de gevallen loopt de bezwaarprocedure nog.

Klacht

In plaats van het indienen van een bezwaarschrift hebben enkele cliënten/mantelzorgers een klacht ingediend bij de gemeente, zijn naar het Wmo loket gegaan of hebben de wethouder rechtstreeks benaderd. In een aantal gevallen heeft dit het effect gehad dat meer uren zijn toegekend, vaak zonder dat hierbij een voor de cliënt duidelijke motivatie is gegeven.

Enkele respondenten melden dat ze geen bezwaar hebben ingediend of gaan indienen omdat dit hen teveel energie kost en/of teveel spanning oplevert. Daarnaast meldt een aantal cliënten dat zij (na het ongegrond verklaren van een bezwaar) een rechtzaak zouden willen aanspannen, maar dit niet doen vanwege de spanning en drukte die dit met zich meebrengt. Het risico is dat de controlerende en corrigerende functie van de mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen niet tot zijn recht komt als het zo is dat cliënten om deze redenen afzien van het indienen van een bezwaar.

3 Verdieping van casussen

3.1 Inleiding

Na analyse van alle klachten die in de quick scan met cliënten zijn besproken, heeft het onderzoeksteam 15 klachten geselecteerd om als casus verder uit te diepen. Omdat de compensatieplicht in de verdieping centraal staat, zijn uitsluitend inhoudelijke klachten geselecteerd waarbij de gemeente mogelijk niet heeft voldaan aan haar compensatieplicht. Het onderzoeksteam heeft verder getracht voldoende variatie te creëren op de volgende aspecten:

- thema's die uit de quick scan als belangrijk naar voren komen;
- leefsituatie en type problematiek van de cliënt;
- type HH dat geïndiceerd is.

Na afronding van de gevalsanalyse zijn 10 casussen geselecteerd waarvan niet kon worden vastgesteld of de gemeente al dan niet aan haar compensatieplicht voldaan had, en die naar verwachting voldoende stof voor een brede discussie zouden bevatten. De volgende 11 thema's zijn, aan de hand van concrete casussen, uiteindelijk in de groeps gesprekken besproken met zorgaanbieders en indicatiestellers:

- Geschiktheid algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen
- Uitrust
- HH1 in complexe situatie
- Toereikendheid van het PGB
- Persoonlijke verzorging als voorliggende voorziening
- Strikte scheiding HH en OB
- HH in ontregeld gezin
- Telefonische indicatie versus huisbezoek
- HH en bijzondere voorzieningen
- Gebruikelijke zorg bij (dreigende) overbelasting
- Kwaliteitscontrole op geleverde hulp

Hieronder wordt ieder thema paragraafsgewijs uitgewerkt. Daarbij wordt eerst de betreffende casus beschreven (in kader), vervolgens het beleid van de gemeente (indien relevant) en het verslag van de discussie in het groeps gesprek. Ten slotte wordt per thema een conclusie geformuleerd.

3.2 Casus 1: Geschiktheid algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen

Beschrijving situatie

Mevrouw is 43 jaar en heeft niet-aangeboren hersenletsel. Ze heeft in 1992 een auto-ongeluk gehad en heeft daarna drie maanden in coma gelegen. Als gevolg van het hersenletsel is ze overgevoelig voor geluids-, geur- en lichtprikkelers. Haar overgevoeligheid kan dermate heftig zijn dat ze valt. Buitenshuis kan dit tot gevaarlijke situaties leiden. Zaken als het doen van boodschappen en het onderhouden van sociale contacten zijn voor mevrouw dan ook moeilijk. Het auto-ongeluk heeft ook de hypofyse van mevrouw aangetast, waardoor zij een ontregelde stofwisseling en hormoonhuishouding heeft. Dit is medisch vastgesteld. Het gevolg is dat zij geen vet kan verdragen; dit leidt tot grote galontwikkeling. Verder zijn er geen fysieke beperkingen.

Wel heeft zij mentale problemen: haar geheugen is beperkt. Ze heeft tevens weinig organiserend vermogen. Gecombineerd met de overgevoeligheid voor prikkelers betekent dit dat zij alleen goed kan functioneren als er voldoende balans en rust in haar leven zijn.

Mevrouw staat onder behandeling van een neuropsycholoog. Haar aandoening is blijvend; het is niet mogelijk bovengenoemde beperkingen door behandeling, training of revalidatie te verminderen.

Mevrouw heeft geen regulier werk. Ze is volledig arbeidsongeschikt en heeft een WWB-uitkering. Mevrouw woont in bij een bekende (geen familie en geen partner).

In het verleden gestelde indicaties

De cliënte was door het CIZ geïndiceerd voor 10 uur HH2. Over de vorige indicaties zijn cliënte en zorgverlener zeer tevreden. De indicaties zijn gesteld door ter zake kundige medewerkers van het CIZ, aldus mevrouw. Het indiceren van tijd voor het doen van boodschappen werd door het CIZ, uitgaande van de situatie van mevrouw, min of meer als vanzelfsprekend beschouwd. Gezien haar beperkt organiserend vermogen is het opstellen van een boodschappenlijstje al een probleem. 'Ik heb dat overzicht niet. Dat kan ik gewoon niet aan'. De uitkomst van de indicatie was volgens cliënt 'voldoende om uitzicht op een degelijk bestaan met kwaliteit van leven' te hebben.

Herindicatie in het kader van de Wmo

Namens de gemeente is een voormalig verpleegster op huisbezoek geweest om de indicatie te stellen. Mevrouw heeft na de herindicatie 6,9 uur HH2 geïndiceerd gekregen. Er is geen overgangsregeling voorgesteld. De teruggang in uren werd veroorzaakt door het niet meer indiceren van tijd voor de boodschappen en het bereiden van de maaltijd. De gemeente stelde, volgens mevrouw, dat zij gebruik kon maken van algemeen gebruikelijke voorzieningen zoals de boodschappendienst en Tafeltje Dekje. Vanwege haar vetintolerantie kan mevrouw echter niet alle eten verdragen. 'De boodschappendienst doet alleen boodschappen in de plaatselijke supermarkt. Zij hebben niet alle artikelen voorradig. Ik kan niet zelf boodschappen doen.' Mevrouw gebruikt een (biologisch-dynamisch) vetarm dieet zonder toevoegingen. Dit in verband met de bovengenoemde aandoening aan de hypofyse, die de stofwisseling ontregelt. De kleine supermarkt die de boodschappendienst verzorgt, is niet in staat te voorzien in de producten voor haar specifieke dieet, aldus mevrouw. Mevrouw en haar zorgverlener hebben dit in het gesprek met de indicatiesteller naar voren gebracht, maar hier is onvoldoende rekening mee gehouden. Tafeltje Dekje biedt wel aangepaste maaltijden (minder vet, minder zout, minder suiker, etc.), maar dit is geen biologisch-dynamisch eten. Bovendien is de kwaliteit slecht, aldus mevrouw.

Mevrouw stelt dat de gemeente toen heeft geadviseerd om voor het doen van boodschappen een hogere indicatie voor OB aan te aanvragen. Mevrouw vreest echter dat dit door de plannen van het kabinet binnenkort niet meer vanuit de AWBZ bekostigd wordt, waardoor zij alsnog tussen wal en schip valt.

Beleid gemeenten

In de Wmo richtlijn Hulp bij het huishouden (uitgegeven door het CIZ)¹ worden voorliggende voorzieningen en algemeen gebruikelijke voorzieningen allen onder de noemer 'voorliggende voorzieningen' geschaard. Hierover wordt het volgende vermeld: 'De wetgever beschouwt een aantal voorzieningen als voorliggend; dat wil zeggen dat wanneer een adequate oplossing wordt geboden door het gebruik maken van deze voorzieningen, deze optie voorgeeft op een Wmo-voorziening. [...] De voorliggende voorziening moet beschikbaar en passend zijn. Als dit niet het geval is, dan is er geen sprake van een voorliggende voorziening. De indicatiesteller moet de sociale kaart goed in beeld hebben, zodat adequaat beoordeeld kan worden of een voorliggende voorziening daadwerkelijk beschikbaar en passend is. Niet relevant is of men gebruik wil maken van een voorliggende voorziening. Het is in principe ook niet relevant welke kosten aan de voorliggende voorziening zijn verbonden, tenzij sprake zou kunnen zijn van een zogenaamd extreem laag inkomen als geldt bij het begrip algemeen gebruikelijk: een inkomen dat door kosten op grond van de ziekte of het probleem onder de bijstandsnorm uitkomt of dreigt uit te komen door deze kosten. Het is echter afhankelijk van het gemeentelijk beleid, of dit toegepast wordt en hoe'.

Discussie groepsgesprekken

- *Wordt door gemeenten voldoende rekening gehouden met de toegankelijkheid, geschiktheid en kosten van voorliggende en algemeen gebruikelijke voorzieningen? Hoe moet een gemeente dit toetsen?*

Bij het al dan niet indiceren van uren voor het doen van boodschappen achten de deelnemers het van belang om te toetsen in hoeverre een algemeen gebruikelijke of voorliggende voorziening aanwezig is, en in hoeverre deze ook daadwerkelijk toegankelijk en geschikt is voor de betreffende cliënt.

Immers: een voorziening mag door de gemeente pas aangemerkt worden als voorliggend indien onderzocht is in hoeverre deze voor de betreffende persoon (dus in het individuele geval) toegankelijk en adequaat is. Dit geldt ook voor algemeen gebruikelijke voorzieningen: niet in alle gevallen kunnen deze als zodanig worden aangemerkt.

In alle gevallen dient een aandoening die dieetvoeding noodzakelijk maakt, medisch objectiveerbaar te zijn. Bij specifieke (eet)wensen van cliënten waar geen medische noodzaak voor is, mag het (deels) tot de eigen verantwoordelijkheid worden gerekend om hier een oplossing voor te vinden. Gemeenten hoeven bijvoorbeeld geen rekening te houden met individuele smaak van cliënten.

Wanneer de voorliggende of algemeen gebruikelijke voorziening als adequaat wordt beschouwd, dient de gemeente een heldere en duidelijke motivatie te geven waarom geen uren (meer) geïndiceerd worden voor boodschappen of maaltijdbereiding, en ook moeten concrete alternatieven worden aangedragen zodat mensen hierop zelf in kunnen spelen. Een kanttekening vanuit het groepsgesprek: het aanbieden van andere oplossingen dan voorliggende of algemeen gebruikelijke voorzieningen, zoals Tafeltje Dekje en een boodschappenservice, kan in individuele gevallen de zelfredzaamheid en maatschappelijke parti-

¹ Centrum Indicatiestelling Zorg, *Wmo richtlijn Indicatieadviesing voor Hulp bij het Huishouden versie 1.0* (december 2006), p. 6. Om tot deze Wmo richtlijn te komen is het AWBZ protocol Huishoudelijke Verzorging en Gebruikelijke Zorg aangepast op basis van de Wmo modelverordening en modelbeleidsregels van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

cipatie van cliënten bevorderen. Zo kan gedacht worden aan de inzet van vrijwilligers om cliënten te assisteren bij het zelf boodschappen doen of bij het zelf koken. Hierbij is het belangrijk om maatwerk te leveren voor de cliënt. Persoonlijke kenmerken zoals leeftijd spelen hierbij een rol: voor iemand van 20 jaar is Tafeltje Dekje mogelijk minder geschikt als voorliggende voorziening dan voor iemand van 80 jaar. In dit geval zou ondermeer gekeken kunnen worden naar de mogelijkheden voor het gebruik van een hoog-laag keuken.

Eén van de deelnemende partijen wijst op de mogelijkheden die gemeenten vanuit de Wmo hebben om naar lokale oplossingen te zoeken, bijvoorbeeld door zelf voorzieningen op te zetten of te verbeteren, al dan niet met gebruikmaking van vrijwilligers. Gemeenten zullen op het gebied van algemeen gebruikelijk en voorliggende voorzieningen, zo verwachten de respondenten, meer maatwerk (moeten) gaan leveren. De respondenten zien ook steeds vaker dat gemeenten hierin creatiever worden en nieuwe oplossingsrichtingen zoeken.

- *Zou de gemeente een inkomenstoets moeten uitvoeren om te bepalen in hoeverre de boodschappenservice voor iemand daadwerkelijk als algemeen gebruikelijk of als voorliggend aan de Wmo kan worden aangewezen?*

Een inkomenstoets om te bepalen of iemand daadwerkelijk van de boodschappenservice gebruik kan maken, wordt volgens de betrokkenen vrijwel nooit uitgevoerd. Toch is dit een reëel vraagstuk: veel van deze diensten hanteren een minimum bestelbedrag of vaste bezorgkosten per bestelling. Opgemerkt wordt dat het uitvoeren van een inkomenstoets praktisch moeilijk uitvoerbaar kan zijn omdat bepaald moet worden op welke wijze het inkomen bepaald wordt. Het is volgens de aanwezigen daarom wellicht makkelijker om te kiezen voor maatwerkoplossingen, waarbij per individueel geval bekeken wordt of in redelijkheid van een boodschappenservice gebruik gemaakt kan worden.

Een (andere) algemeen gebruikelijke voorziening waarbij de aanwezigen problemen signaleren op het gebied van toegankelijkheid, is kinderopvang. Voor gezinnen met jonge kinderen waarin één van beide ouders plotseling wegvalt door bijvoorbeeld overlijden of zwaar letsel, wordt kinderopvang als voorliggend aan huishoudelijke hulp beschouwd. Echter, bij één inkomen kan men de kosten van de kinderopvang niet aftrekken van de belasting. Daarnaast kan het voorkomen dat er wachtlijst is voor de betreffende opvang.

Conclusie

Gemeenten moeten toetsen in hoeverre algemeen gebruikelijke of voorliggende voorzieningen daadwerkelijk beschikbaar en adequaat zijn voor een cliënt. Een dergelijke toetsing stelt gemeenten in staat maatwerk te realiseren in individuele cliëntsituaties. Bij een deel van de cliënten die een klacht hebben ingediend, is niet duidelijk of gemeenten dit in het individuele geval voldoende in ogenschouw genomen hebben.

De deelnemende indicatiestellers en zorgaanbieders stellen dat medisch onderbouwde dieetvoorschriften en stofwisselingsgerelateerde aandoeningen altijd in ogenschouw genomen moeten worden. Ook de hoogte van het inkomen kan een algemeen gebruikelijke of voorliggende voorziening moeilijk of niet beschikbaar maken. Hoewel uit de groepsdiscussie naar voren komt dat een inkomenstoets niet eenvoudig te realiseren is, wordt er voor bijvoorbeeld de eigen bijdrage al een inkomenstoets uitgevoerd waarop door gemeenten wellicht aangesloten kan worden. Ook kan overwogen worden om op een andere wijze rekening te houden met iemands financiële situatie.

3.3 Casus 2: Uitruil van zorgfuncties

Beschrijving situatie

De casus betreft een alleenstaande moeder met een dochter van 10 jaar. De dochter is autistisch (MCDD), heeft een lichte verstandelijke beperking en een vermoeidheidssyndroom. Zij krijgt ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging en tijdelijk verblijf (logeren) in de vorm van een PGB. Dit wordt beheerd door de moeder. Zij neemt een klein deel van de verzorging op zich en ontvangt hiervoor geld uit het PGB.

In het verleden gestelde indicaties

De dochter kreeg in het verleden 3 uur HV1, eveneens in de vorm van een PGB. Op basis van de indicatie voor HV op naam van de 10-jarige dochter mag ervan uitgegaan worden dat hier sprake is geweest van uitruil, aangezien het binnen de AWBZ in principe niet mogelijk was om HV te indiceren voor personen jonger dan 18 jaar. De moeder is echter niet van de uitruil op de hoogte.

Herindicatie in het kader van de Wmo

Het aantal geïndiceerde uren HH1 is teruggebracht tot 0 uur. De gemeente heeft, aldus de moeder, de motivatie gegeven dat de dochter niet in aanmerking komt voor huishoudelijke hulp omdat zij jonger is dan 18 jaar. De moeder helpt met de ondersteunende begeleiding en persoonlijke verzorging van haar dochter, maar moet nu ook het huishouden zelf doen. De uren PV en OB zijn niet uitgebreid na het kwijtraken van de huishoudelijke hulp. De moeder had reeds kosten gemaakt voor haar huishoudelijke hulp en heeft hiervoor van de gemeente een vergoeding van 400 euro gekregen.

De moeder heeft contact opgenomen met het CIZ, dat suggereerde dat de moeder op grond van eigen beperkingen wellicht huishoudelijke hulp zou kunnen aanvragen. De moeder acht zichzelf echter niet beperkt en wil dit niet aanvragen. Het CIZ suggereerde verder dat dan wellicht de persoonlijke verzorging in uren omhoog zou kunnen. Er loopt nu dan ook een aanvraag voor een AWBZ-herindicatie.

Beleid gemeenten¹

In de Wmo richtlijn Hulp bij het huishouden (uitgegeven door het CIZ) is over uitruil van zorg het volgende vermeld: "Onder ruilzorg wordt zorg verstaan waarbij de cliënt een indicatie heeft voor huishoudelijke verzorging maar in de praktijk een andere vorm van AWBZ-zorg ontvangt, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging. Voor ruilzorg bestaat geen wettelijke basis². Het gaat hierbij om ontstane gedragslijnen. Dergelijke gedragslijnen (al dan niet neergelegd in protocollen) vinden geen basis in de AWBZ en overige relevante wet- en regelgeving. Het gemeentebestuur is juridisch niet gebonden aan deze gedragslijnen. Het verdient aanbeveling dat de gemeente hierover een standpunt inneemt, bijvoorbeeld in het visiedocument. Het uitruilen van AWBZ-zorg en Wmo-zorg [zoals in de oude situatie, red.] is niet mogelijk. Gemeenten kunnen wel in de verordening opnemen dat het in bepaalde situaties, bijvoorbeeld bij dreigende overbelasting van een gebruikelijkezorger³ die zijn of haar partner persoonlijke verzorging biedt, mogelijk is om Hulp bij het huishouden toe te kennen ondanks dat er sprake is van gebruikelijke zorg".⁴

¹ De gemeente van de betreffende casus hebben we, ondanks herhaaldelijke pogingen, niet kunnen bereiken. Wel hebben we de vraag voorgelegd aan enkele andere gemeenten.

² Een uitzondering vormt het meervoudige persoonsgebonden budget. Binnen de PGB-spielregels van de AWBZ mag de cliënt schuiven tussen de zorgfuncties.

³ In het geval van aantoonbare (dreigende) overbelasting zou het waarschijnlijk echter ook mogelijk zijn voor de gebruikelijkezorger om op eigen naam een indicatie voor HH aan te vragen.

⁴ Centrum Indicatiestelling Zorg, Wmo richtlijn Indicatieadvisering voor Hulp bij het Huishouden versie 1.0 (december 2006), p. 6.

Een gemeente uit één van de andere casussen meldt dat bij de overdracht van het CIZ naar gemeenten weinig inhoudelijke informatie is uitgewisseld. Zo is er door het CIZ geen melding gemaakt van gevallen waarin uitruil had plaatsgevonden.

