

p>b drenthe

PERSOONSVOLGENDE BEKOSTIGING DRENTHE

# Eindrapportage

periode 1 januari 2009 - 31 december 2010

Vastgesteld door de Stuurgroep  
Persoonsvolgende bekostiging Drenthe

16 februari 2011  
Niek Zwinkels (projectleider)

# Eindrapportage

periode 1 januari 2009 - 31 december 2010

Vastgesteld door de Stuurgroep Persoonsvolgende bekostiging Drenthe

Datum: 16 februari 2011

Door: Niek Zwinkels (projectleider)

Tekst

Niek Zwinkels

Ontwerp

Mariël Lam bno, 's-Hertogenbosch

Print

Multa grafisch bedrijf

Vanboeijen

In opdracht van

Stuurgroep PVB Drenthe

p/a VGN,

Postbus 413,

3500 AK Utrecht

030-27 39 300

info@vgn.nl

www.vgn.nl

# Inhoud

Aanleiding	3	8 Solidariteit en persoonsvolgende bekostiging	21
1 Het experiment Persoonsvolgende bekostiging in Drenthe	4	9 Knelpunten, oplossingen en aanpassingen in de werkwijze	22
1.1 De doelgroep	4	9.1 Inhoud informatiepakket	22
1.2 Doelstellingen	4	9.2 Belangstelling informatieavonden	22
1.3 Vragen die moeten worden beantwoord	5	9.3 Registratie gegevens en instemming cliënten	22
2 De projectstructuur	6	9.4 Keuzevrijheid voor wonen en dagbesteding bij verschillende aanbieders	23
2.1 De Stuurgroep	6	9.5 Cliënt met een relatie met een aanbieder vóór de indicatieaanvraag	23
2.2 De projectleider	6	9.6 Beschikbare open plaatsen bij aanbieders	23
2.3 De projectgroep monitoring	7	10 Conclusies uit het experiment	24
2.4 De projectgroep communicatie	7	11 Overwegingen en aanbevelingen	25
2.5 De werkplannen	7	11.1 Persoonsvolgende bekostiging	25
3 Wie is de cliënt?	8	11.2 De keuze van zorgvragers	25
4 Wie zijn de zorgaanbieders	10	11.3 Het zorgaanbod	25
5 Herinrichting van het werkproces	11	11.4 Voorwaarden voor het maken van overwogen keuzes	25
5.1 Het informatiepakket	11	11.5 Aanbeveling	26
5.2 Informatieavonden	12	Bijlage 1: Verslag Bijeenkomsten Cliëntenraden en Cliëntvertegenwoordigers	28
5.3 Ondersteuning door MEE	13		
5.4 Oriëntatie op het aanbod in Drenthe	13		
5.5 De aanbieding	13		
6 De resultaten	14		
6.1 De informatiepakketten	14		
6.2 Informatieavonden	15		
6.3 Ondersteuning door MEE	15		
6.4 Oriënterende gesprekken bij aanbieders	16		
6.5 De aanbieding	16		
6.6 Instemming met registratie van gegevens	16		
6.7 De keuzes die cliënten maken	16		
6.8 Financiële consequenties voor aanbieders	17		
7 Tevredenheid over de "nieuwe werkwijze"	18		
7.1 Nieuwe cliënten wonen	18		
7.2 Nieuwe cliënten dagbesteding	18		
7.3 Bestaande cliënten wonen en dagbesteding	19		
7.4 Hoe kwamen cliënten dan aan informatie?	19		
7.5 Conclusies uit het tevredenheidsonderzoek	20		

# Aanleiding

De cliënt<sup>1</sup> staat centraal en de positie van de cliënt moet versterkt worden. Deze uitgangspunten zijn verwoord in tal van beleidsstukken en nota's van instanties en organisaties die betrokken zijn bij AWBZ-zorg. Ook de brief van de toenmalige staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over de toekomst van de AWBZ, 'Zeker van zorg, nu en straks' (13-6-2008), gaat hierop in;

*"Cliënten moeten zelf keuzes kunnen maken over de manier waarop zij de zorg georganiseerd willen zien".* Dat betekent dat zij zelf moeten kunnen kiezen voor het best passende zorgarrangement bij een zorgverlener of woonvorm. Echter... om bewust te kunnen kiezen hebben zij inzicht in het aanbod en de kwaliteit van zorginstellingen nodig.

*"Zorgverleners moeten de ruimte hebben - en de stimulansen krijgen - om in te kunnen spelen op de keuzevrijheid. De cliënt moet worden geholpen om zijn weg te vinden in de mogelijkheden die de zorg biedt. De informatievoorziening en advisering moeten gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten. Cliëntenondersteuning, zoals door MEE wordt geboden, is daarbij uitermate belangrijk."*

De staatssecretaris meende dat ook een persoonsvolgend bekostigingssysteem (voor zorg in natura) hieraan een bijdrage kan leveren. Essentie is dat het geld de cliënt volgt naar de instelling van zijn keuze. De staatssecretaris wilde de komende jaren een aantal stappen zetten in de richting van persoonsvolgende bekostiging. Zij achtte het echter niet wenselijk dat door een volledig systeem van persoonsvolgende

bekostiging, een volledig geïndividualiseerd zorgmodel ontstaat.

Nevenstaande ontwikkelingen waren in 2008 voor de ketenpartners in de gehandicaptenzorg in Drenthe (cliëntenorganisaties, MEE, zorgaanbieders en zorgkantoor) aanleiding om het ministerie van VWS te vragen een experiment te subsidiëren. Doel van het experiment was om in de provincie Drenthe, vooruitlopend op landelijke invoering en binnen de bestaande regelgeving en mogelijkheden, in 2009 al ervaring op te doen met persoonsvolgende bekostiging voor cliënten met een indicatie voor een Zorgzwaartepakket VG.

In januari 2009 kon het experiment worden gestart. Na een periode van voorbereiding werd op 5 september 2009, tijdens een feestelijke bijeenkomst in Beilen, het startsein gegeven voor een nieuw werkwijze.

In deze eindrapportage worden de ervaringen beschreven die met de nieuwe werkwijze zijn opgedaan in de periode 1 september 2009 – 31 december 2010. Vervolgens vindt u conclusies die de Stuurgroep heeft getrokken en een schets van een werkwijze die er mogelijk toe leidt dat "cliënten zelf keuzes kunnen maken over de manier waarop zij de zorg georganiseerd willen zien". De Stuurgroep verwacht hiermee een bijdrage te hebben geleverd aan een verantwoorde besluitvorming rond landelijke invoering van een systeem van Persoonsvolgende bekostiging.

*februari 2011*

Namens de Stuurgroep Persoonsvolgende  
bekostiging Drenthe  
Niek Zwinkels, projectleider

---

<sup>1</sup> Wanneer in deze rapportage wordt gesproken over 'de cliënt', dan kan hiermee ook de vertegenwoordiger van de cliënt worden bedoeld.

# 1 Het experiment Persoonsvolgende bekostiging in Drenthe

In de provincie Drenthe ontstond in 2008 het idee om, vooruitlopend op landelijke invoering, in 2009 te starten met persoonsvolgende bekostiging voor bepaalde doelgroepen in de gehandicaptenzorg. Daarbij zou gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die de bestaande regelgeving biedt. Alle ketenpartijen (cliëntenorganisaties, MEE, zorgaanbieders, zorgkantoor) in de provincie waren van mening dat de kanteling van een aanbod- naar een vraaggericht systeem wenselijk was. Het werd als logische vervolgstap gezien op de al ingezette weg die landelijke partijen in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg hadden verwoord. Men had de ambitie om een vraaggericht systeem vorm te geven en, vooruitlopende op landelijke ontwikkelingen, de omslag van instellingsbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging te maken. Uitgangspunt voor de nieuwe systematiek zou zijn dat de cliënt goed geïnformeerd wordt en een overwogen keuze kan maken. Wanneer hij dat wenst zou er ondersteuning beschikbaar moeten zijn om keuze-informatie te achterhalen, mogelijkheden te vergelijken en zelf te kiezen. De keuze van de cliënt zou bepalend moeten zijn voor de financiering van de zorg en ondersteuning; de zorg wordt persoonsvolgend bekostigd. Deze verandering zou consequenties hebben voor de werkwijze en bedrijfsvoering van alle ketenpartners.

## 1.1 De doelgroep

Voor het experiment werd de doelgroep ingekaderd tot cliënten met een indicatie voor een Zorgzwaartepakket verstandelijk gehandicaptenzorg (ZZP-vg). De geïndiceerde zorg is wonen met of zonder dagbesteding in zeven verschillende vormen; ZZP-vg 1 t/m 7. Het ging daarbij om zowel 'nieuwe cliënten' als 'bestaande cliënten' die zorg kiezen bij een instelling in de provincie Drenthe. Nieuwe cliënten zijn cliënten die voor het eerst

een indicatie hebben gekregen voor verblijf, sinds 2008 in de vorm van een ZZP-vg 1 t/m 7. Bestaande cliënten zijn cliënten die al wonen binnen een van de zorginstellingen in Drenthe, maar voor wie de indicatie voor verblijf is verlopen. Wanneer zij een vervolgingindicatie voor een ZZP-vg aanvragen, worden zij door de zorgaanbieder gestimuleerd om zich op het aanbod in Drenthe te (her)oriënteren en eventueel andere keuzes te maken. Dit geldt ook voor cliënten die een keuze hebben gemaakt, maar waarvoor nog geen aanbod mogelijk is (cliënten op een wachtlijst). Cliënten die in Drenthe wonen, maar kiezen voor een aanbod buiten de provincie behoren niet tot de doelgroep van het experiment. Cliënten die buiten de provincie wonen en kiezen voor een aanbod in Drenthe, vallen binnen het experiment.

## 1.2 Doelstellingen

Als doelstellingen voor het experiment werden geformuleerd:

- het vormgeven van een vraaggericht zorgsysteem, waarin de cliënt centraal staat,
- de keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking met een indicatie in de vorm van een zorgzwaartepakket vergroten en
- het onderzoeken van de gevolgen voor alle betrokken partijen.

Het centraal stellen van de cliënt betrof keuzevrijheid op drie niveaus:

- in de provincie Drenthe: de keuze uit op ZZP-vg gebaseerde zorgarrangementen bij verschillende instellingen (voor het deel wonen en het deel dagbesteding kunnen afzonderlijke aanbieders worden gekozen),
- in de instelling: een passend zorgarrangement binnen de indicatie, aansluitend op de wensen van de cliënt, vastgelegd in het zorgplan van de cliënt,

- in de woning met daarbij de vraag: hoe kan de solidariteit tussen cliënten die met verschillende zorgzwaarten die in één woning wonen, behouden blijven?

### 1.3 Vragen die moeten worden beantwoord

De Stuurgroep had de ambitie om, op basis van de ervaring die wordt opgedaan, antwoorden te vinden op de volgende vragen:

- In hoeverre zijn cliënten tevreden over de keuzemogelijkheden?
- Zijn er verschuivingen in de vraag en in het aanbod?
- Zijn er verschuivingen in de productieafspraken en het budget van aanbieders?
- Zijn er knelpunten en hoe worden ze opgelost?
- Verandert de rol van aanbieders, MEE en zorgkantoor?
- Welke ondersteuning hebben cliënten nodig?
- Welke randvoorwaarden zijn nog nodig?
- Leidt de nieuwe werkwijze tot meer tevreden cliënten?
- Wat is de (extra) personele inzet van de organisaties die aan het experiment deelnemen?

## 2 De projectstructuur

Binnen het experiment werkten de volgende organisaties samen:

- Aanbieders: de drie grote aanbieders in Drenthe die een aanbod hebben voor cliënten met een indicatie voor een Zorgzwaartepakket VG (ZZP-vg); Vanboeijen, Promens-Care en De Trans. De overige drie aanbieders in Drenthe, Philadelphia, Filadelfia en Jade, hebben zich aan het experiment verbonden.
- MEE-Drenthe
- Centrum Indicatiestelling Zorg district Noordoost Nederland
- Zorgbelang Drenthe
- Zorgkantoor Drenthe (Achmea)
- De CG-Raad
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

De deelnemende organisaties stelden een convenant op waarin algemene afspraken ten aanzien van het experiment werden vastgelegd. Door ondertekening verbonden zij zich onder andere aan de volgende afspraken:

- dat het leidende principe van persoonsvolgende bekostiging is dat de keuze van de cliënt bepalend is en de middelen de keuze van de cliënt volgen,
- dat hiervoor van belang is dat cliënten worden gestimuleerd en in staat worden gesteld om hun keuzevrijheid te benutten,
- dat de activiteiten die door de instellingen, MEE Drenthe en het zorgkantoor gezamenlijk en individueel worden uitgevoerd voor dit experiment in activiteitenplannen worden uitgewerkt,
- dat de VGN namens de Stuurgroep bij VWS subsidie aanvraagt voor de uitvoering van het experiment,
- dat aan de voorwaarden die aan de subsidie zijn gesteld wordt voldaan en
- dat ketenpartners ook zelf (materieel) aan het experiment bijdragen.

