

Zorgaanbieders vergelijken

**Een onderzoek naar de problematiek van het
vergelijken van zorgaanbieders en de
ondersteuning hierbij voor cliënten met een
verstandelijke handicap die gebruik maken van
een pgb**

Ingrid van Lamoen

Universiteit Twente

Bacheloropdracht Gezondheidswetenschappen

Begeleider: ir. F.M.J.W. van den Berg

12 december 2007

Samenvatting

Tijdens een informatiebijeenkomst gaf een cliënt aan problemen te hebben met het kiezen van een zorgaanbieder. Deze cliënt had gekozen voor het ontvangen van een persoonsgebonden budget, maar had moeilijkheden met het vergelijken van verschillende zorgaanbieders omdat deze naar zijn mening een verschil in zorgaanbod toonden. Naar aanleiding hiervan is de vraag gesteld of dit zorgaanbod, in de verstandelijk gehandicaptensector, inderdaad verschilt en hoe zorgaanbieders dan wel met elkaar vergeleken kunnen worden. Om deze vraag te beantwoorden is begonnen met een uiteenzetting van het proces dat een cliënt doorloopt, van het recht op zorg tot het individuele zorgaanbod van zorgaanbieders.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering die inwoners van en werknemers in Nederland verzekert tegen extreem hoge ziektekosten die gemaakt worden bij bijvoorbeeld een chronische ziekte. Onder deze verzekering vallen ook de kosten voor de zorg en ondersteuning die mensen met een verstandelijke beperking vaak hun hele leven nodig hebben. Wanneer zij vanuit de AWBZ zorg willen ontvangen kunnen zij zich laten indiceren door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Deze onafhankelijke organisatie stelt dan vast bij welke acties, in bijvoorbeeld zelfredzaamheid en algemene dagelijkse levensbehoeften, de cliënt zorg en/of ondersteuning nodig heeft. Dit leidt tot een indicatie in één of meer van de zeven zorgfuncties van de AWBZ; persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, tijdelijk verblijf, behandeling en langdurig verblijf. De zorgfuncties zijn opgedeeld in klassen die aangeven hoeveel uur per week zorg en/of ondersteuning nodig is. Voor de eerste vijf zorgfuncties kan een cliënt ervoor kiezen van het zorgkantoor niet de directe zorg te ontvangen, zorg in natura, maar een subsidie waarmee hij of zij vervolgens zelf zorg kan inkopen. Dit persoonsgebonden budget (pgb) mag de cliënt, onder een aantal voorwaarden, naar eigen inzicht besteden. Met behulp van de zorgfuncties wordt een groot deel van de individuele zorgvraag van cliënten vastgelegd, maar er blijven een aantal aspecten over die de cliënt zelf nog in moet vullen zoals de tijdstippen waarop de zorg gewenst is en de locatie van dagbesteding, tijdelijk en langdurig verblijf. De cliënt heeft de mogelijkheid een zorgaanbieder te kiezen die het beste past bij de complete individuele zorgvraag. Waar de cliënt bij zorg in natura alleen een keuze kan maken tussen zorgaanbieders die het zorgkantoor gecontracteerd heeft, breidt de cliënt met een pgb zijn keuzemogelijkheden uit doordat deze beperking vanuit het zorgkantoor hierbij vervalt. De zorgaanbieders waaruit een cliënt vervolgens kan kiezen zijn niet alleen instellingen, maar ook particulieren, waarvan velen aangeven de zorg voor iedere cliënt op maat te maken.

Volgens de cliënt van de informatiebijeenkomst is het kiezen tussen zorgaanbieders zeer moeilijk doordat hun zorgaanbod nauwelijks met elkaar te vergelijken is. Daarom is vervolgens één individuele zorgvraag opgesteld op basis van een bestaande casus en naar verschillende zorgaanbieders gestuurd om te achterhalen of zij inderdaad allen met een ander zorgaanbod komen. Hieruit blijkt dat het maken van een vergelijking niet zozeer bemoeilijkt wordt door een daadwerkelijk verschil in aanbod, maar door de verschillende manieren waarop zorgaanbieders informatie geven. Naast een verschil in formuleringen onderscheiden zorgaanbieders zich ook van elkaar door de hoeveelheid informatie die zij geven. Gezien de casus waarop de zorgaanbieders hun informatie gebaseerd hebben kan geconcludeerd worden dat de waargenomen verschillen tussen zorgaanbieders te wijten zijn aan een gebrek aan specificiteit in de zorgvraag; er zal duidelijker aangegeven moeten worden welke informatie cliënten van zorgaanbieders willen hebben voor het maken van een vergelijking. Om cliënten ondersteuning te bieden bij het kiezen van een zorgaanbieder is er onderzocht welke kenmerken van zorgaanbieders cliënten belangrijk vinden om mee te nemen in hun vergelijking. Er zijn drie veldpartijen geïnterviewd; een cliëntenvereniging, het zorgkantoor en het CIZ. De kenmerken die zij noemen zijn beoordeeld naar hun bruikbaarheid voor de cliënt. Bij het maken van een eerste vergelijking is het voor cliënten niet haalbaar om alle zorgaanbieders te bezoeken. Daarom is er ten eerste een onderscheid gemaakt tussen kenmerken die 'op papier te zetten zijn' en kenmerken die 'persoonlijk meegemaakt moeten worden'. Daarnaast is er nog een aantal kenmerken die pas gemeten kunnen worden wanneer een cliënt al zorg ontvangt van een zorgaanbieder. Voor een eerste

vergelijking, waar het in dit onderzoek om gaat, is alleen de eerste categorie kenmerken bruikbaar voor cliënten. In deze categorie vallen de kenmerken ‘verhouding tussen professionals en leerlingen’, ‘groeps grootte, leeftijdsvaariatie en het aantal begeleiders’, ‘huisvesting’, ‘het verloop van personeel’, ‘het zorgplan’, ‘keuzes van de cliënt’, ‘snelheid van de zorgaanbieder’, ‘deskundigheid van de zorgaanbieder’ en ‘prijs van de zorg’. Een vergelijking van zorgaanbieders op deze kenmerken geeft echter geen sluitend oordeel over de te maken keuze. Ten eerste omvat het maar een deel van alle als belangrijk bestempelde kenmerken. En ten tweede bestaat het ‘meten’ van de kenmerken uit simpele, voor cliënten te hanteren methoden die niet per definitie geschikt zijn voor het nauwkeurig vaststellen van bijvoorbeeld kwaliteit van zorg.

Doordat cliënten moeite hebben met het vergelijken van zorgaanbieders kunnen de doelen van de AWBZ niet bereikt worden. Cliënten zouden met hun keuzemogelijkheden moeten zorgen voor meer concurrentie en meer doelmatigheid van zorgaanbieders. Maar doordat zij niet weten hoe ze moeten kiezen, kunnen ze ook geen eisen stellen. Daarom is het van belang dat cliënten geïnformeerd en ondersteund worden in het verkrijgen van informatie en het maken van een vergelijking tussen zorgaanbieders.

De aanbevelingen hebben dan ook betrekking op het verdelen van verantwoordelijkheden en taken zodat de juiste informatie van zorgaanbieders verkregen kan worden en op de juiste manier gebruikt kan worden door cliënten. Daarnaast moet onderzocht worden of dezelfde problemen zich voordoen in andere regio’s dan Twente en omgeving en in andere sectoren van zorg zodat, wanneer dat het geval blijkt te zijn, ook daar kan worden gestart met het informeren en ondersteunen van cliënten en het verzamelen van informatie van zorgaanbieders. Tenslotte zal geëvalueerd moeten worden of de extra ondersteuning aan cliënten de problemen die zij ondervinden bij het vergelijken van zorgaanbieders vermindert en of de concurrentie tussen zorgaanbieders en de doelmatigheid die de AWBZ beoogt gestegen zijn.