Ook een andere gemeente geeft aan dat van tevoren niet duidelijk was bij welke cliënten in het verleden uitruil van functies had plaatsgevonden. Deze gemeente neemt in gevallen waarin een vermoeden van uitruil bestaat, contact op met het CIZ om dit te verifiëren. Overigens heeft deze gemeente haar Wmo-beleid zo vormgegeven dat uitruil nog steeds mogelijk is: in de beleidsregels staat dat bij de indicatie voor HH wordt meegewogen of er persoonlijke verzorging wordt geleverd aan de cliënt, door huisgenoten. De cliënt kan in dat geval onder bepaalde voorwaarden nog steeds huishoudelijke hulp krijgen ondanks dat er sprake is van gebruikelijke zorg. De gemeente financiert deze 'uitruil' uit eigen middelen.

Discussie groepsgesprekken

- *Heeft er tussen het CIZ en gemeenten een goede overdracht plaatsgevonden van gegevens over uitruil van HV met andere AWBZ-functies?*

De respondenten hebben de ervaring dat er een beperkte overdracht heeft plaatsgevonden tussen CIZ en gemeenten. De noodzakelijke gegevens betreffende huishoudelijke hulp zijn weliswaar overgedragen, maar het is het CIZ wettelijk niet toegestaan om AWBZ-informatie van individuele cliënten aan gemeenten te verstrekken. Daardoor is het voor gemeenten in principe niet zichtbaar in hoeverre sprake is van uitruil. Ook de cliënten die het betreft hebben hier doorgaans geen weet van. Het is bekend dat gemeenten geprobeerd hebben om hier in de indicatiestelling oog voor te hebben. Toch is het zeer waarschijnlijk dat er situaties zijn geweest waarbij dit niet is opgemerkt, de HV vervolgens tot 0 uur is teruggebracht, en waar cliënten niet geweest zijn op hun recht op extra uren AWBZ-zorg. Om hoeveel cliënten dit gaat, is op grond van het onderzoek niet te zeggen. Overigens geeft het CIZ aan dat ook in die gevallen waarin zij voor gemeenten indiceren, eventuele uitruil in het verleden niet altijd boven tafel is gekomen.

- *Hoe gaan gemeenten om met gevallen waarin uitruil (bij zorg in natura) aan de orde is geweest?*

Uitruil (bij zorg in natura) is door de knip in de AWBZ en Wmo nu in principe niet meer mogelijk. Met name voor inwonende mantelzorger(s) is dit problematisch: er kan alleen nog aanspraak gemaakt worden op HH als de mantelzorger dermate overbelast is geraakt dat op basis van de medisch aantoonbare overbelasting (op eigen naam) een indicatie voor HH aangevraagd kan worden. Zoals hierboven aangegeven, is er in elk geval één gemeente die haar beleid zodanig heeft ingericht dat uitruil nog wel mogelijk is.

Doorgaans adviseren gemeenten aan cliënten om een aanvraag in te dienen voor een hogere AWBZ-indicatie, maar veel mensen zien dit niet als wenselijke oplossing: het als zeer waardevol ervaren verlenen van persoonlijke verzorging moet nagelaten worden om in plaats daarvan het als onpersoonlijker ervaren huishouden zelf te kunnen doen.

- *Hoe moeten gemeenten omgaan met gevallen waarin voorheen geschoven werd in de besteding van het PGB (bijvoorbeeld meer uren HV en minder uren PV) en dit nu niet meer mogelijk is door een scheiding van de 'potjes'? Of is het de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt om hier een oplossing voor te zoeken?*

Naast uitruil bij zorg in natura is er ook veel uitruil geweest bij PGB-houders. Zij hebben dit vaak zelf geregeld zonder dat daar aantekeningen van zijn in het dossier (dus zonder 'correcte' indicatie in uren). Hoewel het in de praktijk moeilijk te controleren is in hoeverre mensen

het AWBZ-PGB niet aan HH uitgeven of andersom, blijkt uit de quick scan en casusinterviews dat cliënten hierin terughoudend zijn uit angst de regels te overtreden.

Op dit moment is het niet meer mogelijk om vanuit het PGB voor AWBZ-zorg de huishoudelijke hulp in te kopen. Een mogelijkheid voor cliënten is om de mantelzorger voor de PV uit te betalen vanuit het PGB, en vervolgens van deze extra 'gezinsinkomsten' huishoudelijke hulp in te huren. Hier kleven echter twee nadelen aan: over het verkregen PGB wordt feitelijk twee keer belasting betaald én de mantelzorger komt niet meer voor respijtzorg in aanmerking omdat hij nu in loondienst is.

Overigens is er vanuit het ministerie van VWS, in samenwerking met het ministerie van SZW, onlangs een pilot gestart waarbij voorzieningen vanuit het PGB AWBZ en de WIA in één budget gebundeld worden. De 'pilot participatiebudget' is zodanig ingericht dat er voor de aan het cliënt toegekende bedrag geen schotten staan tussen de werkvoorzieningen en het persoonsgebonden budget in de AWBZ. Hierdoor ontstaan er voor de cliënt uitruilmogelijkheden tussen het zorg- en het werkdeel¹. Wellicht is in de toekomst ook voor de PGB's vanuit de Wmo en de AWBZ een dergelijke bundeling mogelijk.

Rechterlijke uitspraak

Over de uitruil tussen HV en PV is een voorlopige uitspraak van de voorzieningenrechter bekend, waarvan hieronder een passage is weergegeven:

De voorzieningenrechter stelt vast dat de overheveling van de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ naar de Wmo tot gevolg heeft dat een uitruil tussen (niet gebruikelijke) persoonlijke verzorging (AWBZ) en (gebruikelijke) huishoudelijke zorg (Wmo) niet meer tot de mogelijkheden behoort. Bij de behandeling van het wetsvoorstel Wmo is dit punt ook onderwerp van de beraadslagingen in de Tweede en Eerste Kamer geweest, maar de op dit punt voorziene problemen hebben niet geleid tot een aanpassing van de wet (zie onder meer de brief van de staatssecretaris over de voortgang van de implementatie van de Wmo van 18 oktober 2006, Kamerstuk 2006-2007, 30131, nr. 111, Tweede Kamer). Van een onvoorzien effect van invoering van de Wmo is dan ook geen sprake. De omstandigheid dat de zoon wel de persoonlijke verzorging aan zijn moeder wil blijven bieden betekent derhalve niet dat verweerder gehouden is in ruil daarvoor huishoudelijke hulp toe te kennen.²

Conclusie

De Wmo richtlijn zegt dat de gemeente in situaties waarin voorheen uitruil werd toegepast, niet gehouden is om HH te indiceren indien een huisgenoot in ruil hiervoor kosteloos AWBZ-ervangende mantelzorg (meestal PV) biedt. Ook de uitspraak van de voorzieningrechter wijst in deze richting.

Dat neemt niet weg dat sommige cliënten het ontvangen van persoonlijke verzorging - in tegenstelling tot het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden - ervaren als iets dat zeer diep ingrijpt in hun persoonlijke levenssfeer. De vraag is of en zo ja, op welke wijze hiervoor een oplossing gecreëerd kan worden. Er is in elk geval van één gemeente bekend dat zij in de indicatie meewegen of persoonlijke verzorging wordt geleverd door de huisgenoot die geacht wordt gebruikelijke zorg te leveren.

¹ Schriftelijke vragenronde actieplan AWBZ "Naar eenvoud in uitvoering", brief aan de Tweede Kamer, kenmerk MC-CB-U-2805232, 16 januari 2008.

² Rechterlijke uitspraak, LJ-nr. BD0869. Bron: www.rechtspraak.nl/ljn.asp?ljn=BD0869. De gemeente werd dus in het gelijk gesteld, maar diende haar beslissing wel te heroverwegen omdat de weigering voor mevrouw niet te voorzien was.

3.4 Casus 3: HH1 in complexe gezinssituatie

Beschrijving situatie

De casus betreft een klacht ingediend door de moeder van mevrouw (31 jaar). Mevrouw is geboren met een open gehemelte. Zij heeft een dwarslaesie en zit in een rolstoel. Zij kan haar armen en handen wel gebruiken, maar vanwege scoliose zijn haar armen erg kort en de spieren eveneens. Ook zijn haar handen misvormd. Ze maakt gebruik van een robotarm en een hulphond. Haar fysieke toestand is redelijk stabiel, maar gaat wel langzaam achteruit.

Mevrouw heeft tevens een slecht werkend geheugen: zij heeft veel moeite dingen te onthouden en kan moeilijk verschillende handelingen tegelijk uitvoeren. Het is niet bekend waar dit vandaan komt. Daarnaast is zij slechthorend (aan beide oren een hoorapparaat) en volledig incontinent. Communiceren met mevrouw is moeilijk: door de gehoorstoornis hoort zij geen intonatie in een stem, en hoort ook niet hoe zij zelf dingen zegt. Hierdoor ontstaan snel misverstanden.

Mevrouw heeft vanuit de AWBZ een PGB voor PV (klasse 8), VP (klasse 6) en OB (8 uur per week)

Mevrouw woont samen met haar partner. Lichamelijk heeft deze partner diverse problemen. Meneer heeft scoliose, wat zich bij hem uit in rugklachten. De fysiotherapeut van meneer adviseert vanwege zijn rugproblemen om niet langer dan 15 minuten te staan/lopen, en dan een rustperiode in te lassen. Daarnaast heeft meneer last van spasmen. De ernst (en pijnlijke) hiervan verschilt; soms betreft het alleen de handen, maar in erge gevallen trekt het hele lichaam samen. Hij is onder behandeling bij een revalidatiearts. Meneer heeft verder last van allergische verschijnselen in zijn ogen bij stof en chloor, vanwege een operatie aan zijn ogen.

Meneer ondervindt op geestelijk vlak problemen door 'chronische structuurloosheid' (door een psycholoog vastgesteld). Dit houdt in dat hij de consequenties van zijn handelen niet overziet en niet de discipline heeft om zichzelf te verzorgen. Als hij niet aangestuurd wordt, gaat hij niet onder de douche, scheert zich niet, poetst zijn tanden niet, vergeet te eten, etc.

Meneer is werkzaam bij een sociale werkplaats. Hoewel hij hier veel voldoening uithaalt, kost het hem zeer veel energie om dit goed te doen.

Meneer heeft vanuit de AWBZ een PGB voor OB (klasse 2), AB (klasse 2) en PV (klasse 2).

De zorg voor meneer en mevrouw wordt geleverd door een vast team van 7 à 8 particuliere zorgverleners. De moeder van mevrouw maakt hier ook onderdeel van uit. De zorgverleners combineren verschillende zorgfuncties en kunnen alle zorgfuncties leveren indien nodig. Voorbeeld: als mevrouw onder de douche gezet is, wordt snel even een was in de machine gedaan. Er is dus geen strikte afbakening in uren per zorgfunctie.

Het huis heeft twee verdiepingen, en bestaat uit een keuken, woonkamer, badkamer, 4 (slaap)kamers, een extra badkamer (gebruikt als witgoedkamer), een schuur en een tuin. De woning is aangepast en is door de gemeente aan mevrouw toegewezen.

In het verleden gestelde indicaties

Vanuit de AWBZ had mevrouw recht op 16 uur HV3¹. Zij heeft altijd deze indicatie gehad. Er is voor HV3 gekozen omdat aansturing en organisatie van het huishouden erg belangrijk is. Door de mentale beperkingen van zowel mevrouw als partner zijn zij beiden niet in staat tot aansturing van de hulp en structureren van het huishouden. Vanuit de 16 uur kon eigenlijk alle huishoudelijke hulp/ondersteuning worden geboden: coördinatie van het huishouden (bellen van instanties zoals apotheek e.d.), assisteren bij de maaltijdbereiding, in de gaten houden van de huishoudelijke planning, begeleiding van het zelfstandig boodschappen doen, etc. Ondanks de beperking van mevrouw is zij tot diverse activiteiten in staat, maar alleen met assistentie. Het is belangrijk voor de eigenwaarde van mevrouw om mee te helpen. De 16 uur HV3 bood deze mogelijkheden.

¹ Volgens één van de CIZ-medewerkers die deelnamen aan het groepsgesprek, bestond HV3 als zodanig niet vóór de invoering van de Wmo. De cliënt heeft het echter zo weergegeven.

Herindicatie in het kader van de Wmo

Voor de herindicatie in het kader van de Wmo is iemand bij mevrouw en meneer thuis geweest. In totaal hebben twee bezoeken plaatsgevonden: één door een ergotherapeut en één door een arts. Beide hebben ruim de tijd genomen voor het stellen van vragen. Volgens de moeder is de situatie, ondanks dit lange gesprek, niet goed in beeld gebracht. Dat wil zeggen, dat alle afzonderlijke aspecten zijn bevraagd (kunt u A, kunt u B, etc.) maar dat geen aandacht is besteed aan de 'samenhang'. De partner kan diverse taken in het huishouden vervullen, maar hij kan dit niet zonder aansturing en kan niet zelf de regie voeren over deze activiteiten. Bovendien is hij na de sociale werkplaats doorgaans zo moe dat hij eerst moet slapen.

De gemeente heeft besloten om 9 uur HH1 toe te kennen. Dit is om het zware huishoudelijke werk te doen, waar de partner vanwege zijn rugklachten (scoliose) niet toe in staat is. Alle lichte werkzaamheden zouden wel door de partner moeten worden uitgevoerd (gebruikelijke zorg). De gemeente geeft aan dat er geen ruimte meer is voor toezicht, structurering van het huishouden en ondersteuning van huishoudelijke werkzaamheden: indien deze nodig zijn, moeten deze vanuit de AWBZ geleverd worden. Ook zou gebruik gemaakt moeten worden van Tafeltje Dekje, zodat meneer en mevrouw niet meer zelf de maaltijd hoeven te bereiden. Dit zou volgens de moeder van mevrouw echter juist de afhankelijkheid vergroten en de participatie verkleinen.

Hoorzitting

De moeder heeft namens de dochter een bezwaar ingediend en er heeft een hoorzitting plaatsgevonden. Dit is in principe goed verlopen: de aanwezigen namen de tijd om het verhaal aan te horen, en mevrouw had de indruk dat ze 'tot de commissie doordrong'. Uiteindelijk is het bezwaarschrift ongegrond verklaard en de gestelde indicatie gehandhaafd.

Beleid gemeente

De betreffende gemeente geeft aan dat zij zowel HH1, HH2 als HH3 kunnen indiceren. HH1 beperkt zich tot het overnemen van schoonmaakwerkzaamheden, HH2 biedt daarbij nog extra ondersteuning op het gebied van organisatie van het huishouden. Dit wordt geïndiceerd als blijkt dat een cliënt hier door bijvoorbeeld door cognitieve of psychiatrische problematiek niet toe in staat is. HH3 wordt uitsluitend tijdelijk ingezet (maximaal 3 maanden met eventueel een verlenging) in situaties waarin het huishouden ontregeld is en/of door kortdurende instructie of advies huishoudelijke vaardigheden aangeleerd kunnen worden.

Wanneer er een volwassen huisgenoot in het cliëntsysteem aanwezig is die mogelijk gebruikelijke zorg kan leveren, wordt in alle gevallen een gesprek met deze huisgenoot gevoerd (telefonisch dan wel persoonlijk) om na te gaan wat de gezondheidssituatie (fysiek/mentaal) en belastbaarheid van deze persoon is. Als het een nieuwe cliënt betreft, stuurt het indicatieorgaan doorgaans een medisch adviseur op huisbezoek om de situatie in kaart te brengen.

De gemeente geeft desgevraagd aan dat zij in gevallen waarin ondersteuning bij de organisatie van het huishouden benodigd is en er vanuit de AWBZ tevens OB aanwezig is, toch altijd HH2 indiceren. Dit omdat de ondersteuning die vanuit de AWBZ geleverd wordt, breder is en zich niet specifiek op het huishouden richt.

In deze casus zit er een discrepantie tussen de weergave van het gemeentelijke beleid door de moeder enerzijds en door de gemeente anderzijds. Volgens de gemeente indiceren zij nooit HH1 indien een cliënt niet in staat is tot aansturing, mag van een partner geen gebruikelijke zorg geëist worden indien hij cognitief of psychisch beperkt is en wordt altijd HH2 geïndiceerd als ondersteuning nodig is, ook als er OB in het cliëntsysteem wordt ingezet. Volgens de moeder heeft de gemeente HH1 geïndiceerd in een situatie waarin beide

bewoners niet in staat zijn tot aansturing van het huishouden, wordt de partner geacht gebruikelijke zorg te leveren terwijl hij hiertoe niet (zelfstandig) in staat is en verwijst de gemeente naar de AWBZ voor ondersteuning bij en structurering van het huishouden. In het groepsgesprek zijn we uitgegaan van de weergave van de cliënt (met de gemeente is pas later gesproken) en zijn we meer algemeen ingegaan op de inzet van HH1 in dergelijke complexe situaties.

Discussie groepsgesprekken

- *In welke gevallen werd in het verleden door het CIZ structureel HH3 ingezet? Zouden gemeentes dat in dit soort gevallen ook moeten doen?*

Het CIZ geeft aan dat HH3 als zodanig onder de AWBZ niet bestond, maar dat er wel gedifferentieerd kon worden in het niveau van de in te zetten zorgverlener: 'vijf jaar geleden hadden we in een dergelijke situatie een verzorgende C ingezet'. Eén van de zorgaanbieders geeft aan dat slechts enkele gemeenten in zijn werkgebied HH3 als categorie onderscheiden. Het gaat dan om complexe situaties waarin sprake is van psychosociale problematiek en waarbij de nadruk ligt op observatie, advies en instructie met betrekking tot huishoudelijke werkzaamheden.

In veel gemeenten valt dit nu onder HH2, waardoor er in principe eenzelfde categorie hulpverlener ingezet wordt als de 'echte' HH2 (iemand is niet in staat zelf aan te geven wanneer wat moet gebeuren). Daarbij komt dat voor het verlenen van HH2 nu doorgaans een thuis-hulp A ingezet wordt, terwijl dit voorheen een verzorgende B was. Verzorgenden B en C worden, aldus de aanwezige zorgaanbieders, uitsluitend nog ingezet voor AWBZ-zorg omdat ze voor de geldende Wmo-tarieven te duur zijn. Echter, in de ogen van de zorgaanbieder zou de kennis en expertise van een verzorgende B of C juist in dit soort complexe situaties een duidelijke meerwaarde kunnen hebben. Een plotselinge sterke teruggang in het functieniveau van de zorgverlener kan consequenties hebben voor de situatie van de cliënt. Een mogelijke oplossing die de aanwezigen aandragen, is een grotere differentiatie in de productomschrijvingen die gemeenten hanteren, zodat zorgverleners in staat worden gesteld om maatwerk te leveren. Daarbij is het een noodzakelijke voorwaarde om ook de tarieven hierop aan te passen. 'Als je voldoende geld beschikbaar stelt, kun je een excellente hulp inschakelen'.