### 2.1 De Stuurgroep

De Stuurgroep bestond uit vertegenwoordigers van de eerder genoemde organisaties en droeg zorg voor aansturing en besluitvorming ten aanzien van het experiment. Leden van de Stuurgroep informeerden betrokken medewerkers binnen de eigen organisatie over de ontwikkelingen en stuurden hen aan. Zij zorgden ervoor dat de eigen organisatie de gemaakte afspraken nakwam.

De Stuurgroep kwam tweemaandelijks bijeen en bestond uit de volgende personen:

- dhr. Q. van Woerdekom; CG-raad (voorzitter), vanaf augustus 2009 mevr. S. de Rijke
- mevr. B. Roos; VGN (secretaris)
- dhr. W. Hadderingh; Promens-Care
- dhr. M. Holling; VWS
- mevr. I. Huesken; De Trans, vanaf juni 2010 dhr. L. Takens
- dhr. E. Koekoek; Achmea Zorgkantoor Drenthe, vanaf maart 2010 dhr. B. Budel, vanaf november 2010 dhr. A. Kingma
- dhr. P. de Kroon; Vanboeijen
- dhr. D. Schneider; Zorgbelang Drenthe/VG sector
- dhr. A. Smand; Cliëntvertegenwoordiger
- dhr. J. Vaneman; MEE-Drenthe
- mevr. M. Verboom; CIZ, vanaf mei 2009 mevr. O. Kah
- dhr. N. Zwinkels (projectleider)

In oktober 2009 werd als agendalid aan de Stuurgroep toegevoegd:

- dhr. W. Drooger; Platform VG

### 2.2 De projectleider

De projectleider was verantwoordelijk voor de voorbereiding, onder andere het schrijven van de activiteitenplannen van de deelnemende organisaties. Hij zorgde voor afstemming van de activiteiten van de deelnemende organisaties en zag toe op de uitvoering van de

activiteitenplannen. Hij was verantwoordelijk voor de monitoring en evaluatie van activiteiten en rapporteerde aan de Stuurgroep over de voortgang en over de resultaten.

## 2.3 De projectgroep monitoring

De Stuurgroep stelde voor de monitoring van het experiment een projectgroep in. Deze projectgroep werkte een evaluatieplan uit. Afspraken over het aanleveren van gegevens ten behoeve van de monitoring werden vervolgens in de werkplannen per deelnemende organisatie opgenomen.

Opzet was dat deelnemende organisaties, vanaf de start van de nieuwe werkwijze, gegevens registreren. De betrof onder andere bezettingscijfer en cliëntvolgende registraties, waarin de naam en de geboortedatum van de cliënt werden aangevuld met gegevens als stappen, data en tijdsbesteding in het nieuw ontwikkelde werkproces. Maandelijks stuurden de deelnemende organisaties gegevens toe aan het zorgkantoor volgens een vastgesteld format. In het kader van het experiment werd ook een tevredenheidsonderzoek onder cliënten uitgevoerd. Persoonlijke gegevens van cliënten werden alleen voor monitoring gebruikt wanneer zij daarvoor een verklaring van instemming hadden getekend.

## 2.4 De projectgroep communicatie

De Stuurgroep stelde een projectgroep communicatie in. Deze projectgroep werkte een communicatieplan uit. Afspraken over te ondernemen activiteiten werden in de werkplannen per deelnemende organisatie opgenomen.

Onderdelen van het communicatieplan waren onder andere:

- dat de zorginstellingen hun cliënten informeerden over zorgzwaartepakketten volgens de door VWS in mei 2009 ontwikkelde brief. Deze brief werd voorzien van een voorliggende de brief met informatie over het experiment. Kern van de brief was dat cliënten altijd een keuze konden maken voor een andere aanbieder en

een informatiepakket over het aanbod in Drenthe konden opvragen bij het zorgkantoor,

- dat de zorginstelling de eigen medewerkers over het experiment informeerden,
- dat in maart en in mei 2009 bijeenkomsten werden gehouden voor medewerkers en leden van de cliëntenraden van de betrokken organisaties. Thema was: 'Hoe kiest de klant',
- dat de deelnemende organisaties aandacht zouden vragen voor het experiment via magazines/nieuwsbrieven en sites. In artikelen in de vorm van interviews met onder andere directeuren werd de boodschap uitgedragen 'u kunt zich opnieuw oriënteren, vraag een informatiemap aan bij het zorgkantoor',
- dat op 5 september 2009 een startbijeenkomst zou worden gehouden voor directies, medewerkers en leden van de cliëntenraden van de betrokken organisaties. Tijdens de bijeenkomst werden de aanwezigen over de nieuwe werkwijze geïnformeerd. Als start werd het eerste informatiepakket door het zorgkantoor overhandigd aan dhr. W. Drooger, directeur van Platform VG,
- na de bijeenkomst werd een persbericht uitgebracht.

## 2.5 De werkplannen

In werkplannen werden voor iedere deelnemende organisatie alle activiteiten opgenomen die voortvloeiden uit het nieuw ontworpen werkproces en uit het evaluatie- en communicatieplan.



### 3 Wie is de cliënt?

Voor het experiment werd de doelgroep ingekaderd tot cliënten met de indicatie ZPZ 1 t/m 7 vg (dus wonen met of zonder dagbesteding) die kiezen voor zorg bij een instelling in de provincie Drenthe. Het ging daarbij om zowel bestaande als nieuwe cliënten. Voor bestaande cliënten ging het om cliënten van wie de huidige indicatie voor wonen verliep en die een vervolgindicatie kregen. Zij werden door de zorgaanbieder geïnformeerd en gestimuleerd na te denken over wensen en mogelijkheden binnen de indicatie. Ook cliënten van de wachtlijst behoorden tot de doelgroep.

In de periode van 1 januari 2008 tot de start van de nieuwe werkwijze op 1 september 2009 werd aan 1817 cliënten een (her)indicatie afgegeven voor verblijf. Op basis van voorkeuren zoals de cliënt aangeeft bij de indicatieaanvraag geleidde het zorgkantoor cliënten door naar zorgaanbieders.

In het overzicht kon geen onderscheid worden gemaakt tussen cliënten die voor het eerst een indicatie voor wonen ontvingen en cliënten die al in een woonvoorziening wonen en, als gevolg van veranderingen in de zorgzwaarte of het verlopen van een eerdere indicatie, een nieuwe indicatie ontvingen.

Voor een deel van de cliënten met een nieuwe indicatie was niet direct een woonvorm beschikbaar. Wanneer zij dat wensten, zorgde de aanbieder voor een vorm van overbruggingszorg.

In 2009 werd door Achmea een onderzoek uitgevoerd naar keuzegedrag van cliënten met een verstandelijke beperking in Drenthe. Daaruit bleek dat 33% van de cliënten zelf betrokken wordt bij de keuze voor een aanbieder (5% maakt de keuze zelf, 28% samen met de vertegenwoordiger). De keuze voor een aanbieder werd voornamelijk door

#### Keuze cliënten na (her)indicatie (AZR<sup>2</sup> periode 1 januari 2008 – 1 september 2009)

Zorgaanbieder	1VG	2VG	3VG	4VG	5VG	6VG	7 VG	Totaal	%
De Trans	11	19	104	85	128	62	64	473	26,0%
Filadelfia	-	-	4	1	-	-	-	5	0,3%
Jade	-	1	6	2	-	1	-	10	0,6%
Philadelphia	-	-	-	-	-	-	-	?	
Promens Care	16	85	249	135	54	101	4	644	35,4%
Vanboeijen	5	17	79	70	164	106	244	685	37,7%
<b>Totaal</b>	<b>32</b>	<b>122</b>	<b>442</b>	<b>293</b>	<b>346</b>	<b>270</b>	<b>312</b>	<b>1.817</b>	<b>100 %</b>

#### Wachtlijst in Drenthe op 1 september 2009 (gegevens AZR)

Naam	1VG	2VG	3VG	4VG	5VG	6VG	7VG	NB	Totaal
De Trans	2	4	6	2	2	2		2	20
Filadelfia			2						2
Jade									-
Philadelphia									?
Promens Care			1						1
Vanboeijen	1	1	7	3	2	3	2	2	21
<b>Totaal</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>44</b>

<sup>2</sup> AWBZ-brede zorgregistratie; landelijk registratiesysteem voor CIZ en Zorgkantoren

de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger gemaakt (52%).

Uit het onderzoek bleek ook dat de beschikbaarheid van aanbod vaak de keuze bepaalt. Bij het kiezen wordt gebruikgemaakt van de volgende informatie:

- 50% bezoek aan zorgvoorziening  
(bijvoorbeeld: kennismaking of open huis)
- 21,1% folders of websites van zorgaanbieders
- 10,5% sociale kaart op de website van MEE
- 2,6% vergelijkingssites op internet  
(bijvoorbeeld: [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl))
- 1,3% website zorgkantoor

De meest belangrijke keuzeaspecten voor cliënten zijn nabijheid, de bekendheid/vertrouwdheid met de zorgaanbieder, de manier van benaderen en de geloofsbeschouwing/grondslag. 60% van de vertegenwoordigers die bij het onderzoek van Achmea betrokken waren, maakte geen afweging tussen het aanbod van meerdere aanbieders, 34% maakte een afweging tussen aanbod van twee aanbieders en 5,5% woog aanbod van drie aanbieders af voordat zij een definitieve keuze maakten.

Er wordt nauwelijks geswitcht tussen aanbieders wanneer de keuze eenmaal is gemaakt. Uit gegevens van het zorgkantoor bleek dat in de periode 1 januari – 31 augustus 2009 één cliënt met een indicatie ZZP overstapte naar een andere aanbieder.

## 4 Wie zijn de zorgaanbieders?

Bij het experiment waren de drie grote zorgaanbieders in Drenthe betrokken die een aanbod hebben voor cliënten met een indicatie voor een Zorgzwaartepakket VG (ZZP-vg); Vanboeijen, Promens-Care en De Trans. De

overige drie aanbieders in Drenthe, Philadelphia, Filadelfia en Jade, verbonden zich aan het experiment. Zorgkantoor Drenthe maakte voor 2009 de volgende productieafspraken met de zorgaanbieders voor een aanbod aan ZZP's:

### Productieafspraken 2009 (in plaatsen)

Naam	1 VG	2 VG	3 VG	4 VG	5 VG	6 VG	7 VG	Totaal	%
De Trans	3	16	99	75	132	77	64	466	23,7%
Filadelfia	1	4	12	4	-	1	-	22	1,1%
Jade	4	1	-	1	-	4	-	10	0,5%
Philadelphia <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	26	1,3%
Promens Care	8	60	247	161	77	206	-	760	38,7%
Vanboeijen	7	15	74	67	252	143	124	682	34,7%
<b>Totaal</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>44</b>

<sup>3</sup> Philadelphia is een landelijke aanbieder met een capaciteit van 26 plaatsen in Drenthe. De productieafspraken wordt gemaakt met het zorgkantoor Flevoland. De productieafspraken in ZZP's voor de locatie(s) van Philadelphia in Drenthe is niet bekend.