Inhoudsopgave

Samenvatting	Blz. 2
1. Inleiding	Blz. 5
2. Zorgvraag en –aanbod in AWBZ-zorg	Blz. 8
2.1. Doelen van de AWBZ	Blz. 8
2.2. De zorgvraag	Blz. 9
2.2.1. Wie heeft recht op AWBZ-zorg?	
2.2.2. De individuele zorgvraag	
2.3. Bekostiging van AWBZ-zorg	Blz. 12
2.4. Het zorgaanbod	Blz. 13
2.4.1. Zorgaanbieders	
2.4.2. Het individuele zorgaanbod	
2.5. Conclusie	Blz. 15
3. Zorgaanbieders vergelijken	Blz. 17
3.1. Vergelijken in de praktijk	Blz. 17
3.1.1. Indicatie en bekostiging	
3.1.2. Zorgaanbieders bekijken	
3.1.3. Het individuele zorgaanbod	
3.2. Bruikbare kenmerken	Blz. 22
3.2.1. Interviews met partijen uit het veld	
3.2.2. Kenmerken uitgesplitst	
3.3. Ondersteuning in de praktijk	Blz. 29
3.4. Conclusie	Blz. 30
4. Conclusies en aanbevelingen	Blz. 31
4.1. Conclusies	Blz. 31
4.2. Aanbevelingen	Blz. 32
Literatuur	Blz. 33
Bijlagen	Blz. 35
Bijlage 1: Vrij interview met dhr. Kleinkoerkamp van MEETwente	
Bijlage 2: Casus, voorgelegd aan zorgaanbieders	
Bijlage 3: Benaderde zorgaanbieders	
Bijlage 4: Voorbeelden van reacties zorgaanbieders	
Bijlage 5: Interviewvragen voor partijen uit het veld	
Bijlage 6: Interview met mw. D. Pardon van Kansplus	
Bijlage 7: Interview met dhr. N. Moorman van Zorgkantoor Twente	
Bijlage 8: Interview met mw. B. Heurman van het CIZ	
Bijlage 9: Reflectieverslag	

1. Inleiding

Voor een stage bij het zorgkantoor ruim een jaar geleden heb ik meegewerkt aan een cliënttevredenheidsonderzoek in de verstandelijk gehandicaptensector. Tijdens een informatiebijeenkomst voor ouders die de zorg voor hun kind (of ander familielid) inkopen met een persoonsgebonden budget (pgb), sprak één van de aanwezigen over een probleem waar hij tegenaan was gelopen. Hij vertelde dat hij voor het inkopen van de nodige zorg voor zijn zoon had geprobeerd verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. Zijn zoon was onder andere geïndiceerd voor de zorgfunctie '(tijdelijk) verblijf' en dus wilde hij uitzoeken waar zijn zoon voor de beste prijs de beste zorg zou krijgen. Het bleek echter dat het aanbod van de verschillende zorgaanbieders onderling zodanig verschilde dat ze niet met elkaar te vergelijken waren. Waar de één sprak over een kamer met bed, bureau en stoel, bood de ander slechts een kale kamer aan. De man vond het zeer frustrerend dat het vergelijken van de zorgaanbieders hierdoor erg slecht mogelijk was, omdat hij zijns inziens op deze manier niet goed kon bepalen wat voor zijn zoon het beste zou zijn.

Wanneer iemand een verstandelijke beperking heeft kan hij of zij aanspraak maken op zorg via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Na een indicatieaanvraag stelt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vast of en, zo ja, in welke mate de cliënt zorg en/of ondersteuning nodig heeft. De indicatie geeft recht op een bepaald aantal uur zorg (soms ingedeeld in dagdelen) in één of meer van de zeven zorgfuncties (voor verstandelijk gehandicapten) van de AWBZ; persoonlijke verzorging (hulp bij alledaagse handelingen zoals wassen en naar het toilet gaan), verpleging (hulp bij onder andere wondverzorging en medicatie), ondersteunende begeleiding (praktische hulp bij de (rest)mogelijkheden van de cliënt), activerende begeleiding (onder andere gedragscorrectie), tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld logeeropvang ter ontlasting van de rest van het gezin), langdurig verblijf (voor het houden van toezicht op de cliënt) en behandeling (behandelen ter genezing of het tegengaan van verergering van de aandoening). Voor de functies 'langdurig verblijf' en 'behandeling' kunnen de cliënten alleen kiezen uit de instellingen waarvan het zorgkantoor, dat de financiën van de AWBZ regelt, zorg heeft ingekocht. Bij de overige vijf zorgfuncties kan de cliënt ervoor kiezen een maandelijks tegemoetkoming te ontvangen, het persoonsgebonden budget, en dit naar eigen inzicht te besteden (minVWS, 2007).

Dit persoonsgebonden budget is in het leven geroepen om cliënten de kans te geven zelf meer de touwtjes in handen te nemen. Wanneer cliënten kiezen voor het ontvangen van een tegemoetkoming kunnen zij, naast de reguliere zorgaanbieders, ook ervoor kiezen om zorg in te kopen bij een particuliere zorgaanbieder. Deze kunnen variëren van instellingen die niet-AWBZ-geregistreerd zijn tot 'de buurvrouw die altijd bereid is een handje te helpen'. Met het pgb hebben zij dus de vrijheid om zelf een zorgaanbieder uit te kiezen, in plaats van er een toegewezen te krijgen (minVWS, 2002). Cliënten kunnen bij verschillende zorgaanbieders een offerte aanvragen om ze met elkaar te vergelijken en zo te bepalen wiens zorgaanbod het beste aansluit op hun zorgvraag.

Maar waar het de bedoeling was cliënten tegemoet te komen in hun wensen, blijkt uit bovenstaand voorbeeld dat het cliënten niet per definitie makkelijk afaat hun keuzevrijheid optimaal te benutten. Want hoe weet je waar de beste zorg te krijgen is, wanneer er overal nét iets anders aangeboden wordt? Het is echter wel de vraag of er daadwerkelijk een verschil is in zorgaanbod of dat dit slechts zo lijkt doordat verschillende zorgaanbieders bijvoorbeeld ook verschillende termen gebruiken. Wellicht hebben cliënten meer hulp nodig bij het maken van een vergelijking. Daarom gaat dit onderzoek uit van de volgende hypothese: **'Cliënten met een persoonsgebonden budget hebben meer ondersteuning nodig bij het vergelijken van verschillende zorgaanbieders, hetgeen zij nu als problematisch ervaren omdat het zorgaanbod teveel van elkaar verschilt.'**

Wanneer één persoon met dit probleem komt, wil dat natuurlijk niet meteen zeggen dat het in de hele sector als een probleem wordt gezien. Maar als dit wel het geval is, kan dit erg veel problemen opleveren voor de cliënten bij het maken van een keuze. Aangezien de intentie van de overheid onder andere ligt bij het "centraal stellen van de cliënt met een zorgvraag" is het zaak dat de cliënt geholpen

wordt bij het maken van een vergelijking wanneer hij of zij daar zelf niet uitkomt, anders zijn zij alsnog weinig opgeschoten met de mogelijkheid tot het maken van een eigen keuze. Dit onderzoek heeft dan ook als doel vast te stellen of het vergelijken van zorgaanbieders daadwerkelijk problematisch is en, wanneer dit het geval blijkt te zijn, vast te stellen op welke manier de cliënt dan ondersteund kan worden bij het maken van een beslissing. De hoofdvraag van het onderzoek is als volgt: **‘Zijn problemen te verwachten bij het vergelijken van verschillende zorgaanbieders op de manier waarop dat hedendaags gebeurt en, zo ja, hoe kunnen cliënten dan ondersteund worden bij het maken van een vergelijking?’**

Voor het beantwoorden van deze vraag is er een opsplitsing gemaakt in de onderstaande deelvragen. Deze zijn zo geordend dat het onderzoek gestart wordt met een uiteenzetting van de verschillende begrippen die in de hoofdvraag aan de orde komen en vervolgd wordt met informatiewinning uit de praktijk. Per deelvraag staat kort uitgelegd op welke manier de antwoorden tot stand komen.

1. Wat is de AWBZ?

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vormt een kader voor dit onderzoek. Het gehele proces, van ‘wie is cliënt?’ en ‘wanneer kan aanspraak gemaakt worden op zorg uit de AWBZ?’ tot ‘wie mag zorg aanbieden?’ en ‘waar moet zorg aan voldoen?’ ligt vast in die wet. Bekeken wordt wat het beoogde doel van de wet is en hoe de verschillende bepalingen dit doel benaderen. Uiteraard is de inhoud hiervan vastgelegd in de wet zelf (minVWS, 2005). Daarnaast wordt hij door het ministerie ook nog eens toegelicht in het dossier ‘AWBZ’ (2007-2). Naar verwachting leveren deze twee documenten genoeg informatie om een duidelijk kader te schetsen.