- *Mag van iemand die uitsluitend met assistentie en begeleiding in staat is om (huishoudelijke) taken uit te voeren, gebruikelijke zorg geëist worden (zonder deze ondersteuning te indiceren)?*

De deelnemers aan het groepsgesprek zijn hierover zeer duidelijk: in dit soort gevallen mag geen gebruikelijke zorg gevraagd worden. De partner is immers niet zonder beperkingen. Als deze partner alleen zou wonen, zou hij op basis van zijn beperkingen waarschijnlijk ook HH geïndiceerd krijgen.

- *Indien de OB primair betrekking heeft op andere levensterreinen (zoals protocollair is voorgeschreven) en de HV de ondersteunende taken gericht op het huishouden zou moeten bevatten, mag de gemeente dan HH1 indiceren en mensen verwijzen naar OB voor ondersteuning hierbij? Hoe ligt de afbakening tussen Wmo en AWBZ op dit punt?*

Het is in de praktijk schier onmogelijk (en in elk geval onwenselijk) om de daadwerkelijke schoonmaakwerkzaamheden te scheiden van de ondersteunende taken. Dit leidt ertoe dat verzorgenden vanuit de AWBZ tegelijk met de huishoudelijke hulp vanuit de Wmo aanwezig

dienen te zijn in een gezin om de benodigde hulp effectief te kunnen leveren. Het spreekt voor zich dat dit zeer lastig te organiseren is, zeker in geval van ziekte e.d.

Het is dus zeer belangrijk om in de levering van de zorg zoveel mogelijk de 'pakketgedachte' te handhaven: alleen in onderlinge samenhang kunnen taken en (zorg)functies resultaat boeken.

Volgens één van de zorgaanbieders is het belangrijk dat gemeenten bij het bepalen van de 'zorgzwaarte' niet alleen uitgaan van de taken die uitgevoerd moeten worden, maar ook rekening houden met de omstandigheden waarin dit werk gedaan moet worden. Is er bijvoorbeeld een dementerende cliënt die veel aandacht vraagt, zal de hulpverlener hier iets mee moeten doen.

In de praktijk blijkt de scheidslijn tussen HH en OB onvoldoende duidelijk. De aanwezigen signaleren een trend dat in complexe gezinssituaties zowel vanuit huishoudelijke hulp (Wmo) als vanuit de ondersteunende begeleiding (AWBZ) minder ondersteuning beschikbaar wordt gesteld. Daarbij wordt niet ontkend dat de ondersteuning nodig is; het zou echter niet vanuit het betreffende wettelijke kader bekostigd mogen worden. Volgens de aanwezigen heeft dergelijke ondersteuning een belangrijke preventieve functie. Dit weghalen - zonder dat uitzicht is op een vergelijkbaar alternatief - vergroot het risico op escalatie van de problematiek in het gezin naar complexere niveaus, waardoor het noodzakelijk wordt om bijvoorbeeld jeugdzorg in te zetten.

- *Zouden gemeenten de aanwezigheid van een verstandelijke handicap als contra-indicatie op moeten nemen voor het indiceren van HH?*

Zowel de zorgaanbieders als de indicatiestellers zien de voordelen in van een dergelijke contra-indicatie. Ook de aanwezigheid van andere typen aandoeningen/beperkingen zouden als contra-indicaties opgenomen kunnen worden. Echter, uitzonderingen zouden mogelijk moeten zijn voor gevallen waarin continu (ervaren) begeleiding aanwezig is (bijvoorbeeld in het geval van Thomashuizen) waardoor de alfahulp 'ongestoord' schoonmaakwerkzaamheden kan verrichten.

- *Mag het tot de verantwoordelijkheid van de gemeente gerekend worden om in onderlinge afstemming met CIZ te komen tot een verantwoord pakket van HH en overige zorgfuncties, waarbij het streven is om cliënten geen nadeel te laten ondervinden van de financiële scheiding van HH en overige zorgfuncties?*

Dergelijke situaties moeten allereerst integraal onderzocht worden door de gemeente. Complexe situaties zouden naar het oordeel van de aanwezigen het beste geïndiceerd kunnen worden door medewerkers met voldoende 'bagage' om deze gevallen goed in te schatten en in kaart te brengen. Een differentiatie in indicatiepersoneel (en een goede screening en toewijzing van binnenkomende aanvragen) kan hiervoor een oplossing bieden. Ook kan gedacht worden aan multidisciplinair casuïstiekoverleg.

Indien uiteindelijk zorg wordt toegekend, ontstaat bij complexe gevallen behoefte aan regievoering c.q. casemanagement. Bij deze casus (en andere complexe gevallen) is het een belangrijke vraag wiens verantwoordelijkheid het is om deze regie te voeren en de zorg te organiseren. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de regiefunctie/ketenmanagement bij zorgverlening vanuit diverse wettelijke kaders (Wmo, AWBZ, WJZ) eigenlijk alleen goed geregeld is wanneer deze primair gericht is op de jeugdige(n) in het gezin. Voor ouderen en volwassenen is hier nog een verbeterslag nodig.

Ook bij HH2 en OB is de verantwoordelijkheidsverdeling op het punt van regie een grijs gebied. Gemeenten zijn volgens de respondenten steeds beter in staat partijen in het welzijns- c.q. vrijwilligersdomein bij elkaar te brengen (wijk, wonen, kerk). De stap die nu gemaakt moet worden is dat gemeenten ook het ketenmanagement voor professionele (geïndiceerde) zorg op zich nemen of organiseren.

Conclusie

Uit het groeps gesprek komt naar voren dat niet alleen de categorie hulp (HH1/HH2/HH3) die geïndiceerd is, maar vooral ook het (functie)niveau van de individuele zorgverlener die de hulp levert, bepaalt in hoeverre de geboden hulp adequaat is in een bepaalde situatie. Gemeenten kunnen meer differentiatie in de inzet van personeel mogelijk maken door een grotere differentiatie in tarieven (waarbij een hogere bovengrens gehanteerd zou moeten worden om de inzet van verzorgenden B of C mogelijk te maken).

Gemeenten kunnen duidelijke contra-indicaties hanteren voor het inzetten van HH1, zoals de aanwezigheid van een verstandelijke of psychiatrische beperking. Hiermee kan een (te) grote nadruk op de fysieke capaciteiten van een cliënt bij het afgeven van een indicatie vermeden worden.

Als ondersteuning bij huishoudelijke werkzaamheden mogelijk is, dient deze altijd vanuit de Wmo geleverd en bekostigd te worden. Het is praktisch gezien niet te realiseren (en onwenselijk) om de vanuit de AWBZ geleverde ondersteuning in te zetten voor het 'opplussen' van de HH1 (alfahulp).

Indien uiteindelijk zorg wordt toegekend, ontstaat bij complexe gevallen behoefte aan regievoering c.q. casemanagement. Bij deze casus (en andere complexe gevallen) is het een belangrijke vraag wiens verantwoordelijkheid het is om deze regie te voeren en de zorg te organiseren. Gemeenten zijn volgens de deelnemers steeds beter in staat partijen in het welzijns- c.q. vrijwilligersdomein bij elkaar te brengen. De stap die nu gemaakt moet worden is dat gemeenten ook het ketenmanagement voor professionele (geïndiceerde) zorg op zich nemen of organiseren.

3.5 Casus 4: PV als voorliggende voorziening / toereikendheid van het PGB

Beschrijving situatie

De casus betreft een alleenstaande volwassen vrouw, zonder kinderen. Mevrouw heeft diverse fysieke beperkingen: ze heeft problemen met haar rug- en nekspieren en schouders. Hierdoor is ze vaak duizelig. Mevrouw heeft tevens weke delen reuma en astma. Na een rugoperatie heeft ze reflex dystrofie ontwikkeld. De dystrofie veroorzaakt trillen en spierschokken. Mevrouw is voor de dystrofie in behandeling bij een specialist in het Leids Universitair Medisch Centrum. Tevens gebruikt ze medicatie (die ook bij de ziekte van Parkinson worden voorgeschreven). Het is niet te verwachten dat haar medische toestand zal verbeteren. Training werkt averechts, de spieren dienen juist niet teveel belast worden.

Door de problemen met het bewegingsapparaat kan mevrouw zeer weinig huishoudelijke taken zelf uitvoeren. Zij kan niets tillen of dragen; het enige wat zij zelf kan doen is haar boterham smeren. Mevrouw kan uitsluitend met assistentie boodschappen doen, en alleen als er thuis een hulpverlener aanwezig is om de boodschappen op te ruimen. Mevrouw zit sinds 1993 in de WAO (WIA), en ligt 20 uur per dag op bed.

De dystrofie zorgt ook voor mentale problemen: het automatisme in het handelen van mevrouw is aangetast. Mevrouw vergeet hoe alledaagse handelingen moeten worden uitgevoerd, waardoor ze – ook bij routinematige handelingen - steeds opnieuw moet nadenken. Ook weet zij niet meer of ze een handeling al heeft uitgevoerd. Tevens komt mevrouw vaak moeilijk uit haar woorden.

Mevrouw ontvangt uit de AWBZ persoonlijke verzorging. Via MEE heeft ze een vrijwilliger die met enige regelmaat mee helpt koken en de diepvries vult, evenals een vrijwilliger die helpt bij de administratie van het PGB voor HH. Er is geen mantelzorger in het cliëntsysteem aanwezig. Mevrouw woont in een appartement (woonkamer met open keuken, 2 slaapkamers). Het is een zelfstandige woning.

In het verleden gestelde indicaties

Tot 1 januari 2008 had mevrouw een indicatie voor 6,9 uur HV1 per week vanuit de AWBZ. Deze indicatie is drie jaar geleden door het CIZ gesteld.

Herindicatie in het kader van de Wmo

De eerste herindicatie is in december 2007 telefonisch door het CIZ gesteld, in opdracht van de gemeente. Het CIZ vroeg of de situatie van mevrouw was veranderd. Dit was niet het geval. Het CIZ adviseerde op basis hiervan aan de gemeente om 4,5-6,9 uur per week HH1 toe te kennen. De gemeente heeft dit vertaald naar een PGB voor 4,5 uur per week. Volgens mevrouw hanteert de gemeente standaard de ondergrens van de klasse bij de berekening van de hoogte van het PGB.

Mevrouw koopt met haar PGB huishoudelijke hulp in bij een (bekende) particuliere zorgverlener. Echter, door de gestelde indicatie én het laag vastgestelde PGB-uurtarief heeft zij onvoldoende middelen om voldoende kwalitatief goede hulp in te kopen. Gevraagd naar de mogelijkheid om de geïndiceerde hoeveelheid uren in natura af te nemen, zegt mevrouw dat dit voor haar geen optie is. Ten eerste wil zij zelf kunnen bepalen wanneer de hulp geleverd wordt omdat dit op haar (nauw luisterende) dagschema moet aansluiten. Ten tweede wil mevrouw zelf bepalen wie de hulp levert. De gecontracteerde aanbieders leveren HH1 die volgens mevrouw van onvoldoende kwaliteit is. Ook zou mevrouw dan zelf iedere keer de hulp moeten vertellen welke taken er gedaan moeten worden en op welke manier. Mevrouw heeft hiervoor niet de benodigde energie en concentratie.

Hoorzitting

Mevrouw heeft bezwaar aangetekend tegen de beslissing van de gemeente. Uiteindelijk heeft er een rechtszaak plaatsgevonden. De gemeente stelde hierin dat de herindicatie juist was uitgevoerd omdat het indicatieprotocol en de vastgestelde gemeentelijke normtijden zijn gevolgd. De rechter oordeelde echter dat de gemeente over een hardheidsclausule dient te beschikken waarmee gemotiveerd afgeweken kan worden van de regels, en dat de gemeente naast het hanteren van de regels ook dient te kijken naar de situatie van de cliënt. Een cliënt die 20 uur per dag op bed ligt kan niet voldoende hebben aan 4,5 uur hulp per week, aldus de rechter. De rechter heeft geoordeeld dat de gemeente een nieuwe indicatie dient te stellen waarin het advies van een arts (d.m.v. een huisbezoek) betrokken wordt.

Het huisbezoek door een arts heeft niet plaatsgevonden. Wel is een indicatiesteller bij mevrouw thuis geweest voor het stellen van een nieuwe herindicatie. De nieuwe indicatie is uitgekomen op 5,5 uur per week HH1. De indicatie bestaat uit 3,5 uur hulp op basis van de woning van mevrouw + 1 uur per week voor de extra wassen die gedraaid moet worden met beddengoed omdat mevrouw veel op bed ligt + 1 uur per week om extra te stofzuigen i.v.m. astma. De gemeente heeft niet beargumenteerd waarom bij de tweede herindicatie één uur per week meer is geïndiceerd.

De gemeente heeft mevrouw aangeraden om meer uren persoonlijke verzorging bij het CIZ aan te vragen. De redenering is dat als mevrouw zelf minder tijd en energie hoeft te besteden aan haar persoonlijke verzorging, zij meer tijd en energie overhoudt voor het huishouden. Mevrouw wil dit echter niet: het is voor haar belangrijker om zichzelf te kunnen wassen en aankleden dan om zelf haar huishouden te kunnen doen.

Hoewel mevrouw de huidige indicatie van 5,5 uur HH1 nog altijd onvoldoende acht om het huis voldoende schoon te houden, heeft zij besloten om niet opnieuw een bezwaar in te dienen (noch over het aantal uren hulp dat bij de tweede herindicatie is geïndiceerd, noch over het feit dat ze niet gezien is door een arts zoals de rechter had opgedragen). Het ondernemen van verdere stappen kost mevrouw teveel energie.

3.5.1 Toereikendheid van het PGB

Discussie groepsgesprekken

- *Wordt bij het vaststellen van de hoogte van het PGB bij een indicatie in klasse uitgekeerd op basis van de ondergrens, het gemiddelde of de bovengrens van het PGB?*

Gemeenten lijken de hoogte van het uit te keren PGB op diverse manieren vast te stellen: ondergrens, midden, en bovenkant van de klasse¹. Welke keuze ook gemaakt wordt, er ontstaat binnen een klasse altijd ongelijkheid tussen PGB-cliënten. De meeste aanwezigen zouden het dan ook logisch (en praktisch) vinden als gemeenten de klassen in de indicatiestelling loslaten, en de geïndiceerde zorg afronden op halve (of zelfs hele) uren. Dit voorkomt problemen bij het uitkeren van een PGB: men kan het uurtarief dan simpelweg vermenigvuldigen met het aantal geïndiceerde uren.

- *Dient de gemeente te toetsten in hoeverre het gestelde PGB-uurtarief een vergelijkbaar alternatief is voor ZIN? Zo ja, hoe? En wat is een vergelijkbaar alternatief?*

Wettelijk moet het PGB 'vergelijkbaar' zijn aan de verstrekking in natura. Het budget moet niet alleen toereikend zijn voor salariskosten, maar ook voor alle kosten die daar nog bovenop komen (zoals verzekeringen, reiskosten, vakantiegeld, etc.). In de praktijk blijkt het vaak niet mogelijk voor mensen om de geïndiceerde zorg bij een (particuliere) zorgaanbieder in te kopen met het door de gemeente verstrekte PGB. Dit kan voorkómen worden als gemeenten toetsen of het door hen verstrekte PGB een reëel alternatief is voor zorg in natura. Dit kan bijvoorbeeld door een marktonderzoek in de regio uit te voeren onder zorgaanbieders.

Sommige gemeenten zien het PGB echter vooral als een middel om een bekende te betalen voor het leveren van zorg. Omdat daarbij geen marktconforme tarieven gehanteerd hoeven te worden, ligt een vanuit dat perspectief 'vergelijkbaar' PGB waarschijnlijk lager dan wanneer een cliënt geacht wordt ook zorg bij instellingen in te kunnen kopen.

De algemene opinie in de gesprekken is dat een gemeente niet hoeft te waarborgen dat iemand met het PGB op eigen voorwaarden zorg kan inkopen bij een zorgaanbieder die door de gemeente gecontracteerd is: het zelf kunnen waarborgen van de kwaliteit is onderdeel van het beheren van een PGB.

- *Is er een 'bodemprijs' vast te stellen voor het PGB voor HH?*

De bij het groepsgesprek aanwezige gemeente heeft naar aanleiding van marktonderzoek in de regio besloten om de tarieven te verhogen naar 16,50 euro per uur omdat bleek dat 11,50 euro per uur te laag was.

Eén van de aanwezige zorgaanbieders merkt op dat de relativering van PGB-tarieven aan de uurtarieven van gecontracteerde aanbieders tot gevolg heeft dat bij iedere aanbestedingsronde de PGB-tarieven wijzigen, terwijl er aan de situatie van de cliënt zelf niets veranderd is. Hij pleit er daarom voor om een 'bodemprijs' vast te stellen, gebaseerd op het (bruto) minimum uurloon plus eventuele kosten die voor rekening van de zorginstelling komen.

¹ De gemeente van deze casus is ondanks herhaaldelijke pogingen niet bereikt.

Conclusie

Uit de groepsgesprekken komt naar voren dat het indiceren in klassen voor PGB-cliënten tot ongelijkheid tussen cliënten kan leiden. Cliënten met een indicatie aan de bovenkant van de klasse krijgen immers evenveel PGB als cliënten aan de onderkant van de klasse. Een oplossing kan, aldus de zorgaanbieder, zijn dat de gemeente het geldende uurtarief vermenigvuldigt met het aantal geïndiceerde uren en de klassen loslaat. Overigens wordt ook in de nieuwe modelverordening die opgesteld is door de VNG het indiceren in klassen losgelaten.

Alle aanwezigen menen dat een gemeente moet toetsen in hoeverre een cliënt met het gehanteerde PGB-tarief de benodigde hoeveelheid zorg kan inkopen. Uit de praktijk blijkt dat een uurtarief onder de 12 euro in veel gevallen niet voldoende is om de geïndiceerde hulp in te kopen. Maar voor 16,50 euro, zoals de deelnemende gemeente hanteert, kan waarschijnlijk evenmin overal de gewenste hulp worden ingekocht. De vraag welk PGB-uurtarief vergelijkbaar is met zorg in natura, is niet eenvoudig te beantwoorden. Dit heeft vooral te maken met de breedte van het begrip zorg in natura. Hieronder valt zowel zorg die door een mantelzorger geleverd wordt als zorg die door een instelling geleverd wordt. Er kunnen echter duidelijke verschillen in prijs zijn. Gemeenten zullen zelf in hun beleidskader moeten vastleggen wat zij onder 'vergelijkbaar aan de zorg in natura' verstaan. Vervolgens kan middels bijvoorbeeld marktonderzoek vastgesteld worden welk uurtarief voor cliënten voldoende mogelijkheden biedt om de vergelijkbare zorg in te kopen.

3.5.2 Persoonlijke verzorging (AWBZ) als wettelijk voorliggende voorziening

Artikel 2 van de Wmo vermeldt het volgende: 'Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat'. Daaruit volgt dat indien een cliënt een aanspraak heeft op een voorziening uit de AWBZ, deze voorziening voorliggend is.