# 5 Herinrichting van het werkproces

Om cliënten beter te informeren over het aanbod in Drenthe stelde de Stuurgroep het volgende stroomschema voor de nieuwe werkwijze vast:

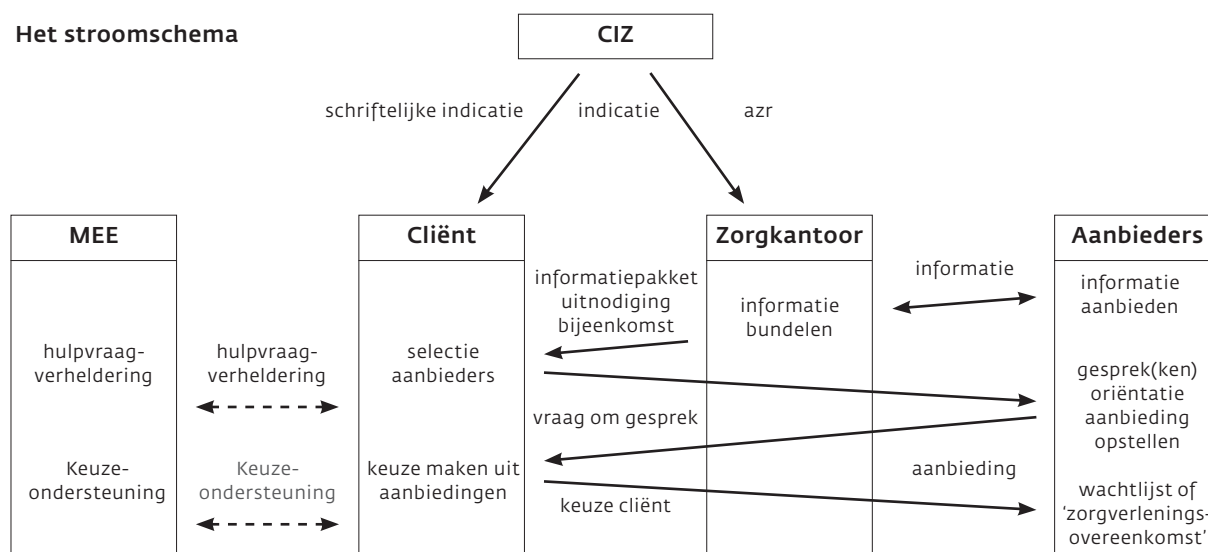
- 1 Het zorgkantoor stuurt na de online ontvangst van de ZZP-indicatie via de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) de cliënt een losbladig informatiepakket toe. Cliënten die al gebruikmaken van zorg en ondersteuning worden geïnformeerd over de mogelijkheid om te kiezen voor een andere aanbieder. Zij kunnen een informatiepakket opvragen bij het zorgkantoor.
- 2 De cliënt kan, mogelijk na bezoek van een informatiebijeenkomst of ondersteuning door MEE, een keuze maken uit één of meerdere aanbieders en neemt zelf contact met hen op.
- 3 De aanbieder start samen met de cliënt de oriëntatie op de zorgvraag en het aanbod dat de

aanbieder kan doen. Dit leidt tot een aanbieding; een beschrijving van het zorgarrangement.

- 4 De cliënt krijgt de aanbieding van een of meerdere aanbieders per post toegezonden.
- 5 De cliënt maakt een keuze uit de ontvangen aanbiedingen en sluit een zorgverleningsovereenkomst met de aanbieder af of 'komt op de wachtlijst'.

Het zorgkantoor ontvangt via AZR de door het CIZ afgegeven indicatie. In de indicatie wordt geen aanbieder van voorkeur aangegeven. Nadat de cliënt een keuze heeft gemaakt, meldt de aanbieder dit per mail aan het Bureau Zorgtoewijzing (BZT) van het zorgkantoor. BZT vermeldt de voorkeursaanbieder vervolgens handmatig in AZR. De melding aan het zorgkantoor van de aanvang van zorg wordt door de aanbieder via AZR op de gebruikelijke wijze gedaan.

Het stroomschema



## 5.1 Het informatiepakket

Om cliënten te informeren over de mogelijkheden in Drenthe stuurde het zorgkantoor hen een informatiemap toe met daarin de volgende onderdelen:

- een inleidende brief van het zorgkantoor,
- een brochure met uitleg van het experiment,
- een blad per aanbieder waarin zij informatie

geven over hun aanbod voor het geïndiceerde ZZP,

- een blad met informatie over het ondersteuningsaanbod van MEE,
- een blad met informatie over informatieavonden die zijn georganiseerd,
- een blad met informatie over gebruik van gegevens ten behoeve van monitoring, voorzien en een te ondertekenen verklaring en een antwoordenvolp.

### **De inleidende brief van het zorgkantoor:**

In de brief werd uitgelegd dat het, na het ontvangen van een indicatie, van belang is om een overwogen keuze voor een van de aanbieders te maken. Er werd een opsomming gegeven van de inhoud van het informatiepakket en er werd uitgelegd wat de rol is van het zorgkantoor bij het inkopen van voldoende, kwalitatief verantwoorde zorg en ondersteuning. Er waren drie typen brieven; een brief voor cliënten met een nieuwe indicatie, een brief voor cliënten met een herindicatie en een brief voor cliënten die het informatiepakket bij het zorgkantoor opvragen.

### **De brochure met uitleg over het experiment**

De brochure ging in op het experiment Persoonsvolgende bekostiging Drenthe; een Drents initiatief, persoonsvolgende bekostiging en keuzemogelijkheden.

### **Een blad van iedere aanbieder die een aanbod heeft voor het geïndiceerde ZZP**

Iedere aanbieder had op één dubbelzijdige pagina, als algemene informatie, een globale beschrijving gemaakt van het (huidige) aanbod aan wonen (met begeleiding) en dagbesteding (indien van toepassing), toegespitst op de ZZP's waarvoor zij een aanbod hadden.

Omdat uitgangspunt is 'hoe kunnen wij uw vraag beantwoorden' was dit aanbod slechts een indicatie. Op de pagina werd daarom ook beschreven hoe de aanbieder, in overleg met de cliënt, komt tot een op het individu toegesneden aanbod. Wat kan de cliënt verwachten? Stappen daarin zijn onder andere gesprekken, bezoeken van locaties, onderzoek en analyse van rapportages etc.

De opzet en lay-out van de pagina's waren gestandaardiseerd. De pagina's bevatten zowel vergelijkende informatie (uit onder andere KiesBeter.nl) als informatie waarmee de aanbieder zich onderscheidde.

Cliënten konden rechtstreeks contact opnemen met een of meerdere aanbieders.

### **Een blad met het ondersteuningsaanbod van MEE**

Op een dubbelzijdige pagina beschreef MEE Drenthe op welke manier zij cliënten kan

ondersteunen bij het maken van een goede en verantwoorde keuze. De mogelijkheden:

- het samen met de cliënt op een rij te zetten welke wensen hij heeft voor wonen en/of dagbesteding,
  - het ondersteunen van de cliënt bij het bespreken van de wensen met de zorgaanbieder,
  - het samen met de cliënt gaan kijken bij zorgaanbieders, met hen in gesprek gaan over de aanbidding,
  - het doornemen van de aanbiedingen en zorgarrangement en het ondersteunen van de cliënt bij het maken van een keuze,
  - het begeleiden en ondersteunen van cliënten wanneer zij een wooninitiatief willen realiseren,
  - het evalueren van de geleverde zorg en ondersteuning of het gekozen zorgarrangement.
- Cliënten konden rechtstreeks contact opnemen met MEE.

### **Een blad met informatie over de informatieavonden die waren georganiseerd**

Op deze pagina werd de cliënt geïnformeerd over - en uitgenodigd voor - de maandelijkse informatieavonden die waren georganiseerd. Zij konden zich per brief, telefonisch of per mail aanmelden bij MEE.

### **Een blad met informatie over gebruik van gegevens t.b.v. monitoring**

Op deze pagina werd uitleg gegeven over het belang van registratie van gegevens voor de monitoring en evaluatie van de effecten van de nieuwe werkwijze. Er werd uitgelegd dat zonder toestemming van de cliënt geen gegevens tussen deelnemende organisaties worden uitgewisseld. De cliënt werd gevraagd een verklaring te ondertekenen waarin hij zich akkoord verklaart met de uitwisseling van gegevens. De verklaring kon met een bijgevoegde antwoordenvolpde aan het zorgkantoor worden toegezonden.

## **5.2 Informatieavonden**

Cliënten konden zich informeren over het aanbod in Drenthe tijdens informatieavonden. Deze avonden zouden maandelijks, afwisselend in Assen, Emmen en Hoogeveen, worden georganiseerd. Tijdens de avond kon de cliënt

uitleg en aanvullende informatie krijgen over de keuzemogelijkheden die hij heeft. Naast de aanbieders die aan het experiment PVB Drenthe meewerkten, waren cliëntenorganisaties, MEE Drenthe en het zorgkantoor aanwezig. De avonden werden bewust niet bij een van de aanbieders gehouden.

Voor de avonden was een programma bedacht: tijdens een plenair deel zou Zorgbelang een korte inleiding geven over keuzes maken en oriëntatie op het aanbod. MEE zou vertellen over hun werkwijze bij zorgvraagverheldering. Bezoekers zouden (algemene) vragen kunnen stellen en kunnen kennismaken met de deelnemende organisaties.

Na een korte pauze konden bezoekers aan tafel met een of meerdere aanbieders, MEE of Zorgkantoor om vragen, ideeën of overwegingen te bespreken. Ook was het mogelijk om met anderen die zich oriënteren op een zorgaanbod van gedachten wisselen. Er zou allerlei informatiemateriaal voorhanden zijn.

### 5.3 Ondersteuning door MEE

De consultants van MEE Drenthe konden cliënten ondersteunen bij het maken van een keuze door:

- samen de wensen op een rij te zetten voor wonen en/of dagbesteding;
- een wenselijk en passend mogelijk aanbod te formuleren;
- ondersteuning bij het kenbaar maken van de wensen aan de zorgaanbieder;
- samen de aanbieding/het zorgarrangement met de aanbieder te bespreken en te ondersteunen bij het kiezen;
- mee te gaan kijken bij zorgaanbieders en in gesprek te gaan over aanbiedingen;
- te begeleiden en ondersteunen bij het realiseren van een wooninitiatief;
- samen de geleverde dienstverlening of het gekozen zorgarrangement te evalueren.

### 5.4 Oriëntatie op het aanbod in Drenthe

Cliënten konden een eerste selectie maken uit de zes aanbieders in Drenthe, onder andere op basis van de informatie uit het informatiepakket, informatie die tijdens de informatieavonden werd gegeven en informatie van MEE. Zij konden contact opnemen met een of meerdere aanbieders voor een nadere oriëntatie. Deze oriëntatie kon onder andere bestaan uit gesprekken en bezoeken.

### 5.5 De aanbieding

Na de fase van oriëntatie kon de cliënt vragen om een aanbieding. Dit hield in dat de aanbieder een beschrijving zou maken van een arrangement dat hij de cliënt, op basis van de indicatie, kon bieden. De cliënt kon bij meerder aanbieders een aanbieding opvragen. Over de vormgeving en inhoud van een aanbidding werden afspraken gemaakt om een vergelijking tussen verschillende aanbiedingen te vereenvoudigen. Op basis van vergelijking kon de cliënt een keuze maken voor een aanbieder en een zorgverleningsovereenkomst afsluiten. De aanbidding zou de basis vormen voor een zorgplan (of ondersteuningsplan of persoonlijk plan) dat na de aanvang van de ondersteuning wordt gemaakt.

## 6 De resultaten

Het was de bedoeling dat ervaring werd opgedaan met de nieuwe werkwijze en een antwoord te vinden op de vragen die de Stuurgroep zich bij de start van het experiment had gesteld. De Stuurgroep kwam al in juni 2010 tot de conclusie dat de nieuwe werkwijze niet leidde tot het gewenste resultaat dat cliënten zelf keuzes kunnen maken over de manier waarop zij de zorg georganiseerd willen zien. Ze kwam tot deze conclusie op basis van gegevens uit monitoring en

naar aanleiding van reacties van cliënten tijdens het tevredenheidsonderzoek (mei en juni 2010).

### 6.1 De informatiepakketten

In de periode 1 september – 31 december 2009 werden door het zorgkantoor aan 371 cliënten een informatiepakket toegezonden met daarin informatie over het aanbod dat in Drenthe voor het geïndiceerde ZZP beschikbaar is.

#### Verzonden informatiepakketten (periode 1 september - 31 december 2009)\*

Type indicatie	1 VG	2 VG	3 VG	4 VG	5 VG	6 VG	7 VG	Totaal
Nieuwe indicaties	8	17	12	8	1	9	5	60
Herindicaties	20	41	67	37	19	42	12	238
Cliënten wachtlijst	3	5	16	5	4	5	6	44
Belangstellenden		1	3	10	1	6	2	23
Cliënten in zorg	1	2	2				1	6
<b>Totaal</b>	<b>32</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>62</b>	<b>26</b>	<b>371</b>

\* de informatiepakketten werden vanaf oktober verzonden. Cliënten van de wachtlijst ontvingen het pakket in november 2009

In de periode van 1 januari tot medio juni 2010 werden door het zorgkantoor aan informatiepakketten toegezonden:

#### Verzonden informatiepakketten (periode 1 januari – medio juni 2010)

Type indicatie	1 VG	2 VG	3 VG	4 VG	5 VG	6 VG	7 VG	Totaal
Nieuwe indicaties	2	12	28	2	4	12	3	63
Herindicaties	8	44	150	68	67	130	33	500
Cliënten wachtlijst	0	0	0	0	0	0	0	0
Belangstellenden	0	0	0	0	0	0	0	0
Cliënten in zorg	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>10</b>	<b>56</b>	<b>178</b>	<b>70</b>	<b>71</b>	<b>142</b>	<b>36</b>	<b>563</b>

### 6.2 Informatieavonden

Vanaf oktober 2009 was er maandelijks een informatieavond gepland; in Assen, Hoogeveen of Emmen. In het informatiepakket was een uitnodiging voor de informatieavonden opgenomen. De cliënt kon zich telefonisch of per mail aanmelden bij MEE.