2. Wat is een zorgfunctie?

Wanneer een cliënt een indicatie heeft ontvangen heeft hij of zij recht op zorg gedefinieerd in een bepaalde (of meerdere) zorgfunctie(s). Op basis van die indicatie wordt de zorg door een zorgaanbieder geleverd. Er wordt vastgesteld hoe cliënten ingedeeld worden in de zorgfuncties en hoe specifiek de indicaties zijn met betrekking tot de zorg en ondersteuning die de cliënt nodig heeft. De zorgfuncties zijn, in het kader van de modernisering van de AWBZ in 2003, ingevoerd door middel van het ‘Besluit Zorgaanspraken AWBZ’ vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (MinVWS, 2002). In dit besluit staat dan ook veel uitgelegd over de aanleiding voor en het doel van de zorgfuncties. Tevens omvat het de definitie ervan.

3. Wat is een pgb?

Cliënten kunnen kiezen voor een tegemoetkoming die zij zelf mogen besteden. Hier zitten natuurlijk wel voorwaarden aan vast voor de budgethouder, die bepalen hoe en waaraan het geld zoal uitgegeven mag worden. Deze deelvraag heeft als doel vast te stellen wat de gevolgen voor cliënten zijn wanneer zij kiezen voor het ontvangen van een pgb in plaats van zorg in natura. Het persoonsgebonden budget is ook opgesteld door het ministerie van VWS en wordt uitgelegd in een dossier met de titel ‘Persoonsgebonden budget (pgb)’ (minVWS, 2007). Het is echter vastgelegd in het eerder genoemde ‘Besluit Zorgaanspraken AWBZ’, wederom in het kader van de modernisering van deze wet (minVWS, 2002).

4. Wat is zorgaanbod?

Met een pgb, en zonder ook tot op zekere hoogte, kunnen cliënten kiezen van welke zorgaanbieder zij zorg willen ontvangen. Er wordt vastgesteld op welke manier zorgaanbieders van elkaar kunnen verschillen en wat dit voor gevolgen heeft voor de zorg die door hen wordt aangeboden. Voorwaarden waaraan voldaan moet worden staan vastgelegd in de Wet Toelating Zorginstellingen (2005), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) en de AWBZ (2007-2).

5. Zorgt de huidige manier van het vergelijken van zorgaanbieders voor problemen?

Om problemen bij het vergelijken van zorgaanbieders te achterhalen wordt het aanvragen van een offerte zoals in de praktijk nagebootst. Er zal een vraaggesprek plaatsvinden met MEETwente, een organisatie die cliënten hulp en advies biedt, om tot een realistische indicatie te komen. Deze zal vervolgens naar zorgaanbieders gestuurd worden vanuit de positie van een cliënt om de werkelijkheid

zoveel mogelijk te benaderen. Met de reacties van de zorgaanbieders zal vervolgens geprobeerd worden een vergelijking te maken om te achterhalen of hierbij inderdaad problemen ontstaan.

6. Hoe kunnen cliënten ondersteund worden bij het maken van een vergelijking?

Om zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken zullen ze op dezelfde kenmerken naast elkaar gelegd moeten worden. Wanneer beoogd wordt cliënten hierbij te ondersteunen zal vastgesteld moeten worden welke kenmerken voor hen belangrijk zijn om in een vergelijking mee te nemen. Om dit te achterhalen vinden interviews plaats met een cliëntenvereniging, het zorgkantoor en het CIZ.

Afbakening

Bij het onderzoek is gekozen voor een beperking tot de verstandelijk gehandicaptensector, ten eerste omdat dat de sector was waar het probleem naar voren is gekomen en ten tweede omdat er wellicht bij andere sectoren die gebruik maken van de AWBZ zorgfuncties een geheel ander aanbod nodig is. Verstandelijk gehandicapten vragen om een andere soort zorg dan bijvoorbeeld lichamelijk gehandicapten.

Daarnaast is het onderzoek beperkt tot regio Twente en omgeving. Alleen al in die regio vind je zo 50 zorgaanbieders in de verstandelijk gehandicaptensector. Gezien het tijdsbestek dat voor het onderzoek staat zal er uit dit aantal al een keuze gemaakt moeten worden. Daarnaast is dit onderzoek bedoeld om een indicatie te geven van het al dan niet bestaan van een verschil in zorgaanbod; het hoofddoel is dan ook een exploratie van het onderwerp.

Hoofdstuk 2 omvat de eerste vier deelvragen, waarbij vanuit de aanspraak op AWBZ-zorg het proces via de individuele zorgvraag tot aan het individuele zorgaanbod doorlopen wordt. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 onderzocht of er problemen ontstaan bij het vergelijken van zorgaanbieders en hoe cliënten eventueel ondersteund kunnen worden bij het maken van een vergelijking. Hoofdstuk 4 sluit dan af met de conclusies en aanbevelingen die volgen uit de constatering van het voorgaande hoofdstuk.

2. Zorgvraag en –aanbod in AWBZ-zorg

Wie in Nederland woont of werkt is verplicht zich te verzekeren voor verschillende ziektekosten. In het landelijke basispakket, dat men bij een zorgverzekeraar van eigen keuze af moet sluiten, is de zorg vastgelegd waarop iedereen volgens de overheid recht heeft. Dit omvat onder andere huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en kraamzorg. Voor bijvoorbeeld tandartsenzorg kan men ervoor kiezen zich, eventueel bij een andere zorgverzekeraar, aanvullend te verzekeren. Dit is niet verplicht (minVWS, 2005-3). Door het grote aantal verzekerden en dus hoge inkomsten van premies hebben de zorgverzekeraars genoeg geld om bovenstaande zorg te bekostigen op het moment dat een verzekerde zorg nodig heeft. Verzekerden die vaker of iets meer zorg nodig hebben dan gemiddeld worden gecompenseerd door verzekerden die minder vaak zorg nodig hebben. Zodra de zorg echter langduriger van aard wordt, bijvoorbeeld doordat iemand na een ongeluk gehandicapt raakt en continue ondersteuning nodig heeft, gaan de kosten zodanig omhoog dat dit niet door verzekerden met lage zorgkosten te compenseren is. Hiervoor is in Nederland de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten opgesteld. Iedere inwoner van en werknemer in Nederland betaalt via loonheffing een premie voor de AWBZ en kan op die manier ook aanspraak maken op zorg met (extreem) hoge kosten.

In de wet staan bepalingen die voorschrijven wanneer men aanspraak kan maken op AWBZ-zorg, op welke manier vastgesteld wordt op hoeveel zorg men recht heeft, hoe deze zorg wordt betaald, wie AWBZ-zorg aan mag bieden en hoe AWBZ-zorg eruit moet zien. In dit hoofdstuk wordt, op basis van de hiervoor genoemde bepalingen uit de AWBZ, het proces uiteengezet dat cliënten met een verstandelijke handicap doorlopen van de aanspraak op zorg uit de AWBZ, via een individuele zorgvraag en de bekostiging, tot het zorgaanbod waaruit zij kunnen kiezen. Het begint met een beschrijving van de doelen van de AWBZ in paragraaf 2.1. Paragraaf 2.2. behandelt de zorgvraag door uit te leggen wie precies recht heeft op AWBZ-zorg in paragraaf 2.2.1 en vervolgens de aanspraak op zorg in paragraaf 2.2.2. door middel van zorgfuncties te specificeren naar de individuele zorgvraag. In paragraaf 2.3. wordt ingegaan op de bekostiging van AWBZ-zorg en de keuzes die cliënten hierin hebben. Daarna gaat paragraaf 2.4. over op het zorgaanbod met een uiteenzetting over wie AWBZ-zorg mag aanbieden in paragraaf 2.4.1. en hoe het individuele zorgaanbod voor een cliënt tot stand komt in paragraaf 2.4.2. Hiermee worden de eerste vier deelvragen, ‘Wat is de AWBZ?’, ‘Wat is een zorgfunctie?’, ‘Wat is een pgb?’ en ‘Wat is zorgaanbod?’ behandeld en sluit paragraaf 2.5. het hoofdstuk af met een korte beschrijving van de gevonden antwoorden.