Discussie groepsgesprekken

- *Mag persoonlijke verzorging (AWBZ) door de gemeente worden aangewezen als voorziening die voorliggend is op huishoudelijke hulp (Wmo)?*

Volgens de respondenten in het groepsgesprek hanteren veel gemeenten het uitgangspunt dat persoonlijke verzorging als voorziening voorliggend is aan huishoudelijke hulp. Dit betekent dat in gevallen waarin sprake is van (dreigende) overbelasting van de mantelzorger door het zelf verlenen van PV (al dan niet geïndiceerd), door de gemeente in eerste instantie geen HH wordt geïndiceerd. Men vraagt de cliënt eerst PV te laten indiceren en/of zijn indicatie voor PV te verzilveren. Hiermee wordt de mantelzorger ontlast, zodat deze het huishouden kan doen. Ook de bij het groepsgesprek aanwezige gemeente zegt dit uitgangspunt te hanteren: zonder een indicatie voor PV kan men geen aanspraak maken op HH ter ontlasting van de overbelaste mantelzorger. Immers: de AWBZ is voorliggend op de Wmo. Een deel van de aanwezigen ziet dit als een onwenselijke situatie. Persoonlijke verzorging is zeer belangrijk voor de menselijke waardigheid en grijpt diep in de persoonlijke levenssfeer in. Een aantal aanwezigen vindt het dan ook moreel onaanvaardbaar om de cliënt in

deze casus te vragen zich te laten wassen en aankleden, waardoor zij in staat wordt gesteld zelf huishoudelijke taken uit te voeren.

Rechterlijke uitspraak

Er is een uitspraak van een rechtbank bekend. In de betreffende zaak werd de overbelasting van de mantelzorger (in dit geval partner) door de gemeente als niet-relevant voor de indicatiestelling beschouwd aangezien eventuele overbelasting voorkomen kon worden door de AWBZ-geïndiceerde zorg (in dit geval PV) te laten vervullen door een derde. Deze AWBZ-geïndiceerde zorg zou, aldus de gemeente, voorliggend zijn op huishoudelijke hulp. Hieronder zijn enkele passages van de uitspraak weergegeven:

De rechtbank stelt op grond van de gedingstukken en het verhandelde ter zitting vast dat de echtgenoot van eiseres als een mantelzorger als bedoeld in art. 1 aanhef onder b Wmo kan worden aangemerkt. Hij verzorgt eiseres al jarenlang 24 uur per dag. De aard van de ziekte van eiseres brengt met zich mee dat zij deze zorg zal blijven behoeven. Hiermee is sprake van langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden door een persoon uit de directe omgeving van eiseres, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt. Het feit dat de verleende zorg (deels) AWBZ-geïndiceerde zorg betreft waarvoor eiseres een persoonsgebonden budget (PGB) ontvangt, maakt dit niet anders. De rechtbank vermag niet in te zien dat dit aspect, zoals verweerder betoogt, afdoet aan het vrijwillige karakter van de zorg. (...)

De rechtbank stelt verder vast dat het CIZ niet heeft onderzocht of sprake is van overbelasting bij de echtgenoot van eiseres. Het betoog van verweerder dat een dergelijk onderzoek niet nodig is, aangezien de echtgenoot van eiseres overbelasting kan voorkomen door de AWBZ-geïndiceerde zorg, waarvoor een PGB wordt verstrekt, te laten vervullen door een derde, treft geen doel. Daartoe overweegt de rechtbank dat één van de basisprincipes van de Wmo de cliëntsoevereiniteit is. Het is een vrije keus van eiseres om haar zorgbehoefte naar eigen inzichten in te vullen. Haar kan derhalve niet het recht worden ontzegd om de uitvoering van een PGB te laten verzorgen door haar echtgenoot. In het verlengde daarvan kan eiseres niet verplicht worden het haar toegekende PGB aan te wenden voor de inschakeling van professionele zorgverleners ter voorkoming van overbelasting bij haar echtgenoot. Verweerder moet derhalve de keuze van eiseres om haar zorg op een bepaalde wijze in te richten respecteren en mag haar niet tegenwerpen dat haar echtgenoot daardoor overbelast wordt. Verder neemt de rechtbank in aanmerking dat in de Beleidsregels en het Protocol Gebruikelijke zorg niet de voorwaarde is opgenomen dat de hulpbehoevende er eerst alles aan moet hebben gedaan om overbelasting van de huisgenoot of mantelzorger te voorkomen, alvorens er een onderzoeksplicht bestaat naar de (dreigende) overbelasting. De rechtbank kan verweerder evenmin volgen in zijn betoog dat de huishoudelijke hulp niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat sprake is van een voorliggende voorziening op grond van de AWBZ. Dat eiseres bij een grotere zorgbehoefte een hoger PGB zou kunnen aanvragen voor persoonlijke verzorging en verpleging of ondersteuning kan naar het oordeel van de rechtbank niet worden beschouwd als een voorliggende voorziening voor huishoudelijke hulp.¹

¹ Rechterlijke uitspraak, LJ-nr. BE9627. Bron: www.rechtspraak.nl/ljn.asp?ljn=BE9627

Een belangrijke opmerking hierbij is dat het een uitspraak betreft over een aanvraag voor HH waarbij de echtgenoot mantelzorger is. De gemeente heeft ten onrechte de overbelasting van de echtgenoot niet onderzocht. De uitspraak gaat dan ook niet alleen om de verhouding tussen HH en PV. Voor deze casus hebben we deze uitspraak aangehaald om te illustreren dat, in dit geval, de cliënt niet gedwongen kan worden om PV in te kopen bij een professionele zorgverlener om zo overbelasting bij haar echtgenoot te voorkomen, waardoor de echtgenoot gebruikelijke zorg ten aanzien van het huishouden zou kunnen leveren.

Conclusie

Volgens de respondenten in het groepsgesprek hanteren veel gemeenten het uitgangspunt dat persoonlijke verzorging als voorziening voorliggend is aan huishoudelijke hulp. In deze gemeenten kan men zonder (verzilvering van) een indicatie voor PV geen aanspraak maken op HH ter ontlasting van de overbelaste mantelzorger. Tevens wordt zowel uit het groepsgesprek als uit de casus duidelijk dat dit vanuit het oogpunt van de cliënt een onwenselijke situatie kan zijn – persoonlijke verzorging door zichzelf of een huisgenoot wordt door sommige cliënten als zeer waardevol ervaren.

Bovenstaande uitspraak duidt erop dat bij een aanvraag voor HH PV in elk geval niet in alle gevallen zonder meer als voorliggende voorziening beschouwd kan worden. Maar waar ligt dan de grens?

Indien er op basis van de betreffende problematiek al aanspraak op de AWBZ bestaat (er is dus al een indicatie aanwezig), is de AWBZ als voorliggende voorziening al 'gebruikt'. Blijft er desondanks behoefte bestaan aan hulp, dan kan men bij de gemeente terecht voor een aanvraag op grond van de Wmo.

Het doet daarbij, zoals de rechter ook aangeeft, in principe niet ter zake op welke wijze de cliënt zijn/haar indicatie verzilverd heeft. Als de cliënt gekozen heeft voor verzilvering van de indicatie door betaalde of onbetaalde mantelzorg vanuit de partner kan de gemeente hier - op basis van het principe van cliëntsoevereiniteit in de inrichting van de zorg - geen voorwaarden aan verbinden. In die gevallen waarin de mantelzorger door de zwaarte van de problematiek van de cliënt overbelast is geraakt en niet in staat is om de huishoudelijke taken naar behoren te vervullen, is de gemeente gehouden om de cliënt hiervoor te compenseren.

Op basis hiervan kan de conclusie worden getrokken dat persoonlijke verzorging niet in alle gevallen zonder meer als voorliggende voorziening voor huishoudelijke hulp beschouwd kan worden, ook al is de AWBZ in zijn algemeenheid voorliggend op de Wmo. In die situaties waarin al in AWBZ-zorg voorzien is en de mantelzorger toch nog overbelast raakt, kan ter ontlasting alleen nog hulp bij het huishouden geïndiceerd worden.

3.6 Casus 5: Strikte scheiding HH en OB

Beschrijving situatie

De cliënt is een man van 66 jaar met een verstandelijke handicap. De zorgverlener van meneer heeft een klacht ingediend. Volgens de zorgverlener van de cliënt is meneer 'zeer onaangepast'.

In het verleden gestelde indicaties

De cliënt had een indicatie van 3 uur HH2.

Herindicatie in het kader van de Wmo

De cliënt is geïndiceerd voor 3 uur HH1. Deze indicatie is onmogelijk voor meneer, aldus de zorgverlener. De motivatie van de gemeente is, volgens de zorgverlener, dat voor de cliënt ondersteunende begeleiding aangevraagd moet worden. Vanuit de AWBZ wordt echter geen huishoudelijke hulp geboden.

De betreffende gemeente heeft HH2 volgens de zorgaanbieder alleen gesteld voor tijdelijke situaties. Met zijn structurele behoefte aan een zwaardere vorm van huishoudelijke hulp valt deze cliënt tussen wal en schip, aldus de zorgverlener. Het bezwaar van de cliënt is afgewezen, waarbij dezelfde motivatie werd aangedragen door de gemeente: de cliënt dient ondersteunende begeleiding aan te vragen bij het CIZ.

Beleid gemeente

In de Wmo richtlijn Hulp bij het huishouden, opgesteld door het CIZ, is over het onderscheid tussen OB en HH het volgende vermeld: 'De begeleiding bij Hulp bij het huishouden is gericht op motiveren, aansturen, instrueren en zo nodig het overnemen van het huishouden. Ondersteunende Begeleiding (OB) is aan de orde wanneer er structurele regieproblemen zijn die zich uiten op meerdere gebieden van het dagelijks leven en de sociale redzaamheid in het algemeen in het geding is. Activerende Begeleiding (AB) is aangewezen als min of meer duurzame verbetering van het functioneren in het algemeen wordt beoogd. Leeftijd of het niet gewend zijn aan huishoudelijk werk kunnen invloed hebben op het vermogen van andere leden uit de leefeenheid om huishoudelijke taken over te nemen. Als dit noodzakelijk is door uitval van een van de leden kan aan de gezonde anderen een instructie worden gegeven voor het aanleren van vaardigheden op huishoudelijk gebied. Ook het trainen van huisgenoten om bepaalde huishoudelijke handelingen te verrichten of om te gaan met huishoudelijke hulpmiddelen valt als activiteit onder de Hulp bij het huishouden: instructie. Het gaat dan om een kortdurende indicatie voor beperkte tijd, waarin de noodzakelijke huishoudelijke vaardigheden worden aangeleerd'.¹ Hieruit volgt dat HH(2) gericht op instructie en trainen als kortdurende indicatie wordt verstrekt, maar dat motiveren en aansturen óók bij HH(2) horen en niet noodzakelijkerwijs voor beperkte tijd worden geïndiceerd.

Het CVZ heeft in het AWBZ-kompas over structureren van het huishouden het volgende opgenomen: 'Het (leren) structureren en organiseren van het huishouden is AWBZ-zorg als de verzekerde het huishouden zelf kan uitvoeren, maar daarbij ondersteuning nodig heeft. Als het huishouden moet worden overgenomen is de organisatie van het huishouden onderdeel van de Wmo'.²

¹ Centrum Indicatiestelling Zorg, Wmo richtlijn Indicatieadvisering voor Hulp bij het Huishouden versie 1.0 (december 2006), p. 6.

² Bron: http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/awbz-kompas/voorl_voorzieningen/wmo/index.asp

De gemeente waar het in deze casus om gaat, bevestigt desgevraagd het verhaal van de cliënt dat HH1 geïndiceerd kan worden met als taken schoonmaak (licht, gemiddeld, zwaar), boodschappen doen en maaltijden bereiden. HH2 kan uitsluitend op tijdelijke basis geïndiceerd worden, in situaties waarbij het (opnieuw) leren voeren van een huishouden, evenals coaching hierbij, centraal staat. Gedurende een aantal maanden wordt extra hulp geboden waarna de cliënt geacht wordt (de meeste) dingen zelf te doen. Dit wordt alleen geïndiceerd als er zicht is op verbetering en er sprake is van leerbaarheid.

Als er vraag is naar structurele ondersteuning bij het voeren van een huishouden verwijst de gemeente de cliënt door naar ondersteunende begeleiding vanuit de AWBZ. Er is derhalve sprake van een strikte scheiding tussen huishoudelijke taken en ondersteunende taken. De gemeente overweegt echter, vooruitlopend op de nieuwe aanbesteding, dit aan te gaan passen. Zij merken dat, mede door de vergrijzing, de zorgvraag zwaarder is en er wel degelijk behoefte is aan structureel zwaardere hulp met een ondersteunend aspect.

Discussie groeps gesprekken

- *Is het terecht dat gemeenten een strikte scheiding tussen huishoudelijke taken en ondersteunende taken toepassen? Komt dit in de praktijk vaker voor?*

Volgens de aanwezigen is zowel vanuit de Wmo als vanuit de AWBZ in de uitvoering sprake van een terugtrekkende beweging op het vlak van ondersteuning, waardoor gaten vallen in de hulpverlening. Volgens de aanwezigen zijn er veel gemeenten die een vrij strikte scheiding hanteren tussen huishoudelijke taken en ondersteunende taken. Gemeenten onderkennen weliswaar dat ondersteuning in het huishouden nodig is, maar zij stellen naar het oordeel van de deelnemende zorgaanbieders en indicatiestellers te gemakkelijk dat cliënten toe kunnen met HH1 indien OB geïndiceerd is (of kan worden). De OB zou dan de organisatie en structurering van het huishouden moeten waarborgen, waardoor de HH1 (alfahulp) in staat wordt gesteld om zich uitsluitend op huishoudelijke taken te richten.

OB is echter niet (primair) gericht op het voeren van een huishouden, maar wordt juist ingezet indien een cliënt in brede zin problemen ondervindt bij het zelf vormgeven van zijn leven. Ondersteuning gericht op huishoudelijke taken is dus niet hetzelfde als OB, en gemeenten kunnen de verantwoordelijkheid hiervoor niet zomaar op de AWBZ afschuiven. Bovendien blijken ondersteunende taken en huishoudelijke taken niet altijd eenvoudig te scheiden. Volgens de aanwezigen is het praktisch gezien nauwelijks te realiseren (en mogelijk duurder) om twee zorgverleners met verschillende taken op één moment in het huishouden aanwezig te laten zijn; zeker wanneer het twee verschillende organisaties betreft. Denk bijvoorbeeld alleen al aan situaties waarin de OB-verlener ziek is. Stelregel zou volgens de aanwezigen dan ook moeten zijn dat alle ondersteuning gericht op het huishouden vanuit de HH verzorgd dient te worden.

Gemeenten kunnen er, aldus de deelnemers, ook voor opteren om een deel HH2 en een deel HH1 te indiceren. Dit kan echter in de praktijk lastig te leveren zijn voor een zorgaanbieder. Een mogelijke oplossing hiervoor, zoals aangedragen door de aanwezige gemeente, is het toevoegen van een categorie tussen HH1 en HH2 in. Deze is met name bedoeld voor gevallen waarin de HH structureel noodzakelijk is en niet door een alfahulp geleverd kan worden. In dit geval is door de gemeente HH1a (alfahulp) en HH1b (thuishulp) onderscheiden. Hierdoor wordt het gat tussen HH1 en HH2 verkleind, en is een meer gedifferentieerd aanbod tot stand gekomen.

- *Ziet men, bijvoorbeeld in de nieuwe aanbestedingsronde, een tendens van verschuiving in de afbakening, definities en begrippen?*

De deelnemers stellen dat gemeenten over het algemeen hebben gestuurd op een grote inzet van HH1, maar dat hierin nu langzaam een verandering zichtbaar is. Gemeenten spelen beter in op de (soms complexe) problematiek en erkennen dat in sommige gevallen HH2 - ook structureel - noodzakelijk is. Dit heeft deels te maken met beter inzicht in de te besteden budgetten, maar deels ook door beter inzicht in de problematiek: indicatiestellers groeien in het vak, brengen nuances aan en vragen meer door. Ook de aanwezige CIZ medewerker signaleert dat zij door gemeenten weer vaker gevraagd worden om een onderzoek naar de inzet van HH2 uit te voeren.

Ook aan de kant van zorgaanbieders zijn veranderingen gaande: aanbieders zijn in 2007 met veel akkoord gegaan om continuïteit te bieden voor de organisatie en cliënten. De verwachting van de aanwezige zorgaanbieder is dat zij in de nieuwe aanbestedingsronde minder snel akkoord zullen gaan met voorwaarden of eisen die niet corresponderen met de eigen visie en ervaring.

Conclusie

Zowel uit de antwoorden van geraadpleegde respondenten als uit de Wmo richtlijn komt naar voren dat alle ondersteuning en structurering die primair gericht is op het huishouden, onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt. De wettekst van de Wmo spreekt weliswaar niet specifiek over ondersteunende taken, maar geeft wel aan dat de gemeente een voorziening moet treffen die iemand in staat stelt een huishouden te voeren en dat hierbij rekening gehouden moet worden met de behoeften van de aanvrager. Indien de behoefte van de aanvrager ook ondersteuning betreft, is de gemeente gehouden hiervoor te compenseren, mits er hiervoor geen aanspraak op de AWBZ gemaakt kan worden.

In het AWBZ-Kompas wordt het volgende onderscheid gemaakt wat betreft het structureren van het huishouden: 'Het (leren) structureren en organiseren van het huishouden is AWBZ-zorg als de verzekerde het huishouden zelf kan uitvoeren, maar daarbij ondersteuning nodig heeft. Als het huishouden moet worden overgenomen is de organisatie van het huishouden onderdeel van de Wmo'¹.

Uit de casussen blijkt dat er diverse gemeenten zijn die een vrij strikte scheiding tussen huishoudelijke en ondersteunende taken hanteren. Naar het oordeel van deze gemeenten dient alle ondersteuning vanuit de AWBZ geboden te worden. Met name cliënten met een psychische of verstandelijke problematiek dreigen hiermee tussen wal en schip te raken: het CIZ indiceert geen uren voor OB die specifiek op huishoudelijke taken gericht is en bovendien is het praktisch gezien niet doenlijk om de vanuit de AWBZ aanwezige ondersteuning (gelijktijdig) in te zetten voor het 'opplussen' van de HH1 (alfahulp). Daarnaast is het in veel gevallen nodig om zowel OB als HH in te zetten: de OB activeert mensen om zelf taken op te pakken, maar men kan niet verwachten dat hierdoor het hele huis hygiënisch schoon wordt. De HH is nodig om hier alsnog voor te zorgen. Het spreekt voor zich dat hierbij een zorgverlener gewenst is die geen aansturing vanuit de cliënt behoeft.

¹ Bron: www.cvz.nl

In het algemeen signaleren de aanwezigen dat gemeenten aanvankelijk hebben gestuurd op een grote inzet van HH1, maar dat men nu een kentering ziet. Gemeenten spelen beter in op de problematiek en erkennen dat in sommige gevallen HH2 (structureel) noodzakelijk is. Als oplossing voor het grote gat tussen HH1 en HH2 kunnen gemeenten ervoor kiezen om een tussencategorie in te voeren.