Het aantal aanmeldingen per geplande informatieavonden bedroeg twee à drie personen. Steeds twee dagen voor de geplande informatieavonden werd daarom besloten de bijeenkomst te annuleren door gebrek aan belangstelling. MEE legde contact met de belangstellenden om hen op een andere wijze te informeren.

In december 2009 besloot de Stuurgroep om, ondanks de beperkte belangstelling, de informatie-avonden toch te blijven organiseren.

De verklaring voor het beperkte aantal inschrijvingen werd gezocht in het feit dat cliënten de informatiepakketten pas in oktober en november hadden ontvangen. Aan de consultants van MEE en van de aanbieders werd gevraagd om cliënten nadrukkelijker te wijzen op de mogelijkheid om informatieavonden te bezoeken.

Ondanks de extra aandacht bleef de belangstelling gering. De Stuurgroep besloot in maart 2010 om geen informatieavonden meer te organiseren. Het inlegvel werd uit de informatiemap verwijderd.

### 6.3 Ondersteuning door MEE

Cliënten werden in het informatiepakket geïnformeerd over de ondersteuningsmogelijkheden van MEE. Zij konden rechtstreeks contact opnemen. Van cliënten met een ZZP-VG die na 1 september werd afgegeven, maakten tot 1 januari 2010 37 cliënten gebruik van deze mogelijkheid tot ondersteuning.

Bekend was dat zorgaanbieders een lijst hanteren

waarop cliënten worden geregistreerd die belangstelling hebben voor een zorgaanbod, al voordat een indicatie is aangevraagd. Wanneer er mogelijkheden zijn c.q. wanneer de nood hoog is, helpt de aanbieder hen bij het aanvragen van een indicatie. Het was van belang om ook deze groep cliënten bij het experiment te betrekken en uit te nodigen voor een bredere oriëntatie op het aanbod in Drenthe. De aanbieders hebben hen daarom in maart 2010 per brief en/of telefonisch benaderd.

Jade gaf aan geen lijst met belangstellenden te hebben aangelegd. Van Filadelfia en Philadelphia werden geen gegevens ontvangen.

21 van de 32 vertegenwoordigers die werden gebeld, gaven aan niet op de hoogte te zijn van mogelijkheden in Drenthe. 14 cliënten gaven aan door MEE gebeld te willen worden. MEE signaleerde bij hen, naast een vraag om keuze-informatie, vragen over de juistheid van de indicatie, het moeilijk vinden van een woonplek in verband met gedrag van de cliënt en het nog niet aan verhuizen toe zijn.

#### Telefonisch benaderen cliënten belangstellendenlijst aanbieders (maart 2010)

	Promens care	De Trans	Vanboeijen
Aantal cliënten per brief benaderd	8	0	0
Reactie: geen telefonisch contact	3	0	0
Aantal cliënten dat werd gebeld	0	0	0
Aantal vertegenwoordigers gebeld	5	17	10
Hoe kwam u aan informatie?	2 x al zorg van Promens Care 1 x woont al bij Promens Care 1 x via PGB-medewerker 1 x familie of kennissen	6 x via MEE 11 anders, voornamelijk via de zorgaanbieder	3 x via MEE 2 x familie of kennissen 2 x al zorg van Vanboeijen 1x zelf gebeld 1 x via school 1 x via huisarts
Bent u op de hoogte van de mogelijkheden in Drenthe?	4 x nee 1 x ja	9 x nee 8 x ja	8 x nee 2 x ja
Wilt u meer informatie?	4 x ja	8 x ja	6 x ja
Wilt u dat MEE u belt?	4 x ja	8 x ja	2 x ja
Kunnen wij u zelf helpen met informatie?	0 x ja	0 x ja	2 x ja
Afspraken die zijn gemaakt	geen	geen	1 x oriënterend gesprek 1 x rondkijken op nieuwe locaties



## 6.4 Oriënterende gesprekken bij aanbieders

Over nieuwe cliënten die zich, na ontvangst van het informatiepakket, bij aanbieders meldden is zeer beperkt informatie beschikbaar.

De door de aanbieders ingevulde maandelijkse overzichten, die zij tot mei 2010 aan het zorgkantoor toezonden, bevatten over de periode september – december 2009 de volgende cijfers:

### **Oriënterende gesprekken bij aanbieders (periode 1 september – 31 december 2009)**

De Trans	0 cliënten
Filadelfia	0 cliënten
Jade	0 cliënten
Philadelphia	0 cliënten
Promens Care	6 cliënten
Vanboeijen	6 cliënten
Totaal	12 cliënten

Met deze cliënten werden gemiddeld drie gesprekken gevoerd voordat een aanbod werd gedaan. De gemiddelde wachttijd na acceptatie van het aanbod bedroeg zes weken. Over de periode januari – juni 2010 zijn geen gegevens beschikbaar.

## 6.5 De aanbidding

Gedurende het experiment werden door aanbieders geen aanbiddingen gedaan in de vorm die in het kader van het experiment was bedacht. De verklaring die hiervoor werd gegeven was dat de cliënt tijdens de gesprekken een keuze maakte. De noodzaak om het aanbod in de vorm van een aanbidding te beschrijven, was hierdoor niet meer aanwezig.

## 6.6 Instemming met registratie van gegevens

In de periode september – december 2009 werd van 14 cliënten een ondertekend instemmingsformulier ontvangen. Zij gingen akkoord met de registratie van gegevens over de stappen die zij ondernemen bij hun oriëntatie. Vijf van deze cliënten maakten gebruik van de ondersteuning van MEE.

Aan consulenten bij aanbieders werd in april 2010 gevraagd of zij aan nieuwe cliënten opnieuw een instemmingsformulier wilden voorleggen. Dit leidde niet tot meer ondertekende instemmingsformulieren. Van de cliënten die geen toestemming gaven werden gegevens zo geregistreerd dat deze niet herleidbaar waren naar individuele personen. Hierdoor was een analyse van de gegevens niet mogelijk.

## 6.7 De keuzes die cliënten maken

Met het CIZ was afgesproken dat bij de indicatieaanvraag geen aanbieder van voorkeur zou worden gevraagd. Uit de gegevens van het zorgkantoor over de periode september-december 2009 blijkt dat bij 50 van de 60 nieuwe indicaties die in deze periode zijn afgegeven, toch een voorkeur van de cliënt was geregistreerd. Oorzaak hiervan was dat de aanbieder namens de cliënt de indicatie had aangevraagd. Het CIZ gaf dit vervolgens als voorkeur van de cliënt in de indicatie aan. Hieruit bleek dat de cliënt volgens de 'oude werkwijze' naar een aanbieder was doorgeleid. De 'nieuwe werkwijze' had nog geen invloed op het maken van keuzes. Daarmee bleven slechts 10 cliënten over die zich nog op een aanbod in Drenthe oriënteerden.

Van deze 10 cliënten werd niet inzichtelijk op welke manier zij zich oriënteerden. Een aantal van hen heeft contact gezocht met een van de aanbieders. Niet helder is of zij met deze stap een overwogen keuze maakten. Door aanbieders werd aangegeven dat zij tijdens de gesprekken aangaven een keuze te hebben gemaakt. De noodzaak om het aanbod in de vorm van een aanbidding te beschrijven was hierdoor niet aanwezig.

Over de periode 1 januari tot 30 juni 2010 bleken 22 cliënten nog geen voorkeur voor een aanbieder te hebben bij het aanvragen van de indicatie. Ook van deze cliënten is niet inzichtelijk op welke manier zij zich oriënteerden. Een aantal van hen heeft contact gezocht met een van de aanbieders in Drenthe.

### Voorkeuren nieuw geïndiceerde cliënten (periode 1 september - 31 december 2009)

	1 VG	2 VG	3 VG	4 VG	5 VG	6 VG	7 VG	Totaal
De Trans	1		1			2	1	5
Filadelfia		3	1					4
Jade				1		1		2
Philadelphia		1	2					3
Promens Care	2	4		2	1	1		10
Vanboeijen		1	4	1		2	2	10
Anders	3	6	1	1		3	2	16
Nog geen voorkeur	2	2	3	3				10
<b>Eindtotaal</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>60</b>

### Voorkeuren nieuw geïndiceerde cliënten (periode 1 januari - 30 juni 2010)

	1 VG	2 VG	3 VG	4 VG	5 VG	6 VG	7 VG	Totaal
De Trans	1	1	2			4	2	10
Filadelfia		3	3					6
Jade				1		1		2
Philadelphia		2	2					4
Promens Care	2	8	8	4	1	2		25
Vanboeijen	1	3	9	1	2	4	2	20
Anders	3	9	8	1	2	9	3	34
Nog geen voorkeur	3	3	10	3		2	1	22
<b>Eindtotaal</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>123</b>

## 6.8 Financiële consequenties voor aanbieders

De verwachting was dat zich, door het invoeren van persoonsvolgende bekostiging (de keuzes van cliënten die de financiering van zorginstellingen gaan bepalen), veranderingen in budgetten zouden voordoen. In de periode 1 september - 31 december 2010 hebben zich geen zichtbare veranderingen in het keuzegedrag van cliënten voorgedaan. Er zijn dus geen aantoonbare financiële consequenties van de nieuwe werkwijze.

# 7 Tevredenheid over de 'nieuwe werkwijze'

Om de meningen van cliënten en hun vertegenwoordigers over de nieuwe werkwijze in kaart te brengen, werd in mei 2010 een tevredenheidsonderzoek gehouden. Het onderzoek werd door medewerkers van de Trans, Promens Care en Vanboeijen uitgevoerd. Zij hebben cliënten, vertegenwoordigers en soms ook begeleiders bevraagd naar hun bevindingen met de nieuwe werkwijze.

Het onderzoek richtte zich op drie categorieën cliënten (of hun vertegenwoordigers):

- Nieuwe cliënten voor wonen
  - Nieuwe cliënten voor dagbesteding
  - Bestaande cliënten voor wonen en dagbesteding
- Besloten werd van cliënten van de wachtlijst uiteindelijk geen interview af te nemen. Uit de telefonische enquête over de belangstelling naar meer informatie of ondersteuning door MEE was al gebleken dat daar vrijwel geen behoefte aan was.

## 7.1 Nieuwe cliënten wonen

Deze cliënten kregen tussen 1 september 2009 en 1 april 2010 een eerste of herindicatie voor een ZZP en gingen nieuw bij een van de instellingen wonen. Het ging om 68 cliënten waarvan er 36 (53%) zijn geïnterviewd.

- 21 woonden eerst bij hun ouders,
- 10 woonden bij een andere instelling,
- 1 op een andere locatie,
- 4 woonden voorheen zelfstandig.

De geïnterviewden zijn allemaal geïndiceerd in de periode dat informatiepakketten zijn verstuurd. 31 cliënten gaven aan dat zij hier nauwelijks iets aan hebben gehad.

- 16 had de keuze al gemaakt,
- 3 hebben het pakket niet gezien,
- 4 werden door MEE geholpen,
- 2 zijn via een andere organisatie doorverwezen,
- 3 cliënten werden geplaatst (crisis) voordat ze geïndiceerd waren en hebben het pakket dus te laat ontvangen.

Zes cliënten hadden zich aangemeld voor een informatieavond, vijf van hen hebben hun keuze mede daarop gebaseerd. Het moeten informatieavonden van een van de instellingen zijn geweest, want vanuit het experiment hebben (bij gebrek aan belangstelling) geen informatieavonden plaatsgevonden.

- 11 hadden hun keuze toen al gemaakt,
- 12 hadden de uitnodiging niet gezien,
- 15 hadden via andere wegen informatie gekregen. Zij hebben het meest gehad aan kijken op locaties, de informatieavond van de instelling en internet.

Twintig cliënten gaven aan dat zij niet zelf hebben kunnen kiezen. Zestien cliënten zijn niet komen wonen waar ze dat het liefste wilden:

- 5 hadden het liefst bij hun ouders willen wonen,
- 4 wonen liever zelfstandig,
- 2 hadden geen keuze (OTS),
- 1 gaf aan dat de locatie van voorkeur niet beschikbaar was,
- 2 vonden het nu toch wel goed.