2.1. Doelen van de AWBZ

In 1968 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in het leven geroepen om solidariteit te creëren tussen ‘gezonde’ mensen en mensen met chronische beperkingen. Hierbij gaat het met name om fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen die doorgaans hoge kosten met zich meebrengen. In deze wet werd onder andere vastgelegd in welke gevallen men recht heeft op AWBZ-zorg en wie dat bepaalt, wie deze zorg aan mag bieden en waaraan de aangeboden zorg moet voldoen. Er hebben echter sinds 1968 nogal wat veranderingen in de zorg plaatsgevonden. Zo zijn er ten eerste veel meer verschillende instellingen bij gekomen en ten tweede zijn instellingen steeds meer samen gaan werken. Bovendien is het beeld dat de samenleving van ‘zorg’ heeft veranderd; onder andere door een hogere toegankelijkheid van kennis nemen mensen niet meer zomaar alles aan van de gezondheidszorg. Zij zijn, zogezegd, mondiger geworden en wilden meer te zeggen hebben over de zorg die zij krijgen. In 1999 besloot het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) daarom dat de AWBZ toe was aan een modernisering. Zij heeft toen de nota ‘Zicht op Zorg’ gepubliceerd. Deze nota bevatte het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ, met als hoofddoelen ‘de cliënt met een zorgvraag centraal stellen’, ‘zorg op maat leveren’, ‘vermaatschappelijking van de zorg stimuleren’ (meer zorg thuis of in de omgeving van de thuissituatie) en ‘doelmatigheid bevorderen’. Hiertoe werd de kostenbeheersing overgedragen van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) naar het zorgkantoor. Daarnaast werd koers gezet naar een

regionalisering van de zorg, waarbij partijen als provincies, gemeenten, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en het zorgkantoor samen richting moeten geven aan het zorgbeleid. De vraaggerichte benadering die de AWBZ zou krijgen werd door de Nationale Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) in vier punten omschreven. Als eerste wordt de zelfbeschikking van de cliënt genoemd (of het hebben van een vertegenwoordiger), waardoor een zorgaanbieder dus meer rekening zal moeten houden met de wensen van cliënten. Ten tweede moet de cliënt als burger worden beschouwd, hetgeen betekent dat ondersteuning meer gericht moet worden op het eigen bestaan van cliënten. Vervolgens wordt uitgegaan van individuele diversiteit, waardoor het aanbod divers en flexibel moet zijn. Tenslotte wordt nog het principe van rechtvaardige verdeling van de zorg genoemd, waardoor verschillen in aanzien en inkomen tussen cliënten irrelevant worden (minVWS, 1999).

AWBZ-zorg moet dus afgestemd worden op de leefsituatie en de wensen van cliënten en hun vertegenwoordigers. Om dit te realiseren heeft het ministerie van VWS zorgfuncties en persoonsgebonden budgetten ontworpen, zie paragraaf 2.2.2. en 2.3., die naast meer flexibiliteit, cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden ook moeten leiden tot meer doelmatigheid in de zorg. Uit de Momentopname van de AWBZ, die het Centraal Planbureau in 2004 publiceerde, blijkt dat het introduceren van zorgfuncties inderdaad geleid heeft tot meer flexibiliteit en toegenomen mogelijkheden voor zorg buiten de instelling. De invloed van cliënten op die extramurale zorg is vergroot door de nieuwe vorm van bekostiging. De doelmatigheid van AWBZ-zorg wordt echter weinig geprikkeld en de rol van zorgkantoren is voor veel cliënten onduidelijk. Bovendien is er te weinig informatie over kwaliteit van zorg en zijn er te weinig prikkels voor het verbeteren hiervan. Cliënten hebben dus de mogelijkheid om meer invloed uit te oefenen op de zorg die zij krijgen, maar geven aan vaak toch niet de hulp te krijgen die ze eigenlijk willen (CPB, 2004).

2.2. De zorgvraag

2.2.1. Wie heeft recht op AWBZ-zorg?

In artikel 5 van de AWBZ staat vastgelegd dat iemand AWBZ-verzekerd is wanneer hij of zij rechtmatig in Nederland woont (de rechtmatigheid hiervan wordt bepaald door de Vreemdelingenwet). Daarnaast ben je verzekerd voor de AWBZ wanneer je in Nederland werkt; je bent werknemer in Nederland indien je aan loonbelasting bent onderworpen. Beide bepalingen kunnen overigens uitgebreid en beperkt worden in individuele gevallen; dit gebeurt dan door het College Zorgverzekeringen via een Algemene Maatregel van Bestuur. Hierdoor kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een 'vreemdeling' toch recht heeft op AWBZ-zorg (minVWS, 2005).

De verzekerden kunnen aanspraak maken op zorg "ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening"(minVWS, 2005). Men heeft recht op AWBZ-zorg wanneer de zorg die men nodig heeft niet door de reguliere verzekeraar vergoed wordt. Denk hierbij aan mensen die thuis langdurige zorg nodig hebben en mensen die opgenomen 'moeten' worden in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling (minVWS, 2007-2).

Uiteindelijk bepaalt een indicatieorgaan of een verzekerde aanspraak kan maken op AWBZ-zorg. De overheid heeft hiervoor het Centrum Indicatiestelling Zorg aangewezen. Dit is een onafhankelijke organisatie die door middel van landelijke protocollen beoordeelt of een verzekerde in aanmerking komt voor zorg uit de AWBZ. Hierbij wordt gekeken naar verschillende aspecten van de cliënt, zoals de algemene gezondheidstoestand, de beperkingen die de cliënt ondervindt, de woning en (sociale) omgeving van de cliënt, het psychisch en sociaal functioneren en de zorg (professioneel en niet-professioneel) die de cliënt reeds ontvangt (CIZ, 2007). Veruit de meeste aanvragen worden in naam van de cliënt gedaan, in plaats van door de cliënt zelf. Deze is vaak niet in staat zelf belangrijke beslissingen te nemen en cliënten worden dan ook vertegenwoordigd door bijvoorbeeld familieleden. Gedurende het gehele proces is het doorgaans de vertegenwoordiger die keuzes moet maken en

beslissingen nemen. Wanneer gesproken wordt over de cliënt is het in werkelijkheid de vertegenwoordiger die bedoeld wordt.

2.2.2. De individuele zorgvraag

Wanneer is vastgesteld dat een cliënt recht heeft op AWBZ-zorg wordt de omvang en aard van de zorg die nodig is op verschillende gebieden, onder andere zelfredzaamheid en verpleegkundige behandelingen, bepaald. Dit gebeurt met behulp van de zorgfuncties van de AWBZ die in het leven zijn geroepen in het kader van de modernisering. Het ministerie van VWS was van mening dat de omschrijving van de zorgaanspraken in de AWBZ niet genoeg ruimte bood voor een goede aansluiting van het zorgaanbod op de wensen van de cliënt en de daarvoor benodigde flexibiliteit (minVWS, 1999). De zorgfuncties hebben hierbij het doel de indicatiestelling en dus de toegang tot AWBZ-zorg eenvoudiger te maken (minVWS, 2002). Ze zijn zo geformuleerd “dat er meer zorg op maat geboden kan worden”. Ze zijn ontworpen met een bepaalde mate van flexibiliteit waardoor zorg niet per se meer in de instelling afgenomen moet worden maar ook bij de cliënt thuis te leveren is. Deze flexibiliteit heeft tot gevolg dat in de omschrijving van de aanspraken “niet precies te lezen valt wat allemaal voor de verzekerde door de instelling gedaan wordt” (minVWS, 2002). Waar de overheid de definities relatief algemeen houdt, heeft het CIZ in haar protocollen voor de indicatiestelling de zorg ingedeeld in verschillende ‘acties’. Per zorgfunctie is omschreven welke acties binnen de functie vallen (Heurman, 2007). In de onderstaande definities wordt zowel de wettelijke definitie genoemd als de verschillende handelingen die het CIZ aan de functies gekoppeld heeft. In de indicatie die een cliënt krijgt, staan per functie specifiekere acties genoteerd.

Persoonlijke verzorging, artikel 4 Besluit Zorgaanspraken

“Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van de activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met (...) een verstandelijke (...) handicap (...) gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling” (minVWS, 2002).

De functie richt zich op dagelijkse levensverrichtingen in de vorm van persoonlijke zorg. Het gaat dan niet alleen om het ondersteunen of overnemen ervan, maar ook om het stimuleren van de cliënt de verrichtingen zelf te doen en het aanleren ervan. Activiteiten die verzekerden normaal gesproken zelf uit zouden voeren vallen onder deze functie; denk hierbij aan toiletgang, huid- en gezichtsverzorging, persoonlijke hygiëne, eten en drinken, bewegen, etc. Daarnaast bevat de functie nog een klein aantal niet-reguliere levensverrichtingen. Het gaat dan voornamelijk om hulp bij bijvoorbeeld het toedienen van druppels, aanbrengen van zalf, hulp bij sondes of een stoma, etc. (CIZ, 2007).