3.7 Casus 6: Ontregeld gezin

Beschrijving situatie

Mevrouw is 50 jaar en heeft 11 jaar geleden een beroerte gehad. Als gevolg hiervan is zij aan de rechterzijde verlamd geraakt. Met haar linkerarm en linkerbeen kan zij nog wel iets. Met enkel- en voetondersteuning (EVO) kan zij (zeer) korte afstanden lopen (max. 100 m). Door de beroerte lijdt zij aan afasie, en heeft zij heftige en onvoorspelbare stemmingswisselingen die zeer plotseling opkomen. In 'slechte' toestand gaat mevrouw op bed liggen en wil niemand spreken of zie

Mevrouw heeft één jaar lang lichamelijke revalidatietherapie genoten, en vijf jaar lang logopedie gehad. Toen er geen vooruitgang meer waarneembaar was, is besloten hiermee te stoppen. Mevrouw gaat ieder kwartaal voor controle naar een neuroloog.

Naast HH ontvangt mevrouw 6 uur OB per week, en 2 dagdelen OB per week. Voorafgaand aan de twee dagdelen (ochtenden) OB per week krijgt zij twee uur 'activering' om uit bed te komen en zich klaar te maken; als dit er niet is, komt ze niet uit bed. 10 dagen per maand gaat zij naar een hospitiuim alwaar zij tot rust komt en weer 'oplaadt'. Mevrouw heeft geen persoonlijke verzorging nodig: met aanpassingen in het huis is zij voldoende mobiel en kan zij zichzelf wassen. Door speciale instructie kan zij zichzelf aankleden en haar eigen brood klaarmaken.

Mevrouw is getrouwd. Haar man is 58 jaar. Hij is gezond: heeft geen problemen op het fysieke vlak. Hij werkt 20 uur in de week als installateur van kunststof kozijnen. Voorheen werkte hij 36 uur in de week, maar dit is steeds verder afgebouwd omdat hij het niet meer kon combineren met de zorg voor zijn vrouw en kinderen. Mentaal is de situatie voor meneer belastend; door de frequente en heftige stemmingswisselingen is zijn vrouw zeer onberekenbaar en kan verbaal aanvallend worden. Ook de extra taken in het huishouden en de extra zorg/begeleiding voor zijn vrouw zorgen voor veel belasting: de huisarts heeft enige tijd geleden geconstateerd dat meneer overspannen was.

Meneer en mevrouw hebben samen twee kinderen: een zoon van 16 en een dochter van 13. Beide zijn fysiek gezond, maar op school kunnen ze moeilijk meekomen met de rest omdat de thuissituatie (al lange tijd) niet normaal is. Zij waren beiden nog zeer jong toen hun moeder de beroerte kreeg (1½ en 5 jaar). Hun moeder kunnen/willen ze niet belasten met problemen en vragen, en hun vader is niet altijd thuis. Af en toe komt er iemand van MEE bij hun thuis langs, die met de kinderen praat over wat hun bezig houdt. Als er iets is, kunnen ze deze persoon bellen.

In het verleden gestelde indicaties

Net nadat de beroerte had plaatsgevonden, is 15 uur HH3 per week toegewezen. Daarna is het steeds 12 uur per week geweest. Ongeveer 7 jaar geleden werd na een herindicatie door het CIZ besloten dat de hulp naar 9 uur HH3 per week zou gaan. Meneer is toen in beroep gegaan tegen deze beslissing, hierbij ondersteund door verklaringen van de huisarts en neuroloog. Het CIZ heeft hierop besloten alsnog de 12 uur toe te kennen. De laatste herindicatie is twee jaar geleden geweest. Er is toen iemand langsgekomen van het CIZ (dezelfde persoon die ook de OB geïndiceerd heeft). Hij heeft de indicatie onveranderd gelaten vanwege de situatie in het gezin.

Herindicatie in het kader van de Wmo

Omdat meneer gezond is en jonger dan 75 jaar, besloot de gemeente dat geen HH meer geïndiceerd zou worden. Meneer heeft bezwaar aangetekend tegen deze beslissing, en daarbij aangedrongen op raadpleging van de bestaande CIZ-dossiers. De gemeente wilde echter alleen de eigen regels hanteren.

Hoorzitting en rechtzaak

Voorafgaand aan de hoorzitting heeft hij alles doorgesproken met iemand van MEE om goed voorbereid te zijn. In de hoorzitting heeft meneer benadrukt dat het CIZ al jaren lang van mening is dat 12 uur nodig is, en dat het ook in het belang van de kinderen is als er structuur en orde in het huishouden is.

Volgens meneer was de gemeente van mening dat mevrouw eigenlijk in een instelling opgenomen zou moeten worden. De gemeente heeft uiteindelijk besloten om de HH over 2008 af te bouwen van 12 uur naar 0 uur op 1 januari 2009. De gemeente rekende erop dat meneer in de tussentijd zorg zou dragen voor opname van mevrouw in een verpleeghuis (aldus meneer). De aanwezige medewerker van MEE wees de gemeente erop dat dit meer kosten met zich meebrengt dan mevrouw thuis te laten wonen. Volgens meneer zei de gemeente hierop dat de kosten voor opname niet voor rekening van de gemeente komen.

Uiteindelijk heeft meneer met de hulp van Agnes Kant een advocaat in de arm genomen en een rechtszaak tegen de gemeente aangespannen. De rechter gelastte een periode van een aantal maanden in om te komen tot een onderling compromis. Vlak voordat de termijn verstreken was, belde de gemeente meneer op om te vragen of hij in wilde stemmen met een onafhankelijke 'second opinion', waarbij de gemeente de toezegging deed dat zij zich aan dit advies zouden houden.

Hierop is er een medewerker van het CIZ langsgekomen. Zij vertelde dat zij geheel blanco de second opinion zou stellen: ze was onbekend met de betreffende casus en had geen documenten/dossiers ingezien. De medewerker heeft allereerst geïnformeerd naar de situatie van de man en van de kinderen. Pas daarna informeerde zij naar de toestand van mevrouw. Het CIZ zei, aldus meneer, voorafgaand aan het gesprek dat hij moest begrijpen dat het CIZ niet aan de gemeente kon adviseren om weer 10 uur in te zetten: het zou minder worden. De gemeente heeft, op verzoek van het CIZ en pas helemaal aan het einde van het traject (na de hoorzitting en na de second opinion) door een onafhankelijke GGD-arts de huisarts van meneer en mevrouw laten bellen. Het uitdrukkelijke verzoek van de neuroloog (via meneer aan de gemeente doorgegeven) om gebeld te worden door een onafhankelijke GGD-arts en advies te mogen geven, is door de gemeente niet gehonoreerd.

Uiteindelijk is 5 uur HH3 geadviseerd, zonder dat hierbij een inhoudelijke motivatie is gegeven. Ook de gemeente heeft in haar beschikking geen inhoudelijke toelichting gegeven.

Beleid gemeenten

De betreffende gemeente indiceert zelf en hanteert daarbij de CIZ-protocollen. Bij deze situatie wist de gemeente dat het CIZ al die jaren dezelfde indicatie had gesteld. De gemeente wilde graag vanuit een bredere blik de indicatie stellen. Zij hebben er daarom bewust voor gekozen om in eerste instantie zonder advies van het CIZ, dus zo neutraal mogelijk, het indicatieproces in te gaan. De gemeente oordeelde dat sprake was van een ontregeld gezin. HH(3) was volgens hen echter geen oplossing voor de problemen in het gezin. De partner van de cliënte had eigenlijk behoefte aan iemand die zijn vrouw kan opvangen. Ook voor de kinderen in het gezin is de situatie soms lastig. De gemeente wilde daarom graag een betere oplossing vinden voor de totale situatie. Eén van de mogelijkheden die zij daarvoor zagen was het aanvragen van een Volledig Pakket Thuis, waarbij meer integrale zorg aan het gezin zou kunnen worden geboden. Uiteindelijk is bezwaar ingediend en heeft de gemeente een 'besluit na bezwaar' genomen; een compromis dat door meneer en mevrouw is geaccepteerd. Zij hebben nu 5 uur HH3 geïndiceerd.

De gemeente meent desgevraagd dat dit een uitzonderlijk complexe situatie is. Zij kunnen als gemeente nog geen passend antwoord op een dergelijke complexe vraag bieden.

Discussie groepsgesprekken

- *Hoe moet een gemeente omgaan met gezinnen die door de beperking van één van de ouders in meer of mindere mate ontregeld zijn? Kan ervoor gekozen worden om hier HH te indiceren?*

Met name in ontregelde gezinnen waarin meerdere zorginstellingen c.q. hulpverleners (en geldstromen) samenkomen, is het belangrijk om de samenhang te waarborgen.

De conclusie is dat het CIZ binnen de functies van de AWBZ getracht heeft een goed aanbod voor de totale situatie te doen. Door de knip in AWBZ en Wmo is dit lastiger te realiseren. De gemeente heeft een poging gedaan om binnen haar mogelijkheden ook een goed pakket te bieden, maar dat is nog niet haalbaar gebleken.

Hoewel zowel zorgaanbieders als indicatiestellers in de groepsgesprekken vinden dat HH3 in dit geval niet te problemen oplost, vinden zij dat de gemeente hier geen gelukkige oplossing heeft gekozen. In dergelijke ontregelde gezinnen is thuisbegeleiding belangrijk. Er dient dagelijkse structuur aangebracht te worden om het gezin op de rails te houden. Hiervoor is HH(3) niet persé noodzakelijk. Indien huishoudelijke werkzaamheden uitgevoerd dienen te worden kan dit ook door een alfahulp gedaan worden, mits dergelijke gezinsbegeleiding aanwezig is. Echter, het is niet realistisch om van een gezin dat jaren lang gewend is aan 10 uur HH3 in de week, te verwachten dat dit in één jaar kan worden afgebouwd zonder verdere gevolgen (overbelasting e.d.). Bovendien is het niet goed om af te bouwen voordat een structurele oplossing van het probleem voor handen is en ingezet kan worden.

- *Zou de gemeente (ook) moeten zorgen voor andersoortige ondersteuning, bijvoorbeeld vanuit het AMW, of door de jeugdhulpverlening in te schakelen?*

De HH3 zorgt voor structuur en ondersteuning in het gezin, waardoor zij de situatie kunnen handhaven. Ondertussen kan gezocht worden naar andere, betere manieren om dit gezin te ondersteunen. De gemeente kan hiervoor andere prestatievelden in de Wmo aanspreken. Daarnaast is het belangrijk om multidisciplinair naar dit soort gevallen te kijken. Casuïstiekoverleg tussen betrokken partijen (zorginstelling, gemeente, indicatiesteller, specialist, huisarts, eventueel maatschappelijk werk of jeugdzorg) kan bijdragen aan het vinden van een maatwerk-oplossing waarbij 'over de schutting' gekeken wordt. Om de samenhang te waarborgen is bovendien iemand nodig die alles 'regisseert'. Hierbij kan gedacht worden aan de 'ouderwetse' wijkverpleegkundige/wijkzuster, een gezinscoach, iemand van MEE, of een casemanager (BJZ).

In deze casus speelt ook de discussie hoe ver men moet gaan (ook financieel) om iemand thuis te laten wonen. Als de zorg thuis meer kost dan een intramurale plek, moet hier wellicht ook naar gekeken worden. Ook het ethische aspect speelt mee: in een gezinssituatie kan alles draaien om de persoon met een beperking. De gezinsleden proberen deze persoon zo goed mogelijk te helpen en zo min mogelijk tot last te zijn. Overbelasting kan hierbij aan de orde zijn. Het gezin zal doorgaans niet of moeilijk toe kunnen geven dat het wellicht beter is om voor een intramurale oplossing te kiezen, ook omdat men hiermee de beperkte 'in de steek laat'. Moet hierin de cliëntsoevereiniteit leidend zijn, de objectief gezien beste oplossing, of de oplossing die het meest doelmatig is (efficiënt omgaan met middelen)?

Conclusie

Door de knip tussen HH en andere zorgfuncties die door de invoering van de Wmo is ontstaan, wordt het voor indicatiestellers en zorgverleners moeilijker om een integraal zorgpakket te realiseren in (complexe) situaties waar dit voorheen wel geregeld was. Naar het oordeel van zorgaanbieders en indicatiestellers doen gemeenten er goed aan om in complexe situaties (voorlopig) een goed gekwalificeerde huishoudelijke hulp in te zetten, en in elk geval niet zonder meer de hulp te verminderen of stop te zetten.

Gemeenten hebben vanuit de Wmo de verantwoordelijkheid om mensen in staat te stellen zelfstandig een huishouden te voeren. Wanneer de problematiek van een cliënt verder reikt dan alleen het niet zelfstandig kunnen voeren van een huishouden, doet dit niets af aan de deze compensatieplicht inzake het huishouden.

Hoewel in complexe situaties het inzetten van HH2 of HH3 de problemen niet daadwerkelijk oplost, biedt dit wel ruimte om te zoeken naar een meer structurele oplossing. Uiteraard kunnen gemeenten een (belangrijke) bijdrage leveren aan het realiseren van een meer structurele oplossing die niet (alleen) bestaat uit ondersteuning van het huishouden.

In het zoeken naar die oplossing is het goed om zoveel mogelijk partijen te betrekken en bij elkaar over de 'schutting' te kijken.

In alle gevallen is het belangrijk om voorafgaand aan beslissing over stopzetten of toekennen van de hulp, contact te zoeken met de overige zorgverleners in een cliëntensysteem. Zo kan, ondanks de scheiding in wet- en regelgeving, toch integraal maatwerk gerealiseerd worden.

3.8 Casus 7: Telefonische indicatie versus huisbezoek

Beschrijving situatie

De casus betreft een alleenstaande vrouw van 46 jaar met fysieke beperkingen.

In het verleden gestelde indicaties

Mevrouw ontving voorheen 6,5 uur HH1.

Herindicatie in het kader van de Wmo

Na herindicatie door de gemeente zou mevrouw 5,5 uur HH1 per week krijgen, geleverd door een alfahulp. De herindicatie heeft telefonisch plaatsgevonden. De gemeente heeft volgens de cliënte geen motivatie kunnen geven voor de vermindering van het aantal uren, anders dan te verwijzen naar de gehanteerde regels en normtijden: een alleenstaande vrouw met woningtype x, is y uur hulp per week. De cliënte heeft een brief naar het college van B&W gestuurd en heeft vervolgens een herindicatie gekregen. Na een persoonlijk bezoek heeft zij 7 uur HH1 gekregen (ook geleverd door een alfahulp).

Beleid gemeente

De betreffende gemeente indiceert zelf en hanteert haar eigen indicatieprotocollen. Deze zijn afgeleid van de CIZ standaardprotocollen maar zijn op een aantal punten soepeler. Zo geldt gebruikelijke zorg als een partner 5 dagen werkt (in plaats van 7 dagen per week van huis zijn) en nemen zij de belastbaarheid van kinderen zorgvuldig in ogenschouw. Medewerkers die de indicatie stellen hebben hiervoor allemaal extra opleidingen gevolgd. Bij complexe ziektebeelden wordt de indicatie uitbesteed aan een gespecialiseerd bureau.

De gemeente heeft voorafgaand aan de herindicatieprocedure aan alle cliënten gevraagd of men ermee akkoord was dat een telefonische herindicatie plaats zou vinden. Indien de cliënt dat wenste werd een huisbezoek afgelegd. Nieuwe cliënten worden door deze gemeente altijd persoonlijk geïndiceerd waarbij sprake is van een 'brede intake'. Cliënten hebben verder allemaal de keuze gekregen voor een alfahulp of een medewerker in loondienst. De gemeente let er naar eigen zeggen goed op of de zorgaanbieders niet sturen op een alfahulp.

Discussie groepsgesprekken

- *Op welke gronden zouden gemeenten moeten kiezen voor een huisbezoek in plaats van een telefonische indicatiestelling?*

De deelnemers zijn het eens dat in elk geval in complexere situaties altijd een huisbezoek afgelegd moet worden. Dit moet gedaan worden door een terzake kundig persoon met een brede expertise (multidisciplinair inzicht). Wanneer het gaat om herindicaties waarbij geen verandering in de situatie te verwachten is, kan het telefonisch worden afgedaan. Ook wanneer er volledige, actuele (medische) dossiers aanwezig zijn, is een telefonische indicatiestelling eventueel mogelijk.

Eén van de aanwezige zorgaanbieders stipt aan dat het de moeite waard kan zijn om (naast de eigen indicatiestelling) de ervaringen van een zorgaanbieder te raadplegen die al enige tijd in het betreffende huishouden komt.

Conclusie

Uit de groepsgesprekken komt naar voren dat een telefonische indicatie voldoende informatie opleveren om een indicatiebesluit op te baseren, indien recente medische gegevens aanwezig zijn en er geen verandering in de toestand van de cliënt verwacht wordt.

Op basis van de groepsgesprekken zijn contra-indicaties te geven voor het gebruik van een telefonische indicatie:

- Als de indicatiesteller niet de beschikking heeft over recente medische gegevens van cliënt en/of huisgenoten;
- Als niet kan worden uitgesloten dat (of er directe aanwijzingen zijn dat) sinds de vorige indicatiestelling een verslechtering is opgetreden in de fysieke of mentale toestand van de cliënt;
- Als de vorige indicatiestelling (aanzienlijk) meer uren en/of een zwaarder type HH betrof dan waar de gemeente middels haar protocol op uitkomt;
- Als er naast de cliënt ook één of meerdere huisgeno(o)t(en) is/zijn die kampen met fysieke en/of mentale problematiek;
- Als er mogelijk sprake is van complexe problematiek die zoveel mogelijk integraal moet worden beoordeeld (de cliënt ondervindt niet alleen beperkingen bij het zelfstandig voeren van het huishouden maar ook op andere levensgebieden).

3.9 Casus 8: HH en bijzondere voorzieningen

Situatie beschrijving

De cliënte is een vrouw van 57 jaar met progressieve spierdystrofie. Mevrouw zit al 25 jaar in een rolstoel en haar situatie verslechtert steeds verder. Mevrouw heeft een beperkte armfunctie en kan slechts zeer beperkt tillen. Functioneren van handen en vingers is (nog) goed. Mevrouw woont (alleen) in een Fokuswoning en ontvangt persoonlijke verzorging vanuit de Stichting Fokus. Voor alle ADL heeft zij ondersteuning nodig. Mevrouw heeft een hulphond die haar in een aantal aspecten ondersteunt.

In het verleden gestelde indicaties

Mevrouw kreeg toen zij in 2002 in deze woning is komen wonen 24,6 uur HV. In 2005 is dit veranderd in 20,8 uur HV. In oktober 2006 is zij opnieuw geïndiceerd, waarbij zij een indicatie 'G-05' kreeg voor HV. Dit was 14,5 uur + 6 additionele uren. De zogenaamde additionele uren zijn geïndiceerd om taken als het schoonmaken van de elektrische rolstoel, assisteren bij het zelf eten, de verzorging van de hond en het vaker schoonmaken van de vloer (i.v.m. de rolstoel) uit te voeren. Hoewel het besluit geldig was tot 2010, is zij op 20 juni 2007 opnieuw geïndiceerd door het CIZ. Er is opnieuw 14,5 + 6 additionele uren geïndiceerd. De indicaties in 2006 en 2007 hebben telefonisch plaatsgevonden.