## 7.2 Nieuwe cliënten dagbesteding

Deze cliënten kregen tussen 1 september 2009 tot 1 april 2010 een eerste of herindicatie voor een ZZP en zijn nieuw met dagbesteding gestart. Ze zijn allemaal ge(her)indiceerd in de periode dat er informatiepakketten zijn verstuurd. De helft van de cliënten hadden voorheen ook dagbesteding. Zij zijn gewisseld omdat het dichterbij de woonlocatie was of omdat zij arbeidsmatige dagbesteding niet meer aankonden.

Het betrof 55 cliënten waarvan er 8 zijn geïnterviewd (15%). Niemand gaf aan iets te hebben gehad aan het informatiepakket:

- 3 hadden hun keuze al gemaakt,
- 2 hadden het pakket niet gezien,
- 1 gaf aan dat hij geen keus had, maar dat MEE had geholpen,
- 2 gaven geen reden aan.

Een van de cliënten die nieuw op een dagbesteding was gekomen, zei zich te hebben aangemeld voor de informatieavond. Vier cliënten hadden de uitnodiging niet gezien, drie gaven dat zij hun keuze al hadden gemaakt.

- 6 konden zelf kiezen,
- 6 hebben de dagbesteding van voorkeur,
- 2 konden nergens anders terecht.

Van de nieuwe dagbestedingcliënten gaf de helft aan andere informatie te hebben geraadpleegd. Zij hebben het meest gehad aan wat ze van anderen hoorden en aan het rondkijken bij projecten.

### 7.3 Bestaande cliënten wonen en dagbesteding

Dit zijn cliënten die tussen september 2009 en april 2010 een herindicatie kregen en op dezelfde locatie zijn blijven wonen en/of dagbesteding hebben gehouden. Ze hebben allen het informatiepakket ontvangen. Het betrof 202 cliënten waarvan er 27 zijn geïnterviewd (13%).

Van de geïnterviewden hebben er 16 de woonlocatie behouden, acht hebben zowel de woonlocatie en de dagbesteding gehouden en drie hebben dagbesteding behouden.

Drie van de 27 geïnterviewden zeggen dat het informatiepakket heeft geholpen bij het kiezen, 24 cliënten gaven aan niets aan het pakket te hebben gehad:

- 16 de keuze was al gemaakt, ik zit goed;
- 1 vond het pakket ook te ingewikkeld
- 5 hebben het pakket niet gezien,

- 2 vonden het niet interessant,
- 1 vond het te laat.

Van de cliënten die zijn blijven wonen waar ze al woonden, had er een zich aangemeld voor een informatiebijeenkomst.

- 4 hadden de uitnodiging niet gezien,
- 18 hadden al een keuze gemaakt en zitten goed,
- 1 cliënt wilde zich alsnog opgeven.

21 cliënten hebben geen andere informatie gevraagd. Van de zes cliënten die wel informatie zochten zijn er twee gaan kijken bij een andere locatie en hebben er twee geluisterd naar wat andere mensen hebben verteld.

De helft gaf aan zelf gekozen te hebben. 15 cliënten wonen op de plek waar ze dat het liefst hebben. Van de 6 cliënten die niet zitten waar ze het liefst willen, zeggen er 3 geen keuze of andere mogelijkheden te hebben (vaak uithuisplaatsing) en 3 liever thuis of zelfstandig te willen wonen. Van de cliënten die dezelfde dagbesteding hebben gehouden, hebben er acht zelf kunnen kiezen, Zij hebben dagbesteding zoals zij dat het liefst willen. Twee cliënten zeggen niet zelf te hebben kunnen kiezen, een van hen wil liever dagbesteding ergens anders.

### 7.4 Hoe kwamen cliënten dan aan informatie?

In de volgende tabellen ziet u hoe de cliënten aan informatie kwamen en hun beweegredenen om te kiezen voor een woning en/of dagbestedingslocatie.

Hoe cliënten aan informatie kwamen	Nieuwe cliënten wonen	Nieuwe cliënten dagbesteding	Blijvende cliënten wonen en dagbesteding
Folders	14	3	1
Internet	7	2	5
Kijken bij andere huizen/projecten	6	2	
Via andere mensen			3
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>27</b>

Redenen om te kiezen voor een woning en/of dagbestedingslocatie	Nieuwe cliënten		Blijvende cliënten	
	wonen	dagbesteding	wonen	dagbesteding
Faciliteiten	14	6	12	4
Dichtbij familie/ouders	14		1	9
Bekend met organisatie	11		14	
Locatie	6		8	
Dichtbij woonlocatie/ Ook dagbesteding	4	1		4
Sfeer	3	4		4
Hulp MEE	3			
Betrokken bij nieuwe setting	3			
Medebewoners	3			
Begeleiders	2	1		4
Geen keus/OTS	2			
Via GGZ instelling	2			
Kleine woonsetting	1			
Leuk werk				5
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>11</b>

## 7.5 Conclusies uit het tevredenheidsonderzoek

Het aantal geïnterviewde cliënten was beperkt. De reacties gaven wel inzicht in wat cliënten met de aangeboden informatie hebben gedaan en hoe ze tot een keuze kwamen.

- Het informatiepakket helpt cliënten niet bij hun keuze voor een woon- of dagbestedingslocatie. Veel cliënten hebben al eerder (vóór de indicatiestelling) een keuze gemaakt of vinden dat ze al een goede plek hebben gevonden. Over de inhoud van het pakket hebben weinig cliënten iets gezegd.
- De informatieavond blijkt niet in een behoefte te voorzien, hoewel veel van de geïnterviewde nieuwe cliënten zeggen de uitnodiging niet gezien te hebben. Er is wel belangstelling voor informatieavonden bij de uitgekozen instellingen, maar het doel van dergelijke avonden is een andere dan de informatieavond van het project.
- Opvallend is dat meer dan de helft van de mensen die nieuw zijn komen wonen geen andere informatie heeft opgevraagd of ontvangen. Van de zittende cliënten heeft vrijwel niemand verder gekeken. De cliënten die naar informatie hebben gekeken, hebben bij hun keuze het meest gehad aan het rondkijken bij locaties of projecten en aan wat anderen hen hebben verteld,
- Veel van de geïnterviewde cliënten zeggen niet zelf te hebben gekozen voor hun woonlocatie of dagbesteding. Vaak willen zij liever zelfstandig

of bij hun ouders wonen. Bij dagbesteding zitten de meeste cliënten op de plek waar ze het liefst zitten. Niet zelf kunnenkiezen kan samenhangen met het beschikbare of bereikbare aanbod. In hoeverre deze factoren een rol spelen zou verder uitgezocht moeten worden.

- De belangrijkste redenen om voor een woonlocatie te kiezen zijn de faciliteiten van de instelling, de nabijheid bij ouders of familie, de locatie, de bekendheid met de organisatie en het feit dat hun dagbesteding daar ook is. Bij dagbesteding spelen de faciliteiten en de sfeer een rol. Bij cliënten die de dagbesteding behouden worden ook de begeleiders en de woonlocatie belangrijk gevonden. Opvallend is dat faciliteiten zo vaak genoemd worden. Dit suggereert dat cliënten wel vergelijken tussen instellingen.

Deze informatie bevestigt dat cliënten na de indicatiestelling niet zitten te wachten op de in het project geboden informatie om hun keuze voor een aanbieder te bepalen. De keuze is veelal eerder gemaakt. Het is echter lang niet zeker dat het soort instrumenten dat in het kader van het experiment is ingezet in een eerder stadium van het keuzeprocés wel zouden helpen bij de keuze. Opvallend is dat veel mensen niet het gevoel hebben dat ze zelf een keuze hadden. Het ZZP op zich is dus geen keuzeinstrument. Empowerment van cliënten is wel degelijk nodig.

# 8 Solidariteit en persoonsvolgende bekostiging

Persoonsvolgende bekostiging zou keuzevrijheid en de keuzemogelijkheden vergroten.

Persoonsvolgende bekostiging zou er, samen met het wettelijk verankerde zorgplan, voor zorgen dat mensen meer zorg op maat krijgen. Een belangrijk element van Persoonsvolgende bekostiging zijn de Zorgzwaartepakketten. Dit toegekende pakket en het bijbehorende budget is echter niet alleen bestemd voor individuele zorg, maar ook voor collectieve voorzieningen die ten goede komen aan alle cliënten; binnen de instelling of binnen de woning. Daarop berust het solidariteitsprincipe; het samen mogelijk maken dat iedereen de zorg krijgt die in ieders zorgplan is afgesproken.

Een van de doelstellingen van het experiment was om een antwoord te zoeken op de volgende vraag: 'Hoe kan de solidariteit tussen cliënten die met verschillende zorgzwaarten in één woning wonen, behouden blijven?'

Om te inventariseren hoe cliënten/vertegenwoordigers hierover dachten, besloot de Stuurgroep om met een aantal Centrale Cliëntenraden en bewonersraden in gesprek te gaan over dit onderwerp. In december 2010 zijn gesprekken gevoerd met vier Centrale Cliëntenraden en twee groepen ouders/familieleden van wie de kinderen/familieleden samen op een groep wonen.

Tijdens de gesprekken werden vragen voorgelegd, en er was ook voldoende mogelijkheid om in te gaan op ervaringen met Persoonsvolgende bekostiging tot nu toe. Keuzemogelijkheden, het beïnvloeden van het beleid binnen de instelling, de dagelijkse praktijk; het kwam allemaal aan de orde (zie bijlage 1)

## De conclusies:

- Het ontbreekt mensen vaak aan voldoende kennis. Mensen hebben wel veel behoefte aan meer kennis over de wijze waarop zorg wordt georganiseerd, gefinancierd en uitgevoerd.

Deze behoefte komt voort uit betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel. Er is geen reden te concluderen dat mensen kennis willen om zo meer zorg te kunnen 'claimen'. Mensen zien zichzelf meer als partner van de organisatie dan als afnemer of claimende klant. Er zou op het gebied van communicatie met de verwanten en vertegenwoordigers wat veranderd kunnen worden, zodat mensen meer deelnemer in plaats van afnemer worden en zo te kunnen voldoen aan de wens van mensen om hun betrokkenheid in de praktijk te kunnen brengen. Indien er voldoende kennis is, dan gaan mensen vanuit cliëntenraden voortvarend te werk bij het proberen te sturen vanuit cliëntperspectief via de financiën.

- Mensen zetten geen vraagtekens bij solidariteit. Zij vinden solidair zijn met anderen in de instelling geen vraag maar een gegeven.
- Zij vinden solidariteit binnen de woongroep zelfs noodzakelijk voor kwaliteit van bestaan. Een ouder verwoordde dat als: "Ik heb niet één kind op de groep wonen, maar vijftien!"
- Wonen op een groep is leuk en warm, alles wordt gedeeld. Het is wel van belang dat formele en informele zorg in evenwicht is en met elkaar wordt vervlochten; met respect voor elkaars verantwoordelijkheden en mogelijkheden.
- Solidariteit is er ook naar de organisatie: er is gekozen voor de warmte van de organisatie; "De organisatie is een soort van familie geworden. Je laat je familie niet stikken."
- Solidariteit komt onder druk te staan wanneer mensen het gevoel hebben dat de basiszorg te kort schiet en het zorgplan niet kan worden uitgevoerd.
- Inzicht in de financiën en hoe geld verdeeld wordt, lijkt de solidariteit niet onder druk te zetten maar maakt dat mensen zich meer betrokken voelen bij de organisatie van de zorgverlening en de instelling.
- Individueel bepaalde ZZP's leiden niet tot een claimcultuur die de solidariteit binnen een groep onder druk zet.

# 9 Knelpunten, oplossingen en aanpassingen in de werkwijze

Gedurende het experiment zouden alle knelpunten en gevonden oplossingen worden geregistreerd. Knelpunten waarvoor geen oplossing was gevonden, zouden worden gemeld bij de projectleider die hierover aan de Stuurgroep zou rapporteren. Gedurende het experiment zijn geen knelpunten gemeld. Wel zijn op andere wijze knelpunten gesignaleerd en tijdens de Stuurgroepvergaderingen besproken.

## 9.1 Inhoud informatiepakket

De Stuurgroep was vanaf aanvang niet echt tevreden over de inhoud van de informatiepakketten.

- de pakketten bevatten te veel feitelijke informatie en waren te weinig uitnodigend,
- het aanbod van de aanbieders was, mede door de keuze voor een gestandaardiseerde opbouw, te weinig onderscheidend,
- er bestond twijfel of een pakket dat gebaseerd is op het geïndiceerde ZZP noodzakelijk was. Daarbij bleek het voor aanbieders moeilijk een onderscheidend aanbod per ZZP te omschrijven. Gevolg was dat de beschrijvingen per ZZP erg op elkaar leken.