Verpleging, artikel 5 Besluit Zorgaanspraken

“Verpleging omvat verpleging (...) gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling” (minVWS, 2002).

Deze functie is met name gericht op het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en vervolgens daarnaar te handelen. Ook het aanleren van bepaalde handelingen aan de cliënt en het doen van onderzoek en geven van advies met betrekking tot ziekte en gezondheid horen tot deze functie. Wat betreft medicatie en verpleegkundige handelingen zit het verschil met persoonlijke verzorging in de ‘intactheid’ van de huid; zodra het gaat om open wonden, dus een niet-intacte huid, valt de handeling onder verpleging in plaats van persoonlijke verzorging (CIZ, 2007).

Ondersteunende begeleiding, artikel 6 Besluit Zorgaanspraken

“Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met (...) een verstandelijke (...) handicap (...) gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling” (minVWS, 2002).

Bij ondersteunende begeleiding wordt uitgegaan van en verder gebouwd op de “(rest)mogelijkheden van de cliënt”. Het is de bedoeling de verzekerde te ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn deelname in de maatschappij. Bijvoorbeeld door te helpen bij het aanbrengen van structuur of bij praktische zaken (variërend van meelopen naar de supermarkt tot ondersteuning bij de “regie over het leven”). Bij verstandelijk gehandicapten is ook het bieden van een gezinsstructuur een belangrijk

onderdeel van deze functie. Dit alles gebeurt door middel van ondersteunende of structurerende gesprekken, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van al aanwezig gedrag. Wanneer dit in een instelling plaatsvindt kan een cliënt ook een indicatie krijgen voor ‘vervoer’ indien hiervoor een medische noodzaak is (CIZ, 2007).

Activerende begeleiding, artikel 7 Besluit Zorgaanspraken

“Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activiteiten gericht op: a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of b. het omgaan met de gevolgen van een (...) verstandelijke (...) handicap” (minVWS, 2002).

Activerende begeleiding leert de verzekerde om te gaan met de gevolgen van zijn beperking. Hieronder vallen gedragscorrectie, inzichtgevende gesprekken, oefenen van vaardigheden en onderzoek en advies omtrent de aanpak van de problematiek. Wanneer er geen mogelijkheid is tot verbetering vallen bovenstaande handelingen onder ondersteunende begeleiding. Ook bij deze functie kan een indicatie voor vervoer gekregen worden (CIZ, 2007).

Een indicatie voor deze functie kan overigens alleen verkregen worden wanneer daar vanuit de cliënt en zijn of haar vertegenwoordigers om gevraagd wordt, omdat voor de beoogde gedragsverbeteringen volledige inzet van de cliënt nodig is (Kleinkoerkamp, 2007).

(tijdelijk) Verblijf, artikel 9 Besluit Zorgaanspraken

“Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 (...) noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermde woonomgeving, therapeutisch leefklimaat, dan wel permanent toezicht” (minVWS, 2002).

Tijdelijk verblijf is meestal gericht op het “draaglijk maken van de gevolgen van de handicap” of het “ontlasten van de mantelzorger”. Langdurig verblijf is gericht op het toezicht houden op de cliënt. De nadruk bij beiden ligt op het bieden van de beschermde woonomgeving. Dagverzorging en dag- en nachtopvang horen bij de begeleidende functies. (tijdelijk) Verblijf kan niet als losstaande functie geïndiceerd worden, maar is altijd in combinatie met één of meer andere functies. Met een therapeutisch leefklimaat wordt bedoeld dat er een “adequate infrastructuur en therapie- en zorgfuncties aanwezig is”, bijvoorbeeld oefen- of behandelruimten, specifieke omgangsvormen, een structurerende omgeving, etc. (CIZ, 2007).

Een indicatie kan leiden tot slechts één van de bovenstaande functies, maar ook combinaties ervan zijn mogelijk, al naar gelang de zorgbehoefte van de cliënt. Per functie wordt de omvang van de zorg waarop aanspraak gemaakt kan worden aangegeven in klassen. Bij alle functies wordt gebruik gemaakt van een indeling in aantallen uren. Word je geïndiceerd op klasse 1, dan betekent dit bijvoorbeeld dat je recht hebt op 0 tot 1,9 uren per week voor de functies persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding. Klasse 2 staat voor 2 tot 3,9 uren per week, en zo verder. Verpleging en (tijdelijk) verblijf wijken een beetje af; verpleging namelijk begint met klasse 0, van 0 tot 0,9 uren per week, gaat dan verder met klasse 1, 1 tot 1,9 uren per week en loopt daarna gelijk met de andere functies. (tijdelijk) Verblijf wijkt in zijn geheel af; bij deze functie wordt gesproken over etmalen per week. Ondersteunende en activerende begeleiding kunnen ook in dagdelen aangegeven worden. Het verschil in die klassenindeling zit in het ontvangen van individuele zorg (urenindeling) of zorg in groepsverband (dagdeel-indeling). De klassenindeling is zo opgesteld dat schommelingen in de zorgbehoefte zonder herindicatie opgevangen kunnen worden; wanneer een zorgbehoefte iets toe- of afneemt valt dit (vaak) in dezelfde klasse waardoor de indicatie nog steeds klopt. Daarnaast is het uiteraard de bedoeling dat aan de zorgbehoefte van de cliënt door middel van de klassenindeling voldaan kan worden (minVWS, 2002). Wanneer iemand meer zorg nodig heeft dan volgens de hoogste klasse mogelijk is, kan in de indicatie extra zorg toegevoegd worden buiten de klassenindeling om (CIZ, 2007). De indicatie geldt voor een bepaalde periode met een maximum van vijf jaar. Tegen het eind van die periode wordt de situatie van de cliënt opnieuw bekeken en wordt, indien nodig, een nieuwe indicatie gemaakt (minVWS, 2002).

De precieze omvang van de zorg waarop een cliënt recht heeft wordt bepaald door, per handeling die nodig is voor de cliënt, de normtijd van die handeling (een vastgesteld aantal minuten waarin de handeling verricht kan worden) te vermenigvuldigen met het aantal keer dat de handeling per dag of

week nodig is. Wanneer handelingen op hetzelfde moment plaats kunnen vinden, wordt de totaaltijd minder dan de optelsom van de afzonderlijke normtijden omdat uitgegaan wordt van een hogere efficiëntie (CIZ, 2007). Een individuele zorgvraag bestaat dus uit een indicatie van het CIZ waarin aangegeven wordt in welke functies de cliënt zorg nodig heeft en welke handelingen uit die functies dat betreft. Per functie geeft de geïndiceerde klasse aan hoeveel uren/dagdelen/etmalen per week de cliënt zorg nodig heeft.

Sinds juli 2007 worden zogeheten zorgzwaartepakketten (ZZP) gebruikt om zorg met verblijf voor nieuwe cliënten te omschrijven. Zo'n pakket bevat de hoeveelheid zorg van alle functies waarin een cliënt geïndiceerd is (CIZ, 2007). Het doel van de ZZP's is onder meer het voorkomen van herindicaties bij een tijdelijke verandering in zorgvraag doordat totaaltijd van een ZZP naar behoefte van de cliënt over de verschillende functies verdeeld kan worden. Daarnaast hebben cliënten met een zorgzwaartepakket volgens het ministerie (2007-3) meer te kiezen en worden zij "meer in de gelegenheid gesteld om mee te beslissen" dan nu het geval is. Het jaar 2007 wordt min of meer gebruikt als een testjaar en wanneer de betrouwbaarheid volledig is bewezen door het CIZ kan er in 2008 in zijn geheel omgeschakeld worden naar zorgzwaartebekostiging (minVWS, 2007-3).

De protocollen van het CIZ hebben geleid tot een nauwkeurige omschrijving van de zorg en ondersteuning die cliënten nodig hebben. In de indicatie wordt precies vastgelegd hoeveel uur van welke handeling een cliënt per week moet krijgen en dat is tegelijk de zorg die een zorgaanbieder de cliënt moet leveren. Maar als de zorg al zo nauwkeurig is vastgelegd, waar zijn dan die keuzemogelijkheden die de cliënt door de modernisering van de AWBZ zou krijgen? Deze zijn er te over in de rest van het proces; ondanks dat de verschillende zorghandelingen vastliggen, zijn er genoeg keuzes die de cliënt nog moet maken. Er zal bijvoorbeeld beslist moeten worden wanneer de cliënt de zorg wenst te ontvangen en van wie. De eerste keuze die de cliënt echter moet maken na het verkrijgen van een indicatie heeft betrekking op de bekostiging van de zorg. Deze keuze zal van invloed zijn op de keuzemogelijkheden verderop in het proces.