Herindicatie in het kader van de Wmo

De gemeente heeft augustus 2008 telefonisch een herindicatie uitgevoerd. Er is na dat gesprek toegezegd dat mevrouw 11 uur HH1 zou krijgen. Additionele uren zouden niet meer mogelijk zijn binnen de Wmo. Het schoonhouden van de rolstoel zou niet binnen het takenpakket van de Wmo horen, maar een taak van de verpleging zijn. Ook de verzorging van de hulphond werd niet in de indicatie meegenomen. Mevrouw heeft een second opinion door het CIZ gevraagd en gekregen. Het CIZ adviseerde dat mevrouw vanwege haar ernstig beperkte armfunctie en rolstoelafhankelijkheid de hoogste klasse HH nodig heeft: 13 tot 15,9 uur per week, en HH2 i.p.v. HH1 zoals door de gemeente was voorgesteld. Ook volgens het CIZ waren additionele uren niet meer mogelijk.

De gemeente heeft het advies van het CIZ niet overgenomen, maar 12,5 uur HH2 geïndiceerd (een klasse lager). Overigens werd in dit indicatiebesluit gesteld dat mevrouw wel in aanmerking zou kunnen komen voor additionele uren, maar dat dit niet van toepassing is omdat zij niet in de hoogste klasse valt.

Hoorzitting

Mevrouw heeft een bezwaar ingediend en er is een hoorzitting geweest. Hierbij waren een wethouder en de afdeling Juridische Zaken aanwezig. Uit de hoorzitting werd duidelijk dat de gemeente onvoldoende kennis heeft van de werkwijze en inhoud van de dienstverlening door Fokus. Er zijn 15 Fokuswoningen in de gemeente, en daarom is door de gemeente besloten tot een 'pilot': een gesprek met gemeente, Fokus en de cliënt om de taakgebieden te omschrijven en witte vlekken (zaken die beide voorzieningen nu niet dekken) in beeld te brengen. Hierdoor kan de gemeente haar indicatiestelling hier beter op toespitsen. Uiterlijk 31 december 2008 wordt op basis van dit onderzoek een nieuwe beslissing genomen over de zaak van mevrouw.

Beleid gemeente

De gemeente geeft desgevraagd aan dat in alle gevallen waarin men een medisch dossier noodzakelijk acht voor een goed oordeel, het CIZ wordt ingeschakeld. Ook zegt de gemeente dat bij alle herindicaties gebruik is gemaakt van al bestaande informatie en dossiers van onder meer het CIZ, de GGZ, etc. Navraag bij de indicatiestellers leert dat er een kwaliteitstoetsing op de afgegeven indicatiebesluiten plaatsvindt: alle concept-besluiten worden nagelopen door een senior Wmo consulent. Dit geldt ook voor gevallen waarin een CIZ-advies aan de basis van een besluit ligt.

De gemeente zegt richtlijnen te hebben ontwikkeld voor het indiceren van extra uren. De voorbeelden die de gemeente noemt, zijn:

- Extra bewassing vanwege bijvoorbeeld incontinentie
- Extra stoffen vanwege astmatische aandoening
- Extra schoonmaken vanwege meerdere kleine kinderen
- Extra schoonmaken vanwege aanwezigheid hulphond (dit gaat alleen om de 'bevuilding' die de hond veroorzaakt, gemeente spreekt niet over de verzorging van de hond zelf).

Extra schoonmaakwerkzaamheden i.v.m. rolstoel en/of het schoonhouden van de rolstoel zelf worden niet genoemd.

Additionele uren (dus bovenop de hoogste klasse) worden volgens de betreffende gemeente wel geïndiceerd, met name in gezinnen waarin één van beide ouders plotseling wegvalt waardoor alle zorgtaken ineens op de schouders van de ouder terecht komen. De additionele uren dienen om de ouder te ontlasten, maar vooral ook om de ouder te instrueren en voor te bereiden op het structureel omgaan met de nieuwe situatie. Het betreft dan ook bijna zonder uitzondering tijdelijke indicaties.

Discussie groepsgesprekken

- *In hoeverre dient de gemeente rekening te houden met extra huishoudelijke werkzaamheden als gevolg van de aanwezigheid van hulpmiddelen zoals rolstoel of hulphond? Is het terecht als hiervoor geen extra uren worden toegekend?*

Bij een hulphond is geen sprake van een vrije keuze maar van een noodzakelijk hulpmiddel. Daarom mag volgens de deelnemers van gemeenten verwacht worden dat zij daarmee rekening houden door voldoende HH te indiceren om de verzorging op te vangen.

Wanneer mensen vrijwillig kiezen voor een huisdier, ligt dit anders. Dan mag verwacht worden dat mensen ook bepaalde zaken regelen om deze keuze mogelijk te maken, zoals het (zelf) inkopen van extra uren hulp om het huis schoon te maken.

Conclusie

Of het schoonmaken van extra vervuiling in het huishouden, veroorzaakt door hulphond of rolstoel, vanuit de Wmo vergoed moet worden als een cliënt hiertoe zelf niet in staat is, is niet eenduidig in de regels terug te vinden. Door de knip tussen HH enerzijds en overige functies en voorzieningen anderzijds is de vraag waaruit de kosten voor verzorging en reiniging van de hulpmiddelen betaald moeten worden. Onderhoud aan voorzieningen als rolstoelen en douchestoelen behoren tot de verantwoordelijkheid van gemeenten (Wvg -> Wmo), waaruit geconcludeerd zou kunnen worden dat ook het schoonhouden van deze voorzieningen door de gemeente bekostigd worden. Hulpmiddelen zoals een hulphond worden verstrekt vanuit de ZVW. Een cliënt ontvangt vanuit de ZVW niet alleen een hulphond, maar ook een vergoeding voor de kosten van de medische en dagelijkse verzorging van de hond. Het wassen en verzorgen van de hond kan wellicht (indien de cliënt dit niet zelfstandig kan) uit deze middelen bekostigd worden.

3.10 Casus 9: Dreigende overbelasting bij gebruikelijke zorg

Beschrijving situatie

De casus betreft een volwassen man met een autistische stoornis en ADHD. Hierdoor is het voor meneer niet mogelijk om zelfstandig huishoudelijke werkzaamheden te verrichten. De aanzet vanuit hemzelf is er niet; hij moet in alles geïnstrueerd worden. Zijn leervermogen is gering, waardoor elke handeling steeds opnieuw uitgelegd en begeleid moet worden. Ook van tevoren instructies geven ('wil je vandaag...') werkt niet. Het enige wat hij zonder al te veel moeilijkheden kan doen, is het leeghallen en vullen van de vaatwasser. Meneer is al acht jaar volledig arbeidsongeschikt vanwege ADHD en autisme. Daarnaast is er onlangs een depressie geconstateerd door de huisarts.

Daarnaast heeft meneer een hernia. Zwaar huishoudelijke werk zoals stofzuigen en bedden opmaken is voor hem fysiek niet uitvoerbaar. Overige huishoudelijke taken kan hij fysiek wel aan.

Meneer ontvangt tot 3,9 uur OB per week van een particuliere zorgverlener. De ondersteuning is primair gericht op de opvoeding van en omgang met de kinderen. Zeker omdat mevrouw niet altijd thuis is, is het belangrijk dat meneer zijn rol als vader kan vervullen. De OB is niet gericht op ondersteuning van meneer bij huishoudelijke werkzaamheden.

Meneer gaat eens per 3 maanden naar zijn psychiater voor een individueel gesprek. Hij heeft medicatie voor het onderdrukken van de symptomen van ADHD/autisme. Voor de depressie heeft meneer een speciale lamp voorgeschreven gekregen.

Meneer woont samen met zijn vrouw en twee kinderen. Zijn vrouw is 40 jaar en werkt 30 uur in de week als administratief medewerker. Mevrouw heeft een medisch gediagnosticeerd probleem met haar hart. De symp-

tomen zijn vermoeidheid en pijn op de borst. De huisarts schrijft het ontstaan hiervan toe aan overmatige stress in de thuissituatie. Er is dus sprake van (medisch vastgestelde) overbelasting.

Mevrouw ondervindt problemen van haar hart bij het uitvoeren van zwaardere huishoudelijke werkzaamheden zoals het schoonmaken van de badkamer, het lappen van de ramen en het verschoneren van de bedden. Ze moet frequent rustpauzes inlassen om haar hart niet te zwaar te belasten, hierdoor heeft zij meer tijd nodig om taken te verrichten. Bovendien kan het doen van zware huishoudelijke werkzaamheden kan de al bestaande hartklachten verder verergeren. Het lichte huishoudelijke werk kan zij zonder problemen doen.

De twee kinderen (11 en 13 jaar) hebben, evenals de vader, ADHD en autisme. De 13-jarige is bovendien verstandelijk gehandicapt. Het kind van 11 krijgt ongeveer 1,5 uur OB per week en het kind van 13 ongeveer 5 uur OB per week, beide van dezelfde particuliere zorgverlener.

In het verleden gestelde indicaties

De 1^e indicatie voor HH is ongeveer 7 jaar geleden gesteld op 4 tot 6,9 uur HH1. Deze indicatie liep na 5 jaar af (twee jaar geleden). Bij de herindicatie werden aanvankelijk minder uren toegekend omdat het CIZ stelde dat mevrouw, ondanks haar hartklachten, in staat was het huishouden te doen. Hiertegen heeft mevrouw bezwaar aangetekend. Na bezoek van een arts werd duidelijk dat mevrouw overbelast was (zich uitend in onder meer hartklachten) en dat de oude indicatie gehandhaafd diende te worden. Het is niet aannemelijk dat in het verleden sprake is geweest van uitruil van AWBZ-functies.

Herindicatie in het kader van de Wmo

De herindicatie in het kader van de Wmo is uitgevoerd door het CIZ, die hierover advies heeft uitgebracht aan de gemeente. De gemeente (in de persoon van de wethouder) neemt de uiteindelijke beslissing over de toekenning van HH.

De indicatie vond plaats ten kantore van het CIZ, en bestond uit een redelijk uitgebreid fysiek onderzoek door een arts. Hierbij is met name naar zijn ledematen en rug gekeken. Tijdens dit onderzoek is niet ingegaan op de geestelijke toestand van meneer. Het al bestaande CIZ-dossier van meneer was tijdens dit gesprek/onderzoek niet aanwezig en de onderzoekende arts bleek niet van dit dossier (c.q. de voorgeschiedenis) op de hoogte. Er is volgens mevrouw geen medische informatie opgevraagd bij de huisarts of bij de psychiater. Ook is in het gesprek niet gevraagd naar de mentale en fysieke toestand van mevrouw. De uiteindelijke beslissing van de gemeente is geweest om geen HH meer toe te kennen aan meneer: mevrouw is gezond en wordt in staat geacht gebruikelijke zorg te verrichten en dus zelfstandig het huishouden te voeren.

Hoorzitting

Mevrouw heeft bezwaar aangetekend tegen de uitslag. In de bezwaarbrief heeft zij een toelichting gegeven op de situatie thuis. Vervolgens is er een hoorzitting geweest voor de commissie bezwaarschriften. Mevrouw heeft hierin mondeling toegelicht dat zij niet in staat is het volledige huishouden te draaien vanwege haar werk buitenshuis, de hartklachten en de bijkomende problematiek van man en kinderen. Ze had diverse brieven meegenomen om haar verhaal te ondersteunen, van onder meer de psychiater en haar eigen huisarts. De commissie achtte het niet nodig om deze in te zien. Voor de hoorzitting is het medische dossier van meneer niet opgevraagd.

Het bezwaar is ongegrond verklaard. De gemeente heeft aangegeven in de indicatiestelling geen rekening te kunnen houden met de eigen keuze van een partner om buitenshuis te werken en dat mevrouw de huishoudelijke taken in het weekend kan uitvoeren als zij daar door haar baan gedurende werkdagen niet aan toekomt. Mevrouw acht dit echter niet zonder meer mogelijk aangezien de kinderen dan de hele dag thuis zijn en de nodige aansturing en begeleiding behoeven. Daardoor blijft er voor haar geen tijd (en energie) over om het huishouden te doen. Het opzeggen van haar baan ervaart mevrouw niet als optie: zij is door de arbeidsongeschiktheid van meneer kostwinner.

Beleid gemeente

In de Wmo richtlijn Hulp bij het huishouden, opgesteld door het CIZ, is over dreigende overbelasting bij het leveren van gebruikelijke zorg het volgende vermeld:

‘Een indicatiesteller kan besluiten dat een huisgenoot of partner geen gebruikelijke zorg kan leveren als deze zodanige gezondheidsproblemen heeft dat de indicatiesteller redelijkerwijs moet concluderen dat de betreffende taken niet door hem uitgevoerd kunnen worden. Een indicatiesteller moet altijd onderzoeken of een leefeenheid, gegeven de voor die

leefeenheid geldende gebruikelijke zorg, door de (chronische) uitval van een gezinslid niet alsnog onevenredig belast wordt en overbelasting dreigt.

Wanneer partner of huisgenoot gezondheidsproblemen en beperkingen heeft of door de combinatie van een (volledige) werkring of opleiding en het voeren van het huishouden overbelast dreigt te raken, zullen de (medische) gegevens ter onderbouwing daarvan door de betrokkene moeten worden aangeleverd. Het CIZ moet zich daar dan een geobjectiveerd oordeel over vormen. Wanneer de dreigende overbelasting wordt veroorzaakt door een combinatie van werk en gebruikelijke zorg en andere activiteiten dan werk en huishouden, gaan werk en gebruikelijke zorg voor. Het beoefenen van vrijetijdsbesteding kan op zich geen reden zijn om een indicatie te geven voor gebruikelijke zorg.

In geval de leden van een leefeenheid dreigen overbelast te raken door de combinatie van werk en verzorging van de zieke partner/huisgenoot, kan een indicatie worden gesteld op de onderdelen die normaliter tot de gebruikelijke zorg worden gerekend. In eerste instantie zal die indicatie van korte duur zijn om de leefeenheid de gelegenheid te geven de onderlinge taakverdeling aan de ontstane situatie aan te passen. Hetzelfde geldt als een partner/ouder ten gevolge van het plotseling overlijden van de andere ouder dreigt overbelast te raken door de combinatie van werk en verzorging van de inwonende kinderen'.¹

De betreffende gemeente heeft bij de (her)indicaties de protocollen en de procedures van het CIZ overgenomen. Het grootste deel van de indicaties voor HH doet de gemeente zelf. De gemeente zegt bij de indicatiestelling geen rekening te houden met het feit dat een partner een fulltime baan heeft. Volgens de gemeente kan hier de vraag gelden: 'Als de persoon die de gebruikelijke zorg moet leveren zelfstandig had gewoond, had zij dan (ook) in aanmerking gekomen voor huishoudelijke hulp?'

De gemeente heeft geen vaste regels voor gevallen waar niet alleen een cliënt maar ook één of meerdere kinderen een beperking hebben. Dergelijke hardheidsclausules zijn niet in criteria vastgelegd. De gemeente stelt dat ze dergelijke situaties altijd onderzoekt en daarvan af laat hangen of uitzonderingen moeten worden gemaakt.

Discussie groepsgesprekken

- *Hoe moet de gemeente omgaan met gevallen waarin overbelasting dreigt of inmiddels aantoonbaar is, en het indiceren van HH meer 'lucht' kan geven maar de problematiek niet wezenlijk oplost?*

De aanwezige gemeente vraagt bij complexere situaties tegenwoordig steeds vaker meteen ook medische informatie op van de partner om na te gaan in hoeverre gebruikelijke zorg aan de orde is en of er sprake is van (dreigende) overbelasting. In verband met preventie is het belangrijk om de draagkracht van het cliëntsysteem in kaart te brengen en periodiek te monitoren. Het ontlasten van de partner/mantelzorger is in principe vooral preventief en tijdelijk. Het is belangrijk om regelmatig te checken of de indicatie gehandhaafd moet blijven. Bijvoorbeeld na 3 maanden opnieuw beoordelen. Ondertussen moet gestreefd worden naar een meer structurele oplossing.

¹ Centrum Indicatiestelling Zorg, Wmo richtlijn Indicatieadvisering voor Hulp bij het Huishouden versie 1.0 (december 2006), p. 9

- *Hoe gaan gemeenten om met de zogenaamde hardheidsclausules gebruikelijke zorg, zoals ook door CIZ gehanteerd werden; zijn deze overgenomen?*

Als de overbelasting medisch aantoonbaar is, is er geen hardheidsclausule nodig: het is standaard beleid om dan HH te indiceren ter ontlasting. Een hardheidsclausule heeft doorgaans ongeveer de volgende strekking: het college kan in bijzondere gevallen ten gunste van de aanvrager afwijken van de bepalingen van de verordening, indien toepassing van de verordening tot onbillijkheden van overwegende aard leidt. Wat onder 'onbillijkheden' verstaan wordt, moet per geval nader geoperationaliseerd worden. De hardheidsclausule is in die zin dus niet echt 'hard'.

Conclusie

Uit de casusomschrijving valt af te leiden dat het onderzoek van de gemeente naar de gehele leefeenheid in dit geval mogelijk gebrekkig is geweest en dat de belastbaarheid van de partner mogelijk onvoldoende onderzocht is. Gezien de combinatie van een betaalde baan en twee kinderen met psychische problematiek is er een reëel risico dat de partner overbelast is of dreigt te raken. Veel gemeenten hebben in hun beleidsregel het Protocol gebruikelijke zorg van het CIZ overgenomen. Volgens dit protocol dienen huisgenoten die geacht worden gebruikelijke zorg te leveren altijd persoonlijk gehoord te worden, zodat geïnventariseerd kan worden of de belasting niet te groot is. Indien de partner in deze casus inderdaad medisch aantoonbaar overbelast is, mag zij niet worden geacht het huishouden zelfstandig te voeren en voldoet de gemeente niet aan haar compensatieplicht.

Uit de groepsdiscussie komt naar voren dat het, vooral met het oog op preventie, belangrijk is de draagkracht van het cliëntsysteem goed in kaart te brengen. Dit om te voorkomen dat de problematiek door overbelasting van één van de ouders verergert en complexer wordt. Evenals in het ontregelde gezin (casus 6) zou echter wel het streven moeten zijn om te zoeken naar een meer structurele oplossing. Dit is ook wat de Wmo richtlijn (zie hierboven) adviseert.

3.11 Casus 10: Kwaliteitscontrole op geleverde zorg

Beschrijving situatie

Deze casus betreft een vrouw van 46 jaar.

Herindicatie in het kader van de Wmo

Zij heeft 3 uur HH2 geïndiceerd gekregen. Sinds de herindicatie heeft zij een andere hulpverlener dan zij voorheen had. Mevrouw is van mening dat sinds de herindicatie door de gemeente de kwaliteit van het personeel dat bij haar komt schoonmaken, minder is. 'Men zit de helft van de tijd op de bank, bellen onder werktijd, men kletst teveel. Men stofzuigt nu overal omheen, men schuift nooit iets opzij. Extra dingen worden niet gedaan. Een paar ramen lappen of de keuken extra doen is niet meer aan de orde'. Mevrouw meldt verder dat de hulp regelmatig ziek is en er niet wordt afgebeld. Zij stoort zich verder aan de, in haar ogen, onverschillige houding van de hulpverlener.