Begin oktober 2009 besloot de Stuurgroep voorlopig geen aanpassingen te doen in het informatiepakket en het geplande tevredenheids-onderzoek af te wachten.

Omdat uit het tevredenheids-onderzoek bleek dat het informatiepakket niet bijdroeg aan het informeren van cliënten werd besloten het informatiepakket vanaf 1 juli 2010 niet meer toe te sturen.

## 9.2 Belangstelling informatie-avonden

De belangstelling voor de informatieavonden was vanaf aanvang nihil. Aan de consultants van MEE en van de aanbieders werd in december 2009

gevraagd om cliënten nadrukkelijker te wijzen op de mogelijkheid om informatieavonden te bezoeken. Dit leidde niet tot een toename van het aantal aanmeldingen.

Er hebben in de loop van het experiment geen informatieavonden plaatsgevonden.

Vanaf juli 2010 heeft de Stuurgroep zich gericht op het onderzoeken van andere mogelijkheden om cliënten te informeren over het aanbod in Drenthe. Er werden onder andere ideeën uitgewerkt voor een informatiebeurs voor cliënten, vertegenwoordigers en verwijzers. Uiteindelijk besloot de Stuurgroep om geen zorgbeurs te organiseren omdat dit, in het kader van het experiment, slechts een eenmalige activiteit kon zijn.

Vanaf augustus heeft de Stuurgroep, op basis van de ervaring die tijdens het experiment werd opgedaan, ideeën voor een centraal informatiepunt, de 'Intree' uitgewerkt. Deze ideeën zijn als aanbeveling en als voorstel voor een mogelijk vervolgproject, in dit rapport opgenomen.

## 9.3 Registratie gegevens en instemming cliënten

Om inzicht te krijgen in de effecten van de ontwikkelde werkwijze was toestemming van de cliënt een voorwaarde. In november 2009 besloot de Stuurgroep dat consultants van MEE en van de aanbieders de vraag om toestemming nadrukkelijk aan de cliënt voorleggen wanneer zij contacten hebben met cliënten. Zij hebben daarvoor het instemmingsformulier beschikbaar. Uiteindelijk gingen slechts 14 cliënten/vertegenwoordigers akkoord met registratie van hun gegevens.

Er bestond bij deelnemende organisaties voortdurend verwarring over de manier waarop gegevens dienden te worden geregistreerd.

Oorzaak was de veelheid aan categorieën cliënten (nieuwe, bestaande, heroriënterende, belangstellenden zonder indicatie, met en zonder toestemming registratie) en onbekendheid met gebruik van Excelsheets. Daarnaast liep de motivatie om te registreren gedurende de looptijd van het experiment terug. Uit de geringe belangstelling voor de informatieavonden trokken veel betrokkenen de conclusie dat het experiment 'niet aansloeg'.

In maart 2010 werd een bijeenkomst georganiseerd voor betrokkenen om de ontwikkelingen door te spreken. Doel was hen opnieuw voor het experiment te motiveren. Na de bijeenkomst werd onder andere de format voor de registratie aangepast en vereenvoudigd. Dit leidde niet tot meer registratiediscipline.

Doordat de nieuwe werkwijze van het project niet aansloeg bij cliënten, had de registratie ook geen meerwaarde. In juni 2010 besloot de Stuurgroep daarom te stoppen met de registratie van gegevens. Uit de registraties ontstond geen inzicht in de manier waarop cliënten zich op het aanbod in Drenthe oriënteren.

#### **9.4 Keuzevrijheid voor wonen en dagbesteding bij verschillende aanbieders**

Na de start van het experiment konden cliënten kiezen voor een aanbod aan wonen met begeleiding en een aanbod aan dagbesteding bij verschillende aanbieders. Doordat nog geen aanbiedingen zijn uitgebracht, ontstond geen inzicht in de mate waarin dit ook daadwerkelijk mogelijk werd gemaakt.

#### **9.5 Cliënt met een relatie met een aanbieder vóór de indicatie-aanvraag**

In de provincie Drenthe wordt door aanbieders en zorgkantoor het begrip wachtlijst verschillend geïnterpreteerd. Voor aanbieders bestaat de wachtlijst uit belangstellenden voor een aanbod, zowel met als zonder indicatie. Voor het zorgkantoor geldt dat wachtenden altijd in het bezit zijn van een indicatie.

Het verschil betreft een lijst van cliënten die zich bij de aanbieder hebben gemeld met de vraag om een aanbod op termijn. Wanneer de urgentie oploopt, of wanneer de aanbieder mogelijkheden heeft om een aanbod te doen, wordt door de aanbieder een indicatie aangevraagd. De keuze voor de aanbieder is dus vóór de indicatiestelling al gemaakt.

Aan het begin van het experiment bestond de indruk dat het verschil tussen de wachtlijst van het zorgkantoor en het totaal aan geregistreerde belangstellenden bij de aanbieders uit 100 tot 200 cliënten zou bestaan. Een deel van de cliënten zou zich bij verschillende aanbieders hebben gemeld of wordt, zonder het onderdeel verblijf, al door de aanbieder ondersteund. Vraag vanuit de Stuurgroep was of deze cliënten mogelijkheden hebben gehad zich op het aanbod in Drenthe te oriënteren.

De aanbieders hebben in maart 2010 het aantal geregistreerde belangstellenden geïnventariseerd. Het betrof in het totaal 35 cliënten. Zij zijn door de aanbieders telefonisch benaderd met de vraag of zij zich alsnog breder willen oriënteren en of MEE hen daarbij van dienst kan zijn (zie 6.3). Deze cliënten zijn dus in een later stadium bij het experiment betrokken.

#### **9.6 Beschikbare open plaatsen bij aanbieders**

Aanbieders hebben soms een aanbod beschikbaar waarvoor zich geen kandidaten hebben gemeld. In de Stuurgroep is overwogen om cliënten te informeren over deze open plaatsen. Voor cliënten kan de directe beschikbaarheid van een aanbod een motief zijn om voor een aanbieder te kiezen. De Stuurgroep zag hierin wel voordelen, maar besloot dit niet te doen. De schroom werd veroorzaakt door het feit dat in deze gevallen de keuze van de cliënt nadrukkelijk door het aanbod wordt gestuurd. Dit terwijl de vraag het aanbod zou moeten sturen. Mogelijk dat dit in de toekomst mogelijk wordt gemaakt.



# 10 Conclusies uit het experiment

Primair heeft het experiment zich gericht op het faciliteren van zorgvragers en vertegenwoordigers bij hun keuze voor zorg en ondersteuning. Vooronderstelling was dat zij door inzicht in de mogelijkheden een meer overwogen keuze konden maken. De keuze van de zorgvrager/vertegenwoordiger zou vervolgens bepalend zijn voor de zorg en ondersteuning die de zorgvrager krijgt en de financiering daarvan. Beoogd effect hiervan was dat het zorgaanbod zich zou richten op de keuzes die zorgvragers/vertegenwoordigers maken. Dit effect was na het experiment (nog) niet aantoonbaar.

De stuurgroep trok de volgende conclusies:

- 1 Ouders en verwanten hebben een grote invloed op de keuze van zorgvragers, net als de zorgverleners uit de belanghebbende instellingen. Is er eenmaal gekozen, dan blijft men vaak een zeer lange periode (soms een leven lang) cliënt van de zorgaanbieder en lijkt opnieuw kiezen niet meer aan de orde.
- 2 De nieuwe werkwijze nodigt de zorgvrager onvoldoende uit om zich te oriënteren en op basis van vergelijking tot een keuze te komen. Een deel van hen is van meet af aan heel bewust bezig en maakt afwegingen voor een (woon)locatie op basis van gevoel, nabijheid of beschikbaarheid en minder op basis van rationele gronden. Een grote groep ouders komt niet aan kiezen toe, omdat ze allang blij zijn dat er plaats is voor hun kind of houdt zich stil om de relatie met de zorgaanbieder goed te houden.
- 3 Ook de vooronderstelling dat zorgvragers zich na ontvangst van de indicatie voor een ZZP gaan oriënteren op het aanbod blijkt niet juist. In de praktijk is de keuze meestal veel eerder gemaakt. Zorgvragers vragen een indicatie voor een ZZP aan wanneer zorg en ondersteuning zonder verblijfsfunctie onvoldoende is of benaderen rechtstreeks een aanbieder wanneer er hulp nodig is. In die gevallen helpt de aanbieder de cliënt bij het aanvragen van de indicatie wanneer er aanbod beschikbaar komt c.q. wanneer de zorgvrager aangeeft dat ‘verblijf’ echt nodig is. Het stimuleren van zorgvragers om zich alsnog breder te oriënteren, wordt dan als niet passend of als betuttelend ervaren. Eigenlijk vraag je aan de zorgvrager: ‘Is uw keuze voor ons wel overwogen genoeg geweest?’
- 4 Deelnemende partijen zijn naast samenwerkingpartners ook concurrenten van elkaar. Dit bemoeilijkte de samenwerking. Enerzijds is er de ambitie om gezamenlijk het aanbod in Drenthe aan zorgvragers te presenteren, anderzijds was er een sterke behoefte zich van elkaar te onderscheiden.
- 5 Er wordt door de betrokken partijen vanuit verschillende visies over de rol van de zorgvrager gedacht. Dit blijkt onder andere uit reacties als: “autofabrikanten vragen de klant ook niet of zij zich goed op het aanbod van andere leveranciers hebben georiënteerd” en “veel zorgvragers kunnen/willen niet kiezen, ze willen hulp” en “zorgvragers maken zelf hun keuze op basis van niet-rationele overwegingen.” Dit benadrukt het belang van een sterke positionering van de spreekbuis van ‘de zorgvrager’.
- 6 Medewerkers van zorgaanbieders werden te beperkt bij het experiment betrokken. Het bleek dat het maar zeer beperkt lukte om hen te inspireren ten aanzien van de doelstellingen van het experiment. Medewerkers ervoeren het als een dilemma wanneer zij met de zorgvrager in gesprek waren/gingen over een aanbod en hem vervolgens moesten verwijzen naar andere (concurrerende) aanbieders.
- 7 Cliënten vinden solidariteit binnen een groep en binnen de instelling vanzelfsprekend. Wel dient de basiszorg gewaarborgd te zijn en de afspraken in het zorgplan te worden uitgevoerd. Inzicht in de financiële middelen en de verdeling daarvan leiden tot meer betrokkenheid bij de instelling. De individueel bepaalde ZZP's leiden niet tot een claimcultuur die de solidariteit binnen een groep onder druk zet.

# 11 Overwegingen en aanbevelingen

Met de ervaring die tijdens het experiment werd opgedaan, zocht de stuurgroep verder naar een werkwijze waarmee de positie van de zorgvrager zou kunnen worden versterkt en aanbieders worden gestimuleerd om het zorgaanbod nadrukkelijker te richten naar de wensen van de zorgvrager/vertegenwoordiger. In september 2010 organiseerde de Stuurgroep daarom een brainstormbijeenkomst met vertegenwoordigers vanuit de deelnemende organisaties, cliëntenraden van de deelnemende zorgaanbieders en beleidsambtenaren van VWS. Tijdens deze bijeenkomst werden ideeën voor een nieuwe werkwijze geboren.

## 11.1 Persoonsvolgende bekostiging

De essentie van Persoonsvolgende bekostiging is dat het geld de zorgvrager volgt naar de instelling van zijn keuze en de invulling van zijn zorgbehoeften. PVB kan een instrument en hefboom zijn voor vraaggestuurde zorgvernieuwing. De theorie is nu nog ver van de weerbarstige praktijk, maar de basisgedachte lijkt echter fundamenteel juist.

## 11.2 De keuze van zorgvragers

De zorgvrager zou, als gewone burger, op basis van objectieve informatie en onafhankelijk advies keuzes moeten kunnen maken. Door hun persoonlijke situatie of hun afhankelijke positie ten opzichte van zorgverleners is dit lang niet altijd het geval. Helder is dat het innemen van een sterkere positie en het voeren van 'eigen regie' onderdeel is van een breder proces van empowerment.

Kiezen vereist dat de zorgvrager weet wat hij wil en dat hij wordt gestimuleerd serieus te werken aan het realiseren van 'een droom'. Zonder zicht op eigen wensen en mogelijkheden kan er moeilijk gesproken worden van 'keuzes maken'. Daarbij is kiezen geen opeenstapeling van zorgproducten, het is een in iedere levensfase terugkerend proces. Levensfasen kennen transitie momenten waarop

met het oog op de eigen ontwikkeling nieuwe keuzes gemaakt (moeten) worden. Essentieel is dat bij het aanreiken van deskundigheid en informatie wordt aangesloten bij de transitiefases langs de levenslijn, omdat zich daar belangrijke keuzemomenten voordoen.