2.3. Bekostiging van AWBZ-zorg

Zodra de cliënt zijn of haar indicatie ontvangen heeft moet er een keuze gemaakt worden met betrekking tot het ontvangen van de zorg en het betalen ervan. AWBZ-zorg wordt bekostigd door het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, dat beheerd wordt door het College Zorgverzekeringen (CVZ) plus een eventuele eigen bijdrage van de cliënt. Dit fonds bestaat uit de gelden van de eerder genoemde premies voor de AWBZ, een rijksbijdrage, inkomsten uit internationale overeenkomsten en bijdragen in de vorm van heffingskortingen (MinVWS, 2004). De zorg die de cliënt ontvangt kan uit dit fonds op twee manieren betaald worden. De regionale zorgkantoren, die bij de modernisering van de AWBZ aan de grootste zorgverzekeraar in de regio zijn toegewezen voor de uitvoering van de AWBZ, ontvangen geld uit het fonds dat zij gebruiken om zorg in te kopen. Dit houdt in dat zij afspraken maken met zorgaanbieders die een AWBZ-registratie hebben over de te leveren zorg. Cliënten kunnen dan, na het verkrijgen van een indicatie, naar het zorgkantoor om aldaar te overleggen van welke geregistreerde zorgaanbieder(s) zij zorg willen ontvangen. De desbetreffende zorgaanbieder levert zorg aan de cliënt op basis van de afspraken met het zorgkantoor en ontvangt daarvoor geld van de laatstgenoemde. Dit wordt ook wel zorg in natura genoemd.

Daarnaast kan de cliënt ervoor kiezen om op basis van zijn of haar indicatie zelf geld uit het fonds te ontvangen in de vorm van een subsidie, het persoonsgebonden budget (pgb). Het persoonsgebonden budget is ontworpen met als doel tegemoet te komen aan de wens van cliënten "zelf meer vorm en inhoud te geven aan hun leven en daar zelf op aanspreekbaar te zijn". Vóór de modernisering van de AWBZ bestonden er vier verschillende regelingen voor pgb's, gebaseerd op de toenmalige indeling van zorgaanpakken. Dit is omgezet naar een "AWBZ-breed" pgb om de doelen van de modernisering van de AWBZ, onder andere meer keuzemogelijkheid en meer zeggenschap, te kunnen realiseren (minVWS, 2002).

Een cliënt heeft dus de mogelijkheid ervoor te kiezen om voor één of meerdere van zijn of haar geïndiceerde functies een maandelijks budget te ontvangen vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voor de functies ‘behandeling’ en ‘langdurig verblijf’ kan geen pgb verkregen worden. Dit omdat de cliënt bij deze functies automatisch in een instelling moet verblijven en zodoende zorg in natura ontvangt. De hoogte van het pgb is afhankelijk van het aantal functies en de bijbehorende klasse(n) waarin een cliënt geïndiceerd is; hoe meer uren zorg nodig zijn, des te hoger is het budget dat verkregen wordt. Wanneer de cliënt ouder is dan achttien jaar wordt er bij het pgb een inkomensafhankelijke bijdrage in mindering gebracht (deze eigen bijdrage geldt overigens ook voor het ontvangen van zorg in natura). Het budget mag de cliënt (of een vertegenwoordiger) vervolgens naar eigen inzicht besteden om aan de zorgbehoefte te voldoen. Hiermee is de cliënt ook niet meer gebonden aan AWBZ-geregistreeerde zorgaanbieders. De uitgaven moeten echter wel verantwoord worden naar het zorgkantoor. Voorwaarde voor de bestedingen van het pgb is dat er “kwalitatief verantwoorde zorg” mee ingekocht wordt. Cliënten krijgen informatie thuisgestuurd op basis waarvan zij zelf moeten bepalen wat de kwaliteit is van de zorg die zij voor ogen hebben (alternatieve geneeswijzen worden bijvoorbeeld niet als kwalitatief verantwoorde zorg beschouwd). Wanneer ze twijfelen kunnen zij altijd overleggen met het zorgkantoor. Het geld dat niet uitgegeven wordt aan het inkopen van zorg, moet de cliënt weer terugbetalen aan het zorgkantoor. De grote voordelen die een pgb met zich meebrengt zijn de mogelijkheden voor de cliënt om zelf te bepalen wie de zorg verleent en wanneer dat gebeurt, tegenover de beperktere keuzevrijheid in zorgverleners en tijdstippen bij zorg in natura. De hoge mate van verantwoordelijkheid en het bijhouden van de administratie wordt als nadeel van het pgb gezien. Dit ligt bij zorg in natura in handen van de zorgaanbieder (CVZ, 2007).

2.4. Het zorgaanbod

2.4.1. Zorgaanbieders

Na een keuze gemaakt te hebben tussen zorg in natura en een pgb (in dit onderzoek wordt uitgegaan van het laatste) kan de cliënt bekijken welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor het leveren van de geïndiceerde zorg. Zorgaanbieders zijn, wanneer het gaat om zorg inkopen met een pgb, in twee categorieën in te delen, namelijk instellingen (wel en niet AWBZ-geregistreerd) en zelfstandige zorgverleners. Instellingen hebben te maken met een complex systeem aan wetten en regels met betrekking tot de zorg die zij aanbieden en waar zij dat doen. Zelfstandige zorgverleners hebben daarentegen niet zo veel met die regels van doen. Wanneer het hierbij gaat om mensen met een zorgopleiding hebben zij naar alle waarschijnlijkheid vanuit die opleiding richtlijnen meegekregen en een diploma als bewijs van hun kundigheid, maar aangezien met het pgb ook vaak zorg ingekocht wordt in de vorm van mantelzorg is een opleiding of achtergrond in de zorg voor deze zorgaanbieders niet verplicht. Of zij desalniettemin toch kwaliteitszorg leveren, is uiteindelijk aan de cliënt om te bepalen. Wanneer cliënten niet zeker zijn kunnen zij hulp krijgen van het zorgkantoor bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg die geboden wordt (CVZ, 2007).

De regels waar instellingen aan gebonden zijn staan veelal in de AWBZ en het uitvoeringsbesluit van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Voordat een instelling zich kan vestigen als zorgaanbieder moet zij hiervoor eerst een aanvraag indienen bij het College Zorgverzekeringen. Dit College beslist over de toelating van de instelling op basis van de WTZi (minVWS, 2005).

In het uitvoeringsbesluit worden als eerste de verschillende categorieën genoemd waarin een instelling ingedeeld kan worden. Voor sommige categorieën is het hebben van een winsttoegmerk toegestaan. Met betrekking tot instellingen die behoren tot de zorgfuncties voor het pgb komen instellingen in de categorieën ‘persoonlijke verzorging’, ‘verpleging’, ‘ondersteunende begeleiding’ en ‘activerende begeleiding’ hiervoor in aanmerking, tenzij de zorg wordt verleend in combinatie met ‘(tijdelijk) verblijf’. Naast voorwaarden waaraan de bouw van de instelling moet voldoen voor een toelating als zorgaanbieder, worden er ook nog eisen gesteld aan de bestuursstructuur van de instelling. Ten eerste moet de instelling een toezichtorgaan hebben, dat onafhankelijk is van de rest van de instelling. Dit orgaan heeft verantwoordelijkheden als toezicht houden op het beleid van de instelling en raad geven waar zij dat nodig acht. De verdeling van deze verantwoordelijkheden moet, net als eventuele

conflicten tussen het toezichtorgaan en de instelling, inzichtelijk worden vastgelegd. Verder moet de instelling wederom schriftelijk en inzichtelijk duidelijk gemaakt hebben hoe haar zorgverlening georganiseerd wordt in termen van verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden. Al deze eisen zijn opgesteld met het doel de instellingen te kunnen controleren op doelmatigheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid. Daarnaast moeten deze maatregelen ook een deel van de kwaliteit van zorg van de instelling waarborgen (minVWS, 2005-2).