Bij deze casus willen we een aanvullende opmerkingen plaatsen: Veel meer klachten uit de quick scan over de kwaliteit van de hulpverlener gaan over de kwaliteit van alfa-hulp. Dit valt niet onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. De cliënt is zelf de werkgever van de alfahulp en dient zelf de kwaliteit van de hulp te monitoren en bij te sturen indien nodig.

Beleid gemeenten

De betreffende gemeente onderneemt verschillende activiteiten om de kwaliteit van de zorg en de zorgverleners te monitoren. Zo heeft de gemeente maandelijks overleg met de vijf gecontracteerde zorgaanbieders. Daar komen onder andere de klachten aan de orde. Verder meldt de gemeente bij het indiceren aan cliënten dat zij klachten over de tijdsbesteding van de hupverlener of de kwaliteit van zorg, in eerste instantie contact op moeten nemen met de zorgaanbieder zelf. Mocht dat niet tot een bevredigende oplossing leiden, kan men bij de gemeente terecht. Verder voert de gemeente een klanttevredenheidsonderzoek uit, waar dit aan de orde kan komen. De gemeente spreekt zorgaanbieders er op aan als zij de geïndiceerde zorg niet binnen 5 dagen kunnen leveren. Dat komt in de praktijk wel voor en dan zoekt de gemeente voor de betreffende cliënt(en) naar een andere zorgaanbieder. Een systeem van kwaliteitscontrole is in deze gemeente nog niet ontwikkeld. De gemeente signaleert dat, nu de aanlooperperiode achter de rug is, er tijd komt voor dit soort dingen. Zo zijn zij nu bezig met het gedetailleerder controleren van de facturen.

Een andere gemeente meldt desgevraagd dat bepaalde aspecten van de kwaliteit van zorg, zoals het leveren van spoedhulp (binnen 48 uur) gemakkelijk te controleren zijn. Andere aspecten rond de kwaliteit van zorg zijn lastiger te controleren; daar is de input van cliënten voor nodig. Klanten melden dit niet altijd. Ook deze gemeente voert klanttevredenheidsonderzoek uit, evenals de zorgaanbieders zelf.

Op landelijk niveau wordt gewerkt aan een kwaliteitskader huishoudelijke verzorging in de Wmo. Hierin zal het kernbegrip uit de Kwaliteitswet – verantwoorde zorg – in overeenstemming worden gebracht met één van de centrale begrippen uit de Wmo, de compensatieplicht. Sinds september 2007 werken de betrokken partijen¹ aan één document, waarin het toezichtskader voor de IGZ op de door aanbieders geleverde huishoudelijke ondersteuning een plek dient te krijgen². Het kwaliteitskader heeft betrekking op de levering van hulp bij het huishouden door (hulpverleners in dienst van) zorgaanbieders. Alfahulpen zijn in dienst van de cliënt zelf en vallen niet onder het kwaliteitskader.

Discussie groepsgesprekken

- *Hoe toetst de gemeente, meer in het algemeen, de kwaliteit van de geleverde hulp door de gecontracteerde aanbieders?*

Bij de aanwezige zorgaanbieders wordt de (daadwerkelijke) kwaliteit van geleverde diensten niet (structureel) gecontroleerd door de gemeenten. Wel dienen ieder kwartaal rapportages te worden aangeleverd met daarin gegevens omtrent kwaliteitsindicatoren als wachttijden, aantal niet-geleverde uren, aantal ingediende klachten, etc.

Aanwezigen merken op dat er vanuit diverse al controle is op de zorginstellingen:

- De IGZ controleert ook HH-instellingen
- Veel bedrijven beschikken over een HKZ certificaat
- In het bestek zijn verplichtingen opgenomen die contractueel worden vastgelegd.

¹ Actiz, BTN, Sting, LOC-LCR, VNG, VWS en IGZ, die ook de onafhankelijke voorzitter levert.

² Bron: www.invoeringwmo.nl

Als zorgaanbieders hier niet aan voldoen, kunnen zij boetes opgelegd krijgen.

Eén van de zorgaanbieders geeft aan dat momenteel (door de krappe tarifiering) weinig ruimte is voor scholing en instructie, waardoor de zorg verschaalt.

Zowel zorginstellingen als gemeenten houden periodiek klanttevredenheidsonderzoeken onder cliënten HH. Hierin worden ook gerichte vragen gesteld over de hulp die geboden wordt, waarbij de antwoorden terug te voeren zijn op zorginstellingen. Aandachtspunt is wel dat KTO's elkaar niet overlappen of te snel opvolgen: zorginstellingen en gemeenten zouden hierin meer kunnen samenwerken.

De deelnemers erkennen het probleem dat cliënten hun klacht niet altijd kenbaar durven maken aan de zorginstelling, terwijl veel gemeenten pas actie willen ondernemen als men er met de zorgaanbieder niet uitkomt. Het is dan ook belangrijk om mensen een 'veilige' plek te bieden waar zij met klachten terecht kunnen, en dat zij ten alle tijden gehoord worden. Laagdrempeligheid van klachtenmeldpunten is een aandachtspunt. Dit kan bijvoorbeeld door cliënten bij de start van de zorgverlening een rode en een groene kaart toe te sturen, waarop zij complimenten of klachten kunnen invullen en terugsturen (idee zorgaanbieder).

Conclusie

Het leveren van hulp met voldoende kwaliteit is door de contractuele verplichtingen jegens de gemeente weliswaar primair de verantwoordelijkheid zijn van de zorgverlener; de compensatieplicht blijft de verantwoordelijkheid van de gemeente. Zelfs als de indicatiestelling en zorgtoewijzing optimaal functioneert, kan de gemeente haar compensatieplicht verzaken indien de kwaliteit van de geleverde hulp onvoldoende is om mensen te compenseren voor hun beperkingen. De kwaliteit van de daadwerkelijk geleverde hulp is dus zeer belangrijk, maar moeilijk te controleren en te sturen.

Gemeenten beschikken vanuit de aanbestedingseisen en contracten met zorgaanbieders over een aantal controlemogelijkheden op kwaliteit. Ook beschikken veel aanbieders over een HKZ-certificaat. Dit biedt echter vooral procedurele kwaliteitswaarborgen, en geen zorginhoudelijke.

Cliënten worden doorgaans geacht hun klacht in eerste instantie bij de zorgaanbieder aan te kaarten. Dit kan voor cliënten een drempel opwerpen: het is belangrijk om een laagdrempelig klachtenmeldpunt in te richten waar cliënten met een veilig gevoel naartoe kunnen.

Zowel gemeenten als zorgaanbieders voeren klanttevredenheidsonderzoek uit, waarmee de (on)tevredenheid van cliënten geregistreerd kan worden. De gemeenten voeren (nog) geen of vrijwel geen controle uit op de kwaliteit van geleverde zorg, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs de geleverde zorg aan controle te onderwerpen of door een kwaliteitscertificering te vragen. Naar verwachting zal hier, mede aan de hand van de landelijk ontwikkelde kwaliteitsrichtlijnen, meer aandacht voor komen zodat een goede kwaliteit van hulp beter gegarandeerd kan worden.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

Het ministerie van VWS heeft Research voor Beleid gevraagd onderzoek te doen naar de aard, de omvang en de oorzaken van klachten die zijn ingediend bij het Meldpunt (her)indicatie. Hiermee is tevens tegemoet gekomen aan de motie Kant/Wolbert, waarin de regering werd verzocht om steekproefsgewijs onafhankelijk casuïstiekonderzoek te initiëren naar de kwaliteit van de (her)indicaties door gemeenten.

In totaal hebben ongeveer 300.000 cliënten in Nederland een herindicatie voor hulp bij het huishouden ontvangen. Minder dan 1 procent van deze cliënten (ongeveer 900) heeft een klacht ingediend bij het Meldpunt (her)indicatie. Een deel van de klachten is inmiddels door gemeenten verholpen, vaak door het aanpassen van de indicatie na een bezwaar. Het bestuderen van de casussen in dit onderzoek levert desondanks een aantal waardevolle aanbevelingen op voor gemeenten, indicatiestellers en zorgaanbieders om cliënten op een goede manier te ondersteunen en compenseren voor hun beperkingen.

4.1.1 Algemeen beeld van de klachten

Het traject van zorgvraag naar geleverde hulp bij het huishouden bestaat uit vier stappen: informatievoorziening, de indicatiestelling, het indicatiebesluit en de levering van hulp bij het huishouden aan de cliënt. De klachten die zijn ingediend bij het Meldpunt (her)indicatie hebben met name betrekking het proces van indicatiestelling en op de levering van hulp.

Informatievoorziening

Relatief weinig mensen hebben geklaagd over de informatievoorziening door de gemeente over de hulp bij huishouden. Uit de klachten die zijn ingediend blijkt echter dat er bij veel cliënten/mantelzorgers onduidelijkheid bestaat over de criteria die gemeenten hanteren voor het toekennen van hulp bij het huishouden. Een voorbeeld hiervan zijn de regels rond gebruikelijke zorg. Management van verwachtingen van aanvragers - door hen vooraf goed te informeren over de gehanteerde indicatiecriteria en achterliggende visie - kan bijdragen aan het verminderen van klachten na afloop van de indicatiestelling.

Proces van indicatiestelling

Het proces van indicatiestelling is (mede) het onderwerp in driekwart van de klachten. Veel van deze klachten gaan over het niet of minder toekennen van hulp bij het huishouden omdat de partner of een inwonend kind geacht wordt gebruikelijke zorg te leveren. Het Protocol gebruikelijke zorg wordt door het CIZ toegepast sinds april 2005. Cliënten met een AWBZ-indicatie daterend van vóór april 2005, krijgen hier nu voor het eerst mee te maken.

Een kwart van de klachten over het indicatieproces heeft als onderwerp de telefonische indicatie. Cliënten achten deze vorm van indicatiestelling niet geschikt. Veelgenoemde argumenten hiervoor zijn dat de indicatiesteller op deze manier geen volledig beeld krijgt van de situatie van de cliënt en dat het een onprettige, onpersoonlijke manier van werken is.

Indicatiebesluit

Een kwart van de klachten heeft mede betrekking op het indicatiebesluit, met name op (het ontbreken van) de motivatie bij het indicatiebesluit indien minder hulp is toegekend dan in de oude AWBZ-indicatie. Bij veel mensen bestaat onduidelijkheid over de reden waarom zij minder hulp krijgen terwijl hun situatie niet verbeterd is.

Levering van hulp

In negen van de tien klachten is de levering van hulp (mede) het onderwerp van de klacht. Mensen zijn vooral ontevreden over de vermindering van het aantal uren hulp of het stopzetten van de hulp na herindicatie. Dit is in een deel van de gevallen het gevolg van het gebruik van de gemeentelijke beleidsregels gebruikelijke zorg (op basis van het Protocol gebruikelijk zorg van het CIZ). Voor een aanzienlijk deel van deze cliënten geldt dat de oude AWBZ-indicatie was gesteld vóór de invoering van het Protocol gebruikelijke zorg door het CIZ. Indien de HH niet was overgegaan naar de Wmo, waren deze cliënten bij een nieuwe AWBZ-indicatie ook geconfronteerd met de nieuwe regels rond gebruikelijke zorg.

Bijna de helft van de respondenten heeft een bezwaar ingediend tegen de (her)indicatie. Van de gevallen waar reeds uitspraak is gedaan is het bezwaar in 60% van de gevallen (deels) gegrond verklaard en is de indicatie aangepast.

Klachten over herindicaties

Bijna alle klachten die zijn ingediend, zijn afkomstig van cliënten die voorheen al HV uit de AWBZ ontvingen, en dus opnieuw geïndiceerd zijn in het kader van de Wmo. De klachten komen met name voort uit een achteruitgang in uren of type hulp (HH2>HH1) ten opzichte van de 'oude' situatie. Inmiddels zijn nagenoeg alle herindicaties afgerond. Verwacht mag worden dat dit type klachten daarna niet meer (in deze omvang) zal voorkomen.

Echter, gemeenten kunnen na verloop van tijd nog wel te maken met de mogelijke nasleep van de herindicaties. Het betreft gevallen waarin de cliënt (om wat voor reden dan ook) niet geklaagd heeft, maar waar de gestelde indicatie niet voldoende blijkt te zijn om structurele compensatie voor de ondervonden beperkingen te bieden. De situatie van deze cliënten kan inmiddels zijn verslechterd waardoor meer en/of zwaardere ondersteuning nodig is.

De thema's die uit de klachten in de quick scan naar voren komen, zijn leidend geweest bij de selectie van de casussen ten behoeve van het casuïstiekonderzoek.

4.1.2 Vormgeving van de compensatieplicht

Uit de gevalsanalyse en de bespreking van de thema's in de groepsgesprekken zijn negen onderwerpen geselecteerd die verband houden met inhoudelijke klachten die door cliënten zijn ingediend en die betrekking hebben op de reikwijdte en invulling van de compensatieplicht door gemeenten:

- Gebruikelijke zorg bij (dreigende) overbelasting
- Persoonlijke verzorging als voorliggende voorziening
- Organisatie en structurering van het huishouden
- HH als ruilzorg voor AWBZ-functies
- Hulpmiddelen/voorzieningen in het huishouden

- Beschikbaarheid en geschiktheid van algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen
- Toereikendheid van het PGB
- Het functieniveau van huishulpen
- De kwaliteit van de geleverde hulp

Hieronder wordt voor per thema de conclusie uiteengezet.

Gebruikelijke zorg bij (dreigende) overbelasting

Uit het groepsgesprek komt naar voren dat het, vooral met het oog op preventie, belangrijk is de draagkracht van het cliëntsysteem goed in kaart te brengen. Door het vroegtijdig signaleren van (dreigende) overbelasting en het indiceren van HH kan voorkomen worden dat de problematiek door overbelasting van één van de ouders verergert en complexer wordt. Indien de ontlasting als tijdelijke oplossing gezien wordt, kan daarnaast gezocht worden naar een meer structurele oplossing. Dit is ook wat de Wmo richtlijn Hulp bij het huishouden¹ adviseert.

Gemeenten die regels rond gebruikelijke zorg hanteren analoog aan het Protocol gebruikelijk zorg van het CIZ, dienen altijd persoonlijk de huisgen(o)ot(en) te horen die geacht worden gebruikelijke zorg te leveren, zodat geïnventariseerd kan worden of de belasting niet te groot is. Indien de huisgenoot medisch aantoonbaar overbelast is of dreigt te raken, kan hij/zij niet geacht worden het huishouden zelfstandig te voeren. De gemeente is dan gehouden de cliënt hiervoor te compenseren.

Persoonlijke verzorging als voorliggende voorziening

Er zijn gemeenten die bij aantoonbare (dreigende) overbelasting van de mantelzorger door het verlenen van PV, alleen dan HH indiceren als de cliënt geïndiceerd is voor PV en dit ook verzilvert. Dit vanuit de gedachte dat voorzieningen uit de AWBZ voorliggend zijn op voorzieningen uit de Wmo. Uit een rechterlijke uitspraak komt naar voren dat er niet zonder meer vanuit kan worden gegaan dat een cliënt PV in moet kopen bij een professionele zorgverlener om zo overbelasting bij een mantelzorger te voorkomen. Dit roept onder meer de vraag op of dit verzilveren ook kan bestaan uit het nemen van een PGB voor de PV en de mantelzorger uit te laten betalen. Op deze vragen kan nog geen eenduidig antwoord worden geformuleerd. Het is complexe problematiek die door meer rechterlijke uitspraken nog verduidelijkt moet worden.

Organisatie en structurering van het huishouden

Zowel uit de antwoorden van geraadpleegde respondenten als uit de Wmo richtlijn Hulp bij het huishouden² komt naar voren dat alle ondersteuning en structurering die primair gericht is op het huishouden, onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt. De wettekst van de Wmo spreekt niet specifiek over ondersteunende taken, maar geeft wel aan dat de gemeente een voorziening moet treffen die iemand in staat stelt een huishouden te voeren

¹ Centrum Indicatiestelling Zorg, *Wmo richtlijn Indicatieadviesing voor Hulp bij het Huishouden versie 1.0* (december 2006), p. 9. Om tot deze Wmo richtlijn te komen is het AWBZ protocol Huishoudelijke Verzorging en Gebruikelijke Zorg aangepast op basis van de Wmo modelverordening en modelbeleidsregels van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

² CIZ, *Wmo richtlijn Indicatieadviesing voor Hulp bij het Huishouden versie 1.0* (december 2006), p. 6.

en dat hierbij rekening gehouden moet worden met de behoeften van de aanvrager. Indien nodig vallen hier ook ondersteunende taken onder.

Ook vanuit de AWBZ wordt ondersteuning geboden. Deze is echter gericht op een breder gebrek aan organisatie- en structureringsvermogen. Het AWBZ-Kompas stelt dat het verschil tussen de Wmo en de AWBZ gelegen is in het doel van de hulp. Ondersteuning bij het (leren) structureren en organiseren van het huishouden waarbij de cliënt zelf de huishoudelijke taken kan uitvoeren, is AWBZ-zorg. Het overnemen van huishoudelijke taken, inclusief indien nodig de organisatie van het huishouden, is onderdeel van de Wmo.¹

In de praktijk blijkt ondersteuning bij huishoudelijke taken een grijs gebied, waarbij de verantwoordelijkheden niet altijd duidelijk zijn. Zo hanteren diverse gemeenten in de casussen een vrij strikte scheiding tussen huishoudelijke en ondersteunende taken, waarbij alle ondersteuning vanuit de AWBZ geboden moet worden. De betreffende cliënten dreigen hiermee tussen wal en schip te geraken omdat de door het CIZ geïndiceerde uren voor OB niet specifiek bedoeld zijn voor ondersteuning bij huishoudelijke taken. Daarbij is het praktisch gezien niet doenlijk om de vanuit de AWBZ aanwezige ondersteuning (gelijktijdig) in te zetten voor het 'opplussen' van de HH1 (alfahulp). Ook is het in veel gevallen nodig om zowel OB als HH in te zetten: de OB activeert mensen om zelf taken op te pakken, en de HH is nodig om het huis écht schoon te krijgen.

Zonder organisatie en structureren van het huishouden – waar dit op basis van de problematiek nodig is – kan de problematiek van cliënten verergeren. Dit is niet alleen schadelijk voor de cliënt; ook moeten dan mogelijk duurdere vormen van hulpverlening ingezet worden. Andersom kan het inzetten HH2 (of HH3) in cliëntsystemen met complexe problematiek bijdragen aan een klimaat waarin de overige aanwezige hulpverlening effectiever en doelmatiger kan opereren.

Door inwerkingtreding van de voorgestelde AWBZ-pakketmaatregelen met betrekking tot OB wordt het ontwikkelen van een visie op dit terrein voor gemeenten én cliënten nog belangrijker.