## 11.3 Het zorgaanbod

Het aanbod in Drenthe is diffuus en het aanbod van de verschillende aanbieders is weinig onderscheidend. Het beeld dringt zich op van (concurrerende) aanbieders die ieder vanuit een soort silo het eigen aanbod presenteren; 'business as usual'. Hierdoor valt er voor zorgvragers weinig te kiezen.

Er moet meer differentiatie en variëteit worden ontwikkeld. De overtuiging bestaat dat samenwerking, in vergelijking met concurrentie, leidt tot meer innovatie tegen lagere kosten. Aanbieders dienen innovatief samen te werken aan het (gezamenlijk) realiseren van de wens ('de droom') van de zorgvrager en het gezamenlijk ontwikkelen van vernieuwende zorgarrangementen. Zij moeten zich richten op het zoeken naar veelvormige antwoorden op veelvormige zorgvragen en de keuze en de regie meer bij de zorgvrager leggen.

## 11.4 Voorwaarden voor het maken van overwogen keuzes

Voor het maken van overwogen keuzes is het van belang dat de zorgvrager zich bewust is van de eigen wensen. Wat zijn de dromen, de ideeën en de eigen mogelijkheden. Soms moet men daarbij worden geholpen. Daarnaast moet er objectieve informatie beschikbaar zijn over de ondersteuningsmogelijkheden om te kunnen beoordelen of die passen bij de eigen ambities. Inhoudelijke argumenten om te kiezen voor een zorgarrangement of instelling moeten soms worden aangedragen. Antwoorden moeten ook passen bij de voorkeuren die de zorgvrager op

subjectieve, pragmatische of emotionele gronden heeft. Dit vereist competente professionals die zonder eigen belangen adviseren. Anderzijds zijn deze professionals competent om zorgvragen te vertalen naar een zorgaanbod. Hun ideeën leveren een schat aan informatie op voor het ontwikkelen van een gedifferentieerd (gezamenlijk) aanbod van zorgaanbieders in Drenthe.

## 11.5 Aanbeveling

De voorgaande overwegingen vormden voor de Stuurgroep de basis voor het idee over een 'centraal punt' in de provincie Drenthe. Het centrale punt kreeg de werktitel 'Intree'. De Intree is het centrale informatie- en adviespunt voor mensen met een verstandelijke beperking. In de Intree werken cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, MEE, gemeenten, CIZ en de zorgverzekeraar samen. Doel is om zorgvragers en hun familie te helpen bij het organiseren van hun droom. Zij richten zich op empowerment van mensen met een verstandelijke beperking en hun vertegenwoordigers, ondersteunen mensen bij het maken van keuzes bij de transitiefases langs de levenslijn en zorgen gezamenlijk voor een aantrekkelijk en inzichtelijk zorg- en ondersteuningsaanbod. Het realiseren van een Intree zou een logisch Drents vervolg kunnen zijn op het experiment persoonsvolgende bekostiging. De Intree heeft de volgende functies:

### **Contactcentrum**

De Intree heeft een 'cliëntenbestand' en maakt gebruik van een actuele sociale kaart van de provincie Drenthe, opgebouwd uit bijdragen van deelnemende organisaties. Via de Intree worden relaties gelegd. Zorgvragers en vertegenwoordigers worden rond de transitiefasen rechtstreeks uitgenodigd voor werkgroepen, themabijeenkomsten of festiviteiten en komen daarmee met elkaar in contact. De keuze en de regie liggen bij de zorgvrager. Hij kan ideeën en ervaringen uitwisselen voor de zorg en ondersteuning in Drenthe. Ook verwijzers (zoals artsen, scholen, Centra voor jeugd en Gezin) worden in contact gebracht met organisaties die antwoord kunnen geven op hun vraag.

### **Informatiecentrum**

Bij de Intree is steeds actuele informatie beschikbaar over het aanbod van alle betrokken organisaties in Drenthe. Het betreft de ondersteuningsmogelijkheden vanuit de AWBZ, de Wmo en de zorgverzekeringswet. Zorgvragers, vertegenwoordigers en alle partijen die bij zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking betrokken zijn, kunnen gebruikmaken van de informatie die bij de Intree beschikbaar is, of worden doorverwezen naar organisaties/ personen die een antwoord kunnen geven op de vraag. Ook via de site van de Intree is actuele informatie beschikbaar.

### **Adviescentrum**

Medewerkers van de Intree adviseren zorgvragers en vertegenwoordigers bij het organiseren van hun ondersteuning. De advisering omvat een oriëntatie op de zorgvraag, een oriëntatie op het aanbod, advisering bij het maken van keuzes en het doorgeleiden naar de aanbieder/organisatie van voorkeur.

### **Regionaal innovatiecentrum**

Op basis van de informatie die binnen de Intree beschikbaar is, wordt voortdurend geanalyseerd in hoeverre de werkwijze, de vraag en het aanbod optimaal op elkaar zijn afgestemd. Knelpunten zijn aanleiding voor innovaties die als samenwerkingsprojecten vanuit de Intree worden aangestuurd. Van belang is dat aansluiting wordt gezocht met landelijke organisaties die zich richten op innovatie (onder andere Nivel, Vilans en ZonMw). Voorbeelden van projecten zijn het ontwikkelen van - en experimenteren met - een innovatief zorgaanbod waarvoor wel vraag maar nog geen aanbod is, het aanbieden van eigen krachtconferenties, een zorgbeurs of het mogelijk maken van proef-werken of proef-logeren etc.

### **Bemiddelingscentrum**

Wanneer de zorgvrager/vertegenwoordiger een keuze voor een aanbod heeft gemaakt, zorgt de Intree voor de aanmelding bij de aanbieder van voorkeur. De Intree heeft inzicht in wachttijden en urgentie (de wachtlijst). De Intree kan zo nodig helpen bij het vinden van overbruggingszorg.

## **Vervolg**

De Stuurgroep van het experiment Persoonsvolgende bekostiging ziet de Intree als ideaal model voor het informeren en adviseren van cliënten met een verstandelijke beperking (en mogelijk breder). Voor de realisering is medewerking van een groot aantal partijen absolute voorwaarde. Daarbij zal ook samenwerking moeten worden gezocht met nog niet betrokken partijen, zoals gemeenten. Bij de afronding van het project vond de stuurgroep het nog te vroeg om daadwerkelijk over te gaan tot realisering van de Intree. Wel is afgesproken de regionale samenwerking verder op te pakken, zodat de Intree in een later stadium wellicht wel kan worden gerealiseerd.

# Bijlage 1:

## Verslag Bijeenkomsten Cliëntenraden en Cliëntvertegenwoordigers 'Over Solidariteit binnen Persoonsvolgende bekostiging'

### Inleiding

De invoering van de Persoonsvolgende bekostiging middels het ZZP-systeem heeft tot doel om de zorg van iedere cliënt/bewoner binnen een AWBZ-instelling te financieren waarvoor mensen geïndiceerd zijn conform de wettelijke aanspraken in de AWBZ. Een ander doel van de Persoonsvolgende bekostiging is om mensen, die gebruikmaken van AWBZ-zorg in een instelling, meer sturingskracht te geven en meer mogelijkheden om keuzes te maken. Zowel bij aanvang van de zorg, dus bij keuze van een zorginstelling, maar ook gedurende het hele zorgproces dat (met name in de gehandicaptenzorg) vaak jarenlang levensbreed en levenslang een belangrijk onderdeel is van het dagelijkse bestaan van mensen met een beperking. Persoonsvolgende bekostiging zou keuzevrijheid bevorderen en het ontstaan van meer keuzemogelijkheden verhogen om zo ertoe bij te dragen dat mensen meer in staat worden gesteld, samen met het wettelijk verankerde zorgplan, zorg op maat te realiseren.

De indicatie wordt omgezet in een ZorgZwaartePakket (ZZP). Aan ieder ZZP is een geldbedrag gekoppeld. Deze ZZP's worden afgegeven op basis van de gemiddelde prijs die het kost om aan de gemiddelde zorgbehoefte (indicatie) te voldoen. De feitelijk zorgbehoefte van de individuele bewoner ligt in de praktijk echter vaak in de marge van de afgegeven ZZP. Die kan zowel aan de bovengrens als aan de bovengrens liggen, afhankelijk van de individuele behoefte van de cliënt. De zorgaanbieder kan door alle beschikbare uren vanuit de ZZP's op groepsniveau in te zetten tot een gezamenlijk voorzieningenniveau komen, waarbij niet wordt uitgegaan van individuele inzet per bewoner maar juist voor de hele groep. Als iedere bewoner afzonderlijk uitgaat van het inzetten van de specifieke uren aan hem of

haar, dan heeft dat effecten voor het gemiddelde voorzieningenniveau binnen de groep. Dat zou op locatieniveau wel eens problemen kunnen geven. Het probleem ligt dan in het totale budget dat met de ZZP's van de bewoners op de groep wordt ingebracht. Het zou niet voldoende kunnen zijn om de zorg goed te organiseren en uit te voeren. Als het zorgbudget alleen wordt ingezet voor individuele zorg dan kan dat ten koste gaan van intentie en kwaliteit van collectieve voorzieningen.

Een belangrijk element van de Persoonsvolgende bekostiging middels de ZZP's is echter dat het pakket en het budget niet alleen bestemd is om individuele zorg te bekostigen, maar ook voor de collectieve voorzieningen die ten goede komen van alle cliënten/bewoners. Daarop berust het solidariteitsprincipe: het samen mogelijk maken dat iedereen de zorg krijgt die in ieders zorgplan is afgesproken.

### Werkwijze

Om te inventariseren hoe cliënten denken over het solidariteitsprincipe binnen de door de Persoonsvolgende bekostiging ontstane mogelijkheden, heeft de Stuurgroep van project PVB Drenthe besloten om met een aantal Centrale Cliëntenraden en cliëntvertegenwoordigersraden in gesprek te gaan over dit onderwerp. Er zijn gesprekken geweest met drie centrale cliëntenraden en met twee groepen ouders/familieleden van wie de kinderen/familieleden samen op een groep wonen. Deze gesprekken zijn gevoerd aan hand van een aantal vaste vragen. Uiteraard gaven de gesprekken voldoende mogelijkheden om ook na te gaan hoe mensen de mogelijkheden van Persoonsvolgende bekostiging tot nu hebben ervaren. Keuzemogelijkheden, het beïnvloeden van het beleid binnen de instelling, de dagelijkse praktijk, het is allemaal aan de orde gekomen.

## Vraagstelling:

- 1 Is er lokaal of op instellingsniveau door jullie inzicht in hoe het budget van de instelling wordt verdeeld over de verschillende diensten en afdelingen?
- 2 Welke diensten of afdelingen zijn in jullie ogen belangrijk voor de instelling?
- 3 Is er inzicht in de besteding van het budget binnen de verschillende woonlocaties?
- 4 Hoe kijken jullie aan tegen de gezamenlijk inzet van ZZP's als instellingsbudget, waarbij iedereen de zorg krijgt die nodig is en waarbij er tevens ruimte is voor collectieve voorzieningen?
- 5 Zijn jullie het eens met de stelling: Het bieden van zorg binnen een instelling lijkt op het voeren van een gezamenlijke huishouding? En bent u het eens dat er om die reden, net als in ieder huishouden, sprake moet zijn van solidariteit tussen bewoners?

## Samenvatting en Conclusies

### Grote Diversiteit

Mensen waren bereid zeer open en uitgebreid met ons in gesprek te gaan. De behoefte om mee kunnen kijken en praten over hoe voorzieningen tot stand komen, zowel individuele als collectieve, wordt door iedereen gedeeld. Het is opvallend dat niet iedereen die we gesproken hebben op de hoogte waren van de mogelijkheden die Persoonsvolgende bekostiging daarvoor kan bieden. Dit maakt duidelijk hoe belangrijk de informatievoorziening is aan mensen en dat rekening moet worden gehouden met het kennisniveau van mensen. Mensen willen graag informatie, er is een grote interesse waarneembaar. Mensen 'hongerden' naar kennis. Deze behoefte komt voornamelijk voort uit een grote betrokkenheid. Er is geen reden om te denken dat deze behoefte aan informatie voortkomt uit de wens 'zorg te kunnen claimen'. De invoering van ZZP's wordt vaak gezien als een bezuinigingsoperatie. Bij het doorvragen bleek dat mensen de afgelopen jaren een verschraling van de basiszorg hebben ervaren en dat er veel ongerustheid is over verdere verschraling in de toekomst. Er is sprake van een grote diversiteit. Zowel in kennis over de ZZP's, het beleid van de organisatie, als ook in de personen die

zitting hebben de Centrale Cliëntenraden en cliëntvertegenwoordigersraden. We hebben te maken gehad met mondige mensen die zich als vis in het water voelen in het voeren van gesprekken met management en bestuurders en met mensen die zich minder zeker voelen om zich te handhaven in het krachtenveld van management en bestuur en zich ook vaak wat bescheidener en afwachtend opstellen. Het varieert van actieve familieleden met veel bestuurlijke kennis en ervaring en/of veel kennis van de zorgsector tot actieve familieleden die zonder bestuurlijke kennis en ervaring invloed proberen uit te oefenen. Het is echter wel opmerkelijk dat zodra mensen voldoende kennis lijken te bezitten, het opleidingsniveau en eventuele specifieke vaardigheden minder belangrijk worden omdat men dan voldoende instrumenten in handen heeft om belangenbehartiging en inspraakmogelijkheden optimaal in te zetten. Mensen zijn zich dan meer bewust van hun positie en de mogelijkheden die er zijn en voelen zich daardoor zekerder.

### Kennis over Persoonsvolgende bekostiging en het budget van de instelling

Wij troffen deze verschillen aan bij zowel de Centrale Cliëntenraden als binnen de cliëntvertegenwoordigers van bewonersgroepen. De ene Centrale Cliëntenraad voelde zich als bijna lid van de Raad van Toezicht en als een krachtige gesprekspartner met de directie, terwijl een andere CCR nog maar net was begonnen met het inzicht verkrijgen in de urenzet en besteding van budget.

Ook in de groepen van cliëntvertegenwoordigers was een groot verschil. De ene groep had duidelijk inzicht in, en had ook het gevoel mee te kunnen sturen, op de besteding van de middelen, zowel collectief als individueel. Terwijl de andere veel meer gericht was op het basale in de woonlocatie. Opvallend was wel dat de eerst genoemde groep heel duidelijk een verschil heeft aangebracht tussen enerzijds de verantwoordelijkheden van de informele zorg en ondersteuning van de cliëntvertegenwoordigers en anderzijds de professionele verantwoording voor de organisatie van professionele zorg.

De meeste mensen waren wel op de hoogte van het gegeven ZZP en zij waren op de hoogte van

het feit dat hun familielid een ZZP was toebedeeld. Echter inzicht in het bijhorende budget was er over het algemeen niet. Wel was er inzicht in de eigen bijdragen en eigen betalingen die instellingen vragen aan mensen. Maar wat er nu precies van de eigen betalingen betaald wordt, was onduidelijk. Zeker voor mensen die nieuw zijn in de instelling.

Bij het doorvragen blijkt dat mensen allemaal graag meer inzicht zouden willen hebben in waar het geld aan besteed wordt. Inzicht in de overhead, maar ook in kosten van de collectieve voorzieningen zou mensen helpen de keuzes die gemaakt worden in de instelling beter te begrijpen. Vooral dat is voor mensen een belangrijke behoefte. Zeker in tijden waarin zij steeds meer geconfronteerd worden met keuzes die gemaakt worden op basis van schaarste. Mensen willen ook graag hun steentje bijdragen, zij kunnen nu niet aandragen waar zij de instelling in zouden kunnen ondersteunen. Naast praktische ondersteuning willen zij ook graag hun jarenlange ervaring met de zorg voor hun kind delen met professionele zorgverleners. Niet uit bemoeizucht of controle, maar gewoon uit weer praktische overwegingen: "Ik kan precies vertellen wat wel en niet werkt."

Een van de aanwezigen: "Als je niet weet waar het om draait, dan kan je ook geen vragen stellen."

En: "Als je ouders niets vraagt, dan hoor je als organisatie ook niets en krijgt de organisatie ook geen hulp."

Bij één groep was wel veel bekend over de ZZP's, zij weten hoe de ZZP's besteed werden op instellingsniveau. Zij zien dat er bij de lage ZZP's geld overblijft terwijl bij de zwaardere ZZP's geld tekort is. Zij zijn nu inzicht aan het verkrijgen in de afslagen voor overhead om zo te zien of daar ergens nog wat geld vrijgemaakt kan worden voor het primaire proces. Zij geven aan dit zoveel mogelijk op de groepen zelf te willen regelen. Zij geven aan dat er dan wel een budget beschikbaar moet blijven voor collectieve zaken, maar ook voor opvang van calamiteiten en schommelingen in de zorgvraag.

**Conclusie:** Het ontbreekt mensen vaak aan voldoende kennis. Mensen hebben wel veel

behoefte aan meer kennis over de wijze waarop zorg wordt georganiseerd, gefinancierd en uitgevoerd. Deze behoefte komt voort uit betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel. Er is geen reden te concluderen dat mensen kennis willen om zo meer zorg te kunnen 'claimen'. Mensen zien zichzelf meer als partner van de organisatie dan als afnemer of claimende klant. Er zou op het gebied van communicatie met de verwanten en vertegenwoordigers wat veranderd kunnen worden, zodat mensen meer deelnemer in plaats van afnemer worden en zo te kunnen voldoen aan de wens van mensen om hun betrokkenheid in de praktijk te kunnen brengen. Indien er voldoende kennis is, dan gaan mensen vanuit cliëntenraden voortvarend te werk bij het proberen te sturen vanuit cliëntperspectief via de financiën.

### **Individuele- en Collectieve Voorzieningen**

Er is bij alle mensen die we gesproken hebben geen enkele twijfel over de noodzaak van collectieve voorzieningen binnen een instelling. Sterker, ze geven over het algemeen aan dat zij juist hebben gekozen voor het wonen in een instelling omdat daar ook collectieve voorzieningen zijn. Ook geven ze aan dat individuele voorzieningen (uren) overvloeien in de collectieve voorzieningen, omdat hun verwanten met elkaar in een woongroep wonen. Men begrijpt dat tijd, aandacht en inzet van personeel verdeeld moet worden over alle bewoners en zien dat als volkomen normaal. Wel zouden mensen meer invloed willen uitoefenen op welke keuzes gemaakt worden. Een van de aanwezigen gaf aan dat er meer gebruik zou moeten worden gemaakt van wat familieleden kunnen bijdragen. Bijvoorbeeld op het gebied van onderhoud van gebouwen. Een vader gaf aan daar veel verstand van te hebben en ook tijd voor te hebben. Hij zou graag zien dat het geld dat overbleef ingezet zou worden voor voldoende personeel. Nu worden zijn vrouw en hij vaak ingeschakeld bij calamiteiten op het gebied van personeel (bij uitval personeel). Zij kunnen niet altijd aan die vraag voldoen omdat zij of werken of geen vervoer hebben. Ouders en verwanten willen best wat doen, maar dan graag wel op die aspecten van zorg en ondersteuning die planbaar is. Mensen geven aan dat zij zeer bewust

de dagelijkse zorg uit handen hebben moeten geven. En dat zij er vanuit gaan dat de dagelijkse zorg, ook zonder hun inzet, door de instelling zou moeten worden gegeven.

### **Tekort schieten van de basiszorg**

Mensen geven aan dat zij zich vooral druk maken over de basisvoorzieningen.

Overall gaven mensen aan dat zij problemen ervaren op het gebied van:

- *Voldoende mensen op de groep*: Dit thema komt bijna in alle gesprekken terug. Mensen ervaren dat er te weinig personeel op groepen aanwezig zijn. Met name overdag (eind van de middag/ begin van de avond) en in de weekenden. Tijdens de vakantieperiodes blijkt, in de beleving van de ouders en verwanten, vaak structureel te weinig personeel aanwezig te zijn. Daarbij wordt aangegeven dat met de huidige bezettingen calamiteiten, soms zelf de ADL, maar ook ontspanning en dagactiviteiten niet altijd voldoende uit te voeren zijn. Dit veroorzaakt spanning tussen enerzijds de individuele voorzieningen en uitvoering van het zorgplan en anderzijds de collectieve zaken zoals samen eten etc.

- *Zorgplan*: Op het moment dat mensen merken dat de afspraken in het zorgplan niet uitgevoerd worden, dan gaan de individuele belangen boven collectieve. Mensen geven aan het geen probleem te vinden om uit het budget van de ZZP ook collectieve zaken te financieren, maar duidelijk is wel dat de belangrijkste voorwaarde is dat het zorgplan wordt uitgevoerd. Men ervaart dat niet zo zeer als een recht, maar als voorwaarde voor een kwaliteit van bestaan.

- *Ontspanning e.a.*: De kwaliteit van leven staat onder druk doordat het moeilijker wordt om naast wonen en dagbesteding ook voldoende mogelijkheden te hebben om te ontspannen of te sporten. Het aanbod is er wel, maar er zijn te weinig mogelijkheden in vooral de begeleiding. Dit treft echter niet enkel ontspanning maar blijkt ook op te gaan bij het bezoeken van de dokter en het ziekenhuis etc. Dit wordt steeds meer bij familieleden neergelegd. Deze zijn echter vaak zelf al op leeftijd of hebben geen vervoersmogelijkheden of zijn lichamelijk niet in staat meer hun kind of familielid te begeleiden.

- *Kwaliteit van de accommodatie*: Iedereen hecht aan kleinschalige woonvormen met voldoende en vaste medewerkers.

- *Maaltijdvoorziening/kwaliteit van de maaltijden*: Het is voor mensen heel belangrijk dat het eten goed is en een beetje zoals in een 'gewoon huisgezin'. Men geeft aan daar veel waarde aan te hechten.

Men geeft aan veel waardering voor de medewerkers te hebben, maar ervaart ook een groot gevoel van machteloosheid: "we moeten roeien met de riemen die we hebben" en "er wordt alsmar meer bezuinigd"

Mensen voelen zich voor een duivelse keuze gezet: "Ik wil best het budget delen zodat het op de groep leefbaar blijft, maar als daardoor minder begeleiding wordt gegeven dan kies ik voor die begeleiding"

De invoering van de ZZP's heeft (nog) geen mogelijkheden gegeven aan deze mensen om meer te sturen op het zorgproces.

### **Collectieve Voorzieningen**

Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen collectieve voorzieningen die direct te maken hebben met het dagelijkse leven van de bewoners en voorzieningen die meer van belang zijn voor de organisatie.

De aanwezigheid van artsen, diëtisten, fysiotherapeuten, orthopedagische medewerkers etc. is van belang, maar belangrijker is dat zij, indien nodig, snel ingezet kunnen worden zonder dat ouders ingeschakeld worden voor de begeleiding er naar toe. Dus men hecht niet zo zeer aan de voorziening als wel aan de toegankelijkheid en de verhoogde druk op mantelzorg indien deze voorzieningen ontbreken. Vervoer is ook een voorziening die van belang is.

Men zet vraagtekens bij de diensten PR en ICT. Aan de ene kant geven mensen aan te snappen dat het voortbestaan van de organisatie PR-afhankelijk is om voldoende (nieuwe) bewoners te trekken, maar aan de andere kant zetten ze vraagtekens bij de ICT. In hun ogen draagt deze bij aan het in stand houden van de bureaucratie. Veel tijd wordt besteed aan het digitaal registreren, buiten het gezichtsveld van de bewoners.



Lagen binnen organisaties: men ziet meer in het kantelen van de organisaties. Iedereen gaf aan de vele managementlagen als belemmering te zien van het goed en vanuit bewoners de zorg organiseren. In alle gesprekken werd de bewonersgroep als kleinste organisatie-eenheid en als vertrekpunt als de meest logische wijze van de zorg organiseren in de instelling gezien.

### **Solidariteit**

- Mensen zetten geen vraagtekens bij solidariteit. Solidair zijn met anderen in de instelling is geen vraag maar een gegeven.
- Binnen de woongroep is solidariteit noodzakelijk voor kwaliteit van bestaan. Een ouder verwoordde dat als: "Ik heb geen 1 kind op de groep wonen, maar 15!"
- Wonen op een groep is leuk en warm, alles wordt gedeeld. Het is wel van belang dat formele en informele zorg in evenwicht is en met elkaar wordt vervlochten met respect voor elkaars verantwoordelijkheden en mogelijkheden.
- Solidariteit is er ook naar de organisatie: er is gekozen voor de warmte van de organisatie. Die organisatie is een soort van familie geworden. Je laat je familie niet stikken.
- Solidariteit komt onder druk te staan als mensen het gevoel hebben dat de basiszorg te kortschiet en het zorgplan niet kan worden uitgevoerd.
- Inzicht in de financiën en hoe geld verdeeld wordt, zet de solidariteit niet onder druk maar maakt dat mensen zich meer betrokken gaan voelen bij de organisatie van de zorgverlening en de instelling.
- Er is geen sprake van een claimcultuur die de solidariteit onder druk zet.