Wanneer een instelling op basis van bovenstaande voorwaarden door het CVZ is toegelaten als zorgaanbieder, moet er vervolgens voldaan worden aan de eisen van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet eist van de instellingen dat er verantwoorde zorg aangeboden wordt. Hieronder wordt verstaan “zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt”. Om dit te bereiken moet de instelling zorgen voor een “systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg” en het verzamelen van gegevens betreffende de genoemde kwaliteit. Jaarlijks moet de instelling hierover een verslag uitbrengen, ter openbare inzage, waarin verantwoording wordt afgelegd voor het gevoerde beleid. Ook moet hierin vermeld worden of en op welke manier de instelling consumenten in het kwaliteitsbeleid heeft betrokken, met welke regelmaat de kwaliteit beoordeeld is en hoe klachten met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg afgehandeld zijn (minVWS, 1996).

2.4.2. Het individuele zorgaanbod

Wanneer de cliënt besloten heeft welke zorgaanbieder(s) hem of haar aanspreken rest het nog deze te benaderen voor het aanvragen van een offerte; wat kunt u mij bieden? Wat is uw zorgaanbod? Zorgaanbod is een erg breed begrip. Het omvat namelijk alle vormen van zorg (van hulp in de huishouding tot behandeling van psychische problemen en het uitvoeren van complexe operaties) in de verschillende sectoren die de Nederlandse gezondheidszorg kent. Een specifieke definitie van ‘het zorgaanbod’ bestaat dus niet. Wel bestaan er eisen waaraan aangeboden zorg moet voldoen, dit wordt ook wel de ‘kwaliteit van zorg’ genoemd, een begrip dat op veel verschillende aspecten van de zorg toegepast kan worden. Hierbij kan je denken aan de toegankelijkheid van zorg, de coördinatie ervan, maar natuurlijk ook aan het niveau van de verleende zorg (kennis, methoden, etc.) en de acceptatie door de maatschappij (Harteloh & Casparie, 1998).

Met betrekking tot de kwaliteit van zorg kan er wederom onderscheid gemaakt worden tussen instellingen en particulieren, waarbij instellingen meer regels te volgen hebben dan particulieren. Beide categorieën verlenen zorg en zijn volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen dus verplicht om op inzichtelijke wijze aan de kwaliteit daarvan te werken (minVWS, 1996). In de praktijk echter, is een mantelzorger ook een ‘zorgaanbieder’ voor cliënten met een pgb, maar daarvan wordt niet verwacht dat hij of zij ieder jaar een kwaliteitsverslag uitbrengt. Voor beide categorieën bestaan er mogelijkheden om de kwaliteit van hun zorgaanbod te (laten) toetsen, om zo hun betrouwbaarheid naar de cliënten toe te vergroten.

Instellingen hebben vaak grote diversiteit in hun personeel. Zowel in functies als in beschikbaarheid. Daarnaast hebben zij voor de zorg die zij aanbieden een bepaald budget, namelijk het bedrag dat zij van het zorgkantoor krijgen per cliënt (afhankelijk van de indicatie van de cliënten). Alle zorg die zij dus aanbieden zal uitgevoerd moeten worden met de uren en het geld dat beschikbaar is. Instellingen melden zelf per cliënt te kijken naar individuele wensen (Aveleijn, 2007) (De Twentse Zorgcentra, 2007). Het hoogste management stelt de kwaliteitseisen vast waaraan het specifieke zorgaanbod moet voldoen. Vervolgens wordt er een niveau lager voor de cliënt gekeken of met de beschikbare uren en financiën aan de wens van de cliënt tegemoet gekomen kan worden. Sommige instellingen maken gebruik van de diensten van derden, wanneer zij zelf de deskundigheid of uren niet in huis hebben. Uiteraard moeten er ook dan voldoende financiën tegenover staan. Voor zover het te bekostigen valt, maken instellingen dus hun ‘zorg op maat’. Dit is deels veroorzaakt door de invoering van het pgb; wanneer cliënten zelf mogen beslissen aan wie ze hun budget uitgeven, is het aan de zorgaanbieders om zichzelf zo aantrekkelijk mogelijk te presenteren en eventueel zelfs met elkaar te concurreren. Waar zij in het oude financieringsstelsel min of meer verzekerd waren van vaste inkomsten, zullen zij

er nu meer moeite voor moeten doen, bijvoorbeeld door de klantvriendelijkheid te verhogen (Kerff, 1999).

Particulieren kunnen hun zorgaanbod geheel zelf bepalen, maar ook zij zullen rekening moeten houden met de wensen van de cliënt. Veel particulieren, waaronder mantelzorgers, zijn mensen in de omgeving van de cliënt en daardoor al bekend met de situatie en de behoeftes van de cliënt. Wanneer er één op één zorg geleverd wordt, hoeft de zorgaanbieder ook geen rekening te houden met wensen van andere cliënten. Bij de zogeheten zorgboerderijen (opvang aangeboden door mensen met een eigen (boerderij)bedrijf en vaak een zorgachtergrond) komen, net als bij reguliere instellingen, meerdere cliënten tegelijkertijd en hier zal dus niet aan elke individuele wens gehoor gegeven kunnen worden. Zorgboerderijen hebben doorgaans echter veel ruimte en veel mogelijke activiteiten voor de cliënten om aan deel te nemen. Om de kwaliteit van hun zorg naar buiten duidelijk te maken is vanuit het Landelijk Steunpunt Landbouw & Zorg een kwaliteitstoetsing en bijbehorend certificaat ontwikkeld (Landbouw & Zorg, 2007).

‘Zorgaanbod’ wordt dus veelal per cliënt vastgesteld, waarbij onderscheid gemaakt kan worden in cliënten die gebruik maken van zorg in natura en cliënten die gebruiken maken van een pgb. Voor een cliënt die zorg in natura ontvangt komt het aanbod overeen met de indicatie. Echter, dit aanbod is dan alleen gedefinieerd in een aantal uren zorg per zorgfunctie. De precieze invulling van de uren wordt wederom per cliënt bepaald in het zogeheten zorgcontract dat zorgaanbieder en cliënt met elkaar aangaan. Omdat cliënten die gebruik maken van een pgb voor het aanbod niet afhankelijk zijn van de indicatie (deze bepaalt dan alleen de hoogte van het budget) is het zorgaanbod dat zij krijgen geheel afhankelijk van onderhandelingen met verschillende zorgaanbieders. ‘Het individuele zorgaanbod’ is dus een resultaat van onderhandelingen tussen cliënten, zorgaanbieders en eventueel het zorgkantoor.

2.5. Conclusie

De AWBZ heeft als doel de zorgvraag van cliënten centraal te stellen door middel van het leveren van zorg op maat in een voor de cliënt vertrouwde omgeving. Tevens wordt beoogt de doelmatigheid van zorg te bevorderen. Tijdens het gehele proces, van aanvraag tot zorgaanbod, zijn verschillende bepalingen uit de AWBZ naar voren gekomen. De wet heeft betrekking op zowel de aanspraak op zorg, de aard en inhoud van de zorg, de bekostiging ervan en de uitvoering. Het gaat hierbij echter voornamelijk om algemene bepalingen die nauwelijks toe te passen zijn zonder specificaties uit Besluiten en Algemene Maatregelen van Bestuur, stukken waarnaar veelvuldig verwezen wordt in de oorspronkelijke wettekst. De zorgfuncties van de AWBZ, ‘persoonlijke verzorging’, ‘verpleging’, ‘ondersteunende begeleiding’, ‘activerende begeleiding’, ‘tijdelijk verblijf’, ‘langdurig verblijf’ en ‘behandeling’, behoren tot één van die bepalingen en zijn in de wet zelf slechts omschreven in algemene termen. Het CIZ heeft de omschrijving van de zorgfuncties gespecificeerd door middel van protocollen. Hierin staat per zorgfunctie duidelijk omschreven welke handelingen onder AWBZ-zorg vallen. Op die manier kan bij het stellen van een indicatie exact aangegeven worden hoeveel uur van welke handeling een cliënt per week nodig heeft. Per zorgfunctie kunnen de uren van de benodigde handelingen uit die functie opgeteld worden en dit resulteert in een indicatie in een bepaalde klasse. Met deze indicatie kan de cliënt naar het zorgkantoor en aldaar kan gekozen worden voor het ontvangen van een subsidie in plaats van zorg om daarmee de zorg zelf in te kopen, het persoonsgebonden budget. Ook deze subsidie vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten behoort tot één van de bepalingen uit de AWBZ en is ontworpen om de keuzemogelijkheden en de ‘regie over het eigen leven’ van de cliënt te vergroten. Naast meer zeggenschap krijgen cliënten ook meer verantwoordelijkheid. Deze ligt deels in de administratieve lasten van het pgb, maar ook in het inkopen van kwalitatief verantwoorde zorg. Zorgaanbieders bestaan er voor cliënten met een pgb namelijk in vele soorten en maten, waarvan sommigen duidelijke kwaliteitswaarborgen hebben, maar bij anderen is dit meer het oordeel van de cliënt zelf (eventueel in overleg met het zorgkantoor). Het individuele zorgaanbod wordt uiteindelijk zoveel mogelijk op de cliënt afgestemd, maar is afhankelijk van factoren als de grootte van de zorgaanbieder, het aantal beschikbare uren, de zorgvraag van de

cliënt (simpel of complex), het samenwerken van verschillende zorgaanbieders en het aantal overige cliënten.

Ondanks dat door middel van de indicatie vastgelegd wordt hoeveel van welke zorghandelingen nodig zijn moeten cliënten nog aardig wat keuzes maken voordat zij ook daadwerkelijk zorg kunnen ontvangen. Uit het voorbeeld uit de inleiding is gebleken dat niet alle keuzes makkelijk te maken zijn. Vooral de keuze tussen zorgaanbieders bleek problemen te geven doordat zij niet met elkaar te vergelijken zouden zijn. In hoofdstuk 3 wordt het proces dat cliënten doorlopen en de verschillende keuzes die ze daarbij moeten maken nagebootst om zicht te krijgen op de vergelijking die cliënten moeten maken. Vervolgens wordt gekeken op welke manier zij eventueel ondersteund kunnen worden bij deze vergelijking.

3. Zorgaanbieders vergelijken

Het persoonsgebonden budget is erop gericht de keuzemogelijkheden van de cliënt te vergroten. Waar bij zorg in natura alleen een keuze gemaakt kan worden uit AWBZ-geregistreerde instellingen kan met een pgb gekozen worden uit een veel groter aantal zorgaanbieders in alle soorten en maten, zowel instellingen als particulieren. De variatie op kenmerken als grootte, flexibiliteit, omgeving, sfeer en kwaliteitswaarborg van zorgaanbieders is enorm en er is dus voor ieder wat wils. Bovendien maken zorgaanbieders zoveel mogelijk zorg op maat en kan de vertegenwoordiger tot op zekere hoogte eisen stellen om het pgb te besteden aan precies datgene wat nodig is voor de cliënt. Uit de Momentopname van de AWBZ blijkt dat de keuzemogelijkheden van cliënten inderdaad vergroot zijn (CPB, 2004). Maar meer keuzemogelijkheden maken het niet per definitie makkelijker te kiezen. Om te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders over het individuele zorgaanbod moet een vertegenwoordiger namelijk wel weten wat precies nodig is. Is de cliënt beter af in een kleine of een grote instelling? In een bosrijke omgeving of in de stad? Is er hoogwaardige zorg nodig of is structuur en hulp voldoende? Met zo'n groot scala aan zorgaanbieders is op elk kenmerk wel een keuze te maken. Met het pgb vergroten cliënten bovendien het aantal zorgaanbieders waaruit zij kunnen kiezen en ook het aantal verschillen tussen deze zorgaanbieders neemt toe doordat zij, naast instellingen, nu ook voor particuliere zorgaanbieders kunnen kiezen. Dit maakt het nemen van een beslissing er zeker niet gemakkelijker op. Toch willen vertegenwoordigers een weloverdachte beslissing nemen wanneer zij kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Wanneer het vergelijken van zorgaanbieders echter problemen oplevert maakt dit het nemen van die beslissing alleen maar moeilijker.

Door middel van het nabootsen van het proces dat een cliënt doorloopt wordt in paragraaf 3.1. onderzocht of er, op basis van de eventuele problemen die naar voren komen bij één, min of meer willekeurige, cliënt, verwacht kan worden dat deze problemen zich vaker voordoen. Paragraaf 3.2. en 3.3. bekijken vervolgens hoe cliënten ondersteund kunnen worden in het nemen van een beslissing door te achterhalen welke kenmerken van zorgaanbieders voor hen belangrijk zijn voor een vergelijking. Hiermee worden de laatste twee deelvragen, 'Zorgt de huidige manier van het vergelijken van zorgaanbieders voor problemen?' en 'Hoe kunnen cliënten ondersteund worden bij het maken van een vergelijking?' behandeld en sluit paragraaf 3.4. af met een beschrijving van de gevonden antwoorden.

3.1. Vergelijken in de praktijk

Om te achterhalen tegen welke problemen cliënten aan kunnen lopen is het belangrijk dat het proces doorlopen wordt zoals cliënten dat ook doen; het zijn tenslotte de cliënten die een keuze moeten maken uit de zorgaanbieders en het was ook een cliënt die het maken van die keuze als problematisch ervoer. Helaas is er in dit onderzoek geen tijd voor het nabootsen van verschillende cliënten om het bestaan van problemen in verschillende situaties te onderzoeken. Om de verwachtingen toch zoveel mogelijk te kunnen generaliseren is het zaak om het proces te doorlopen vanuit een 'gemiddelde cliënt'. Hoe de gemiddelde cliënt eruit ziet wordt bij de start van het proces in paragraaf 3.1.1. vastgesteld naar aanleiding van een gesprek met MEETwente, een organisatie die cliënten hulp en ondersteuning biedt bij hun zoektocht naar zorg. Tevens behandelt deze paragraaf kort de bekostiging waarvoor gekozen wordt. In paragraaf 3.1.2. wordt vervolgens bekeken welke zorgaanbieders voor de cliënt in aanmerking komen. Daarna wordt in paragraaf 3.1.3. een aantal zorgaanbieders benaderd voor een offerte en wordt bekeken of er een vergelijking te maken is.

3.1.1. Indicatie en bekostiging

In hoofdstuk 2 is uitgelegd welke functies en welke klassen zorg zoal voorkomen, maar om als cliënt het proces te doorlopen is het belangrijk om te weten welke combinaties van functies en klassen realistisch zijn. Om meer inzicht te krijgen in de praktijk van zorgvragen heeft een gesprek met meneer Kleinkoerkamp, een consultant van MEETwente, plaatsgevonden (volledige uitwerking in bijlage 1). Deze organisatie ondersteunt cliënten met het geven van informatie en advies en het bieden

van hulp om tot de juiste zorg te komen. Uit het vraaggesprek werd duidelijk hoe de zorgfuncties in werkelijkheid door cliënten gebruikt worden. Zo blijkt dat de functie 'verpleging' in de praktijk erg weinig voorkomt bij cliënten die gebruik maken van een pgb; slechts af en toe in de vorm van hulp bij medicatie. Ook activerende begeleiding blijkt minder vaak voor te komen bij pgb-cliënten. Deze begeleiding wordt (bijna) altijd in natura ontvangen omdat de uitvoerenden gespecialiseerde medewerkers van een instelling zijn. Zij werken niet particulier en cliënten vinden het in dat geval vaak makkelijker om voor zorg in natura te kiezen (Kleinkoerkamp, 2007). Wanneer deze twee functies in de zorgvraag opgenomen zouden worden, zou een zorgvraag gecreëerd worden die in de praktijk dus weinig voorkomt. Het doel is juist, met betrekking tot de gebruikte zorgfuncties, een zorgvraag te creëren die in de praktijk regelmatig voorkomt en daarom is besloten verpleging en activerende begeleiding niet in de zorgvraag te verwerken. Dan blijven dus persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en (tijdelijk) verblijf over. Uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau naar ontwikkelingen in de zorgvraag van verstandelijk gehandicapten tussen 1998 en 2001 blijkt dat het aantal indicaties voor alleen begeleiding terugloopt en dat (tijdelijk) verblijf, dat alleen in combinatie met andere zorgfuncties voorkomt, groeipercentages tussen de 40% en 80% per jaar vertoont (SCP, 2005). Meneer Kleinkoerkamp geeft aan dat de overige drie functies inderdaad regelmatig voorkomen in de praktijk. Voor het onderzoek is het van minder belang in welke klassen deze functies geïndiceerd zijn; aangenomen wordt dat problemen bij het