HH als ruilzorg voor AWBZ-functies

In de AWBZ was het mogelijk om de persoonlijke verzorging waarvoor een AWBZ-indicatie was afgegeven te laten leveren door een mantelzorger en in ruil hiervoor huishoudelijke verzorging te ontvangen. Als gevolg van de knip tussen de AWBZ en de Wmo is uitruil tussen HH en AWBZ-functies in principe niet meer mogelijk. Voor individuele cliënten kan het toch wenselijk zijn de persoonlijke verzorging, die als ingrijpend in de persoonlijke levenssfeer wordt ervaren, te laten leveren door een mantelzorger. De vraag is of, en zo ja op welke wijze hiervoor een oplossing gecreëerd kan en moet worden. Een enkele gemeente heeft ervoor gekozen ruilzorg in bijzondere gevallen mogelijk te maken. Cliënten creëren hun eigen oplossingen door voor de PV een PGB aan te vragen, zichzelf daarmee uit te betalen en van het hogere gezinsinkomen huishoudelijke hulp te regelen.

Hulpmiddelen/voorzieningen in het huishouden

Sommige cliënten maken vanuit de aard van hun beperkingen gedwongen gebruik van bepaalde hulpmiddelen of voorzieningen. Voorbeelden hiervan zijn een hulphond of blindengeleidehond, een robotarm of een (elektrische) rolstoel. Deze hulpmiddelen kunnen extra

¹ www.cvz.nl

schoonmaakwerkzaamheden met zich meebrengen: zowel de voorziening zelf als de eventuele vervuiling die het veroorzaakt, dienen gereinigd te worden.

Hoewel deze voorzieningen tot het huishouden van de betreffende cliënt behoren, blijkt dat niet alle gemeenten hier vanzelfsprekend uren voor indiceren. Dit heeft deels te maken met de bijzondere aard van de voorzieningen (ze zijn niet standaard in een huishouden aanwezig) en deels met het feit dat bepaalde voorzieningen niet vanuit de Wmo bekostigd zijn (zoals een hulphond en een robotarm). Hoewel de regels voor het schoonmaken van hulpmiddelen niet eenduidig zijn, voorziet het schoonmaken, in de behoefte van cliënten en kan, voorzover het niet aantoonbaar vanuit andere regelingen wordt gefinancierd, door de gemeenten overwogen worden hier uren voor te indiceren.

Beschikbaarheid en geschiktheid van algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen

Gemeenten zijn niet gehouden uren te indiceren voor het uitvoeren van taken die ook vanuit algemeen gebruikelijke of voorliggende voorzieningen verkregen kunnen worden. Daarbij dient een gemeente echter wel te toetsen in hoeverre deze voorzieningen voor de cliënt ook daadwerkelijk beschikbaar en geschikt zijn. Deze toetsing maakt het mogelijk in individuele gevallen maatwerk te realiseren.

De geschiktheid kan in het geding zijn indien een cliënt vanuit zijn/haar beperking (en medisch aantoonbaar) bijvoorbeeld speciale voeding nodig heeft waardoor Tafeltje Dekje of de boodschappendienst geen soelaas biedt.

Toereikendheid van het PGB

Problemen of op zijn minst onduidelijkheden met de hoogte van het PGB kunnen ontstaan indien een gemeente indiceert in klassen in plaats van uren. Cliënten aan de bovenkant van de klasse krijgen evenveel budget als cliënten aan de onderkant van de klasse.

Ook een te laag uurtarief kan voor cliënten problemen opleveren. Indien de gemeente het tarief te laag heeft vastgesteld, bijvoorbeeld omdat het op 75% van het laagste tarief van de gegunde zorgaanbieders is gesteld, kan de cliënt niet het benodigde aantal uren hulp inkopen. Overigens blijkt uit de gevalsanalyse dat het relatief eenvoudig is om de absolute ondergrens te bepalen (bijvoorbeeld 'minder dan 12 euro per uur is te weinig') maar dat het bepalen van een uurtarief dat vergelijkbaar is aan een voorziening in natura minder eenvoudig is. Dit hangt samen met de vraag wat als 'vergelijkbaar' beschouwd kan worden. Overigens werkt Per Saldo op dit moment aan een PGB-wijzer voor gemeenten. In deze PGB-wijzer, die op korte termijn zal worden gepubliceerd, komen alle aspecten van het vormgeven van het beleid en de uitvoering rond het PGB aan de orde.

Het functieniveau van huishulpen

Om te kunnen voldoen aan haar compensatieplicht is het niet alleen van belang dat een gemeente de juiste categorie hulp indiceert (de juiste taken), maar ook dat deze taken worden uitgevoerd door een medewerker met het juiste functieniveau. Ter illustratie constateert één van de respondenten in de groepsdiscussie dat vóór de invoering van de Wmo voor HH2-taken een verzorgende B werd ingezet terwijl dit nu een huishulp A is. Voor HH1 wordt nu vaak een alfahulp ingezet terwijl dit vroeger een huishulp A was. HH3 wordt in veel gemeenten niet onderscheiden, waardoor verzorgenden B en C uitsluitend nog AWBZ-zorg leveren. Deze verschuiving wordt veroorzaakt door de tarieven die gemeenten hantieren. Met name in complexere (gezins)situaties kan de 'bagage' van de zorgverlener zeer bepalend zijn voor de effectiviteit van de geleverde hulp.

De kwaliteit van de geleverde hulp

Ook als de indicatiestelling en zorgtoewijzing in een gemeente optimaal functioneren, ontbreekt de waarborg dat gemeenten aan hun compensatieplicht voldoen indien de kwaliteit van de daadwerkelijk geleverde hulp onvoldoende is. Gezien de kenmerken van de doelgroep is het belangrijk om een goede kwaliteit te waarborgen. Cliënten bevinden zich in een kwetsbare positie maar zijn niet geneigd tot klagen, bijvoorbeeld omdat zij onvoldoende assertief zijn of bang zijn voor repercussies e.d.

Gemeenten kunnen in de aanbestedingseisen en contracten kwaliteitseisen opnemen, maar deze zijn in de praktijk niet altijd goed te controleren: zeker als het gaat om de hulpverlening bij een individuele cliënt. Controlemogelijkheden waar gemeenten op dit moment gebruik van maken en die in principe goed functioneren, zijn bijvoorbeeld het inrichten van een klachtenmeldpunt en het houden van een klanttevredenheidsonderzoek. Uit de groeps gesprekken komt naar voren dat gemeenten over het algemeen op dit moment nog weinig controle uitvoeren op de kwaliteit van de daadwerkelijk geleverde zorg.

4.2 Aanbevelingen

4.2.1 Integraal beleid

- ✓ Gemeenten, zorgaanbieders en indicatiestellers: ga (structureel) met elkaar in overleg om casuïstiek met elkaar te bespreken. Dit geeft meer inzicht in de taakopvatting van een ieder, in de problematiek van een cliënt en in de (gewenste) samenhang van de hulp en zorg die geboden wordt. De gemeente kan hierin het voortouw nemen en, indien men problemen signaleert in het functioneren van een gezin die niet onder de verantwoordelijkheid van de gemeente vallen, daarin ook als regievoerder optreden.
- ✓ Complexe (gezins)situaties vragen veelal maatwerk als het gaat om hulp en ondersteuning. Zoek als gemeente naar mogelijkheden en kansen om een integrale oplossing te bieden in plaats van het beperken van rechten en aanspraken. Overleg over dergelijke situaties met experts (medisch, zorgverleners, CIZ, MEE).
- ✓ Zorg voor een indicatie 'met een brede blik'. Kijk bij een aanvraag voor huishoudelijke hulp niet alleen naar de huishoudelijke hulp die eventueel nodig is maar ook naar andere problemen van cliënten en de mogelijkheden die de gemeente vanuit de Wmo en andere regelingen heeft. Om deze 'integrale indicatie' mogelijk te maken is het verstandig om, als er een vermoeden is dat cliënten ook van andere voorzieningen gebruik (zouden kunnen gaan) maken, bij een eerste indicatie een huisbezoek af te leggen.

De VNG is op dit moment bezig met het project De Kanteling, waar één van de aandachtspunten de indicatie is: "Gemeenten zullen meer tijd moeten nemen in het eerste gesprek met de klant. Het gesprek wordt meer vraagverhelderend, minder beoordelend".¹

¹ Bron: www.invoeringwmo.nl

- ✓ Wees creatief, betrek bijvoorbeeld andere vrijwilligers of welzijnsorganisaties bij het bieden van hulp en diensten. Zeker wanneer het gaat om algemeen gebruikelijke voorzieningen zijn inventieve oplossingen (eenvoudig) realiseerbaar, zoals bijvoorbeeld een alternatieve boodschappenservice waarbij de cliënt naar de boodschappen gebracht wordt in plaats van andersom.
- ✓ Ga na op welke manieren de gemeente binnen haar verantwoordelijkheden bij kan dragen aan de maatschappelijke participatie van de cliënt, ook op langere termijn. Een voorbeeld is het indiceren van extra uren voor het assisteren van een cliënt bij het zelf verzorgen van de maaltijd, in plaats van de cliënt te verwijzen naar algemeen gebruikelijke voorzieningen. Dit kan bijdragen aan de zelfredzaamheid en eigenwaarde van een cliënt. Deze afwegingen gelden ook voor cliënten met een baan. Is het wenselijk dat iemand minder moet gaan werken of stoppen met werken omdat hij/zij dan wel zelf het huishouden kan doen?

4.2.2 Beleidskader

- ✓ Stel als gemeente een hardheidsclausule op (voor zover dit nog niet gebeurd is) waarmee gemotiveerd kan worden afgeweken van de gemeentelijke beleidsregels omtrent gebruikelijke zorg. Hierin kan bijvoorbeeld ook het verlenen van PV door de huisgenoot meegenomen worden.
- ✓ Formuleer factoren waarbij meer (of minder) uren hulp geïndiceerd kunnen worden dan de normtijden in het indicatieprotocol. Denk hierbij niet alleen aan 'standaard' factoren als de aanwezigheid van kinderen, incontinentie of COPD, maar ook aan gevallen zoals de aanwezigheid van een hulphond of een elektrische rolstoel. Ook een hardheidsclausule (gemotiveerd afwijken) kan hiervoor overigens een oplossing bieden.
- ✓ Stel als gemeente vast of en zo ja, wanneer het nodig is om rekening te houden met persoonlijke financiële situatie van de cliënt en hierbij maatwerk te leveren op het moment dat een cliënt verwezen wordt naar algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen. Hiervoor kan mogelijk worden aangesloten bij de inkomenstoets ten behoeve van de eigen bijdrage. Geef cliënten, waar dat aan de orde is, informatie over bijvoorbeeld bijzondere bijstand.
- ✓ Houdt een open oog voor situaties waar uitruil mogelijk aan de orde is geweest (indien alsnog een herindicatie aan de orde is). Cliënten zullen zelf niet snel aanklaarten dat in het verleden uitruil heeft plaatsgebonden omdat zij daarvan (wellicht) niet op de hoogte zijn. Stel vast of 'uitruil' in specifieke situaties mogelijk is, al dan niet na (financiële) afspraken met het zorgkantoor. Er zijn gemeenten die dit, vanuit menselijk oogpunt, mogelijk maken en dit als gemeente voor hun rekening nemen.
- ✓ Indiceren in klassen schept, met name voor PGB-houders, veel onduidelijkheid. Harmoniseer de geïndiceerde uren met het uit te keren PGB-budget: keer niet in klassen uit, maar in geïndiceerde uren. Mocht u als gemeente toch in klassen willen blijven indiceren, expliciteer dan van tevoren naar cliënten of uitgekeerd wordt op basis van het laagste, gemiddelde of hoogste aantal uren in de klassen. Geef tijdige en heldere informatie over de regels voor (de verantwoording van) het PGB en de hoogte van de eigen bijdrage.

- ✓ Kijk als gemeente goed naar de afbakening tussen HH en AWBZ-zorg en de mate van voorliggendheid van de AWBZ. Vanuit de praktijk zijn signalen bekend dat gemeenten met name OB en PV als voorliggend op de huishoudelijke hulp zien. Hierbij dient echter zorgvuldig afgewogen te worden in hoeverre deze zorgfuncties de problematiek op basis waarvan cliënt aanspraak wil maken op de Wmo, kan verhelpen. Bij ondersteuning die primair gericht is op huishoudelijke werkzaamheden, evenals ontlasting van een overbelaste, PV verlenende mantelzorger, kan niet zonder meer naar de AWBZ verwezen worden.

4.2.3 Proces van indicatiestelling

- ✓ Toets in hoeverre de voorzieningen die als algemeen gebruikelijk of voorliggend zijn aangewezen in de specifieke situatie van de cliënt daadwerkelijk beschikbaar en adequaat zijn voor de cliënt. Medisch onderbouwde dieetvoorschriften dienen meegewogen te worden. Ook kan overwogen worden om rekening te houden met de persoonlijke financiële situatie van de cliënt, zodat duidelijk wordt of het inkomen van de cliënt hoog genoeg is om de voorziening te bekostigen.
- ✓ Zorg voor een zorgvuldige totstandkoming van alle indicatiebesluiten door, met toestemming van de cliënt, onder meer het raadplegen van (medische) informatie en/of CIZ-dossiers, het consulteren van (huis)artsen, het raadplegen van de huidige zorgaanbieder, het persoonlijk horen van de volwassen huisgenoten i.v.m. gebruikelijke zorg en/of het in kaart brengen van eventuele problematiek bij andere gezinsleden. Stel indien wenselijk criteria op wanneer en waar bepaalde informatie ingewonnen dient te worden.
- ✓ Een telefonische indicatiestelling kan in principe voldoende informatie opleveren om een indicatiebesluit op te baseren indien recente medische gegevens aanwezig zijn en er geen verandering in de toestand van de cliënt verwacht wordt. Er zijn echter ook contra-indicaties te noemen voor het gebruik van een telefonische indicatie:
 - Indien de indicatiesteller niet de beschikking heeft over recente medische gegevens van cliënt en/of huisgenoten;
 - Er niet kan worden uitgesloten c.q. er zijn aanwijzingen dat sinds de vorige indicatiestelling verslechtering is opgetreden in de fysieke of mentale toestand van de cliënt;
 - De vorige indicatiestelling meer uren en/of een zwaarder type HH betrof dan waar de gemeente middels haar protocol op uitkomt;
 - Naast de cliënt er huisgeno(o)t(en) is/zijn die kampen met fysieke en/of mentale problematiek;
 - Er mogelijk sprake is van complexe problematiek die zoveel mogelijk integraal moet worden beoordeeld (de cliënt ondervindt niet alleen beperkingen bij het zelfstandig voeren van het huishouden maar ook op andere levensgebieden).
- ✓ Indien wordt gekozen voor een telefonische indicatie: vraag aan cliënten of het gelegen komt dat men op dat moment belt voor een indicatiegesprek of maak vooraf een afspraak voor de telefonische indicatie. Met het maken van een afspraak voorkomt u dat de cliënt overrompeld wordt door de onverwachtse telefonische indicatie en dat het gesprek voor de cliënt ongelegen komt.

- ✓ Geef cliënten in het af te geven indicatiebesluit – ook indien deze afwijzend is - voldoende duidelijkheid over de wijze waarop de indicatie tot stand is gekomen, waaruit de geïndiceerde hulp is opgebouwd (taken en minuten), en op welke wijze de genomen beschikking bijdraagt aan het behouden en het bevorderen van de zelfredzaamheid en de normale maatschappelijke participatie van een cliënt. Hiermee voldoet u als gemeente aan de motiveringsplicht (art. 26 Wmo) en geeft u de cliënt handvatten om met de gemeente in gesprek te gaan indien de indicatie hem/haar als onvoldoende compenserend toeschijnt.

4.2.4 Levering van de hulp

- ✓ Veranderingen in de (leef-, gezins- of gezondheids-)situatie van een cliënt kunnen de geïndiceerde hulp ontoereikend maken. Ook kan de geïndiceerde hulp bij effectuering (na enige tijd) onvoldoende blijken te zijn. Hoewel het primair de verantwoordelijkheid van de individuele cliënt is om dit bij de gemeente aan te geven, kan een gemeente ervoor kiezen om met enige regelmaat de situatie van de cliënt en de toereikendheid van de hulp te (laten) monitoren, bijvoorbeeld door casusoverleg tussen gemeente en zorgaanbieder. Hierdoor kunnen eventuele problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt. Dit ondersteunt de participatieve en preventieve doelstelling van de Wmo.
- ✓ Het controleren van de contactafspraken over de kwaliteit van de daadwerkelijk geleverde zorg staat over het algemeen nog in de kinderschoenen, terwijl de geleverde kwaliteit essentieel is voor het kunnen voldoen aan de compensatieplicht. Onder meer door het in ontwikkeling zijnde kwaliteitskader voor huishoudelijke verzorging zal hier de komende tijd meer aandacht voor komen. Gemeenten kunnen de kwaliteit op diverse manieren proberen te monitoren c.q. te waarborgen, bijvoorbeeld door het melden van klachten over een zorgaanbieder voor cliënten bekend en laagdrempelig te maken. Overweeg of bij de kwaliteitseisen gebruikt kan worden gemaakt van bestaande kwaliteitssystemen en klanttevredenheidsonderzoeken.
- ✓ Maak gebruik van meerdere verschillende bronnen om de kwaliteit van de hulp van het huishouden in beeld te krijgen en te houden. Uit dit onderzoek blijkt dat casusonderzoek, in dit geval naar aanleiding van de klachten bij het Meldpunt (her)indicatie, informatie biedt over specifieke problemen van cliënten die niet zozeer naar voren komt uit algemene klanttevredenheidsonderzoeken en aanbevelingen oplevert voor betrokken partijen.
- ✓ Voorafgaand aan een nieuwe aanbestedingsronde kan een gemeente in gesprek gaan met de zorgaanbieders over de afgelopen periode. Op basis van wederzijdse praktijkervaringen kan gesproken worden over de wenselijkheid en/of noodzakelijkheid van aanpassingen op aspecten als:
 - differentiatie in categorieën van huishoudelijke hulp (definities/taken)
 - niveau van de in te zetten hulpverleners (invulling)
 - indiceren in klassen, uren of minuten

Bijlage 1 Responsverantwoording

Kenmerken respondenten in de quick scan

In totaal zijn 131 mensen die een klacht hebben ingediend bij het Meldpunt (her)indicatie geïnterviewd. Hiervan is 86% vrouw en 14% man. Tweederde van de respondenten heeft geklaagd over de eigen indicatie en eenderde heeft een klacht ingediend over de indicatie van iemand anders. Hierbij gaat de klacht meestal om de indicatie van de partner (34%), de vader of moeder (30%) of het kind (20%). In de overige gevallen is de klacht ingediend door een ander familielid, de zorgverlener of de gehandicaptenraad.

De helft van de klachten gaat over een (her)indicatie voor de meest eenvoudige vorm van hulp (HH1) (47%), een kwart gaat over indicaties voor de uitgebreidere vorm van hulp (HH2) (26%). Eveneens een kwart van de klachten gaat over indicatiestellingen waarbij geen hulp bij het huishouden is toegekend (23%). Twee klachten gaan over een indicatie voor hulp bij een ontregelde huishouding (HH3). Enkele respondenten weten niet voor welk type hulp de indicatie is afgegeven. Gevraagd is naar de huidige vorm van hulp bij het huishouden die cliënten hebben.

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus 602
2700 MG Zoetermeer
tel: 079 322 22 22
fax: 079 322 22 12
e-mail: info@research.nl
www.research.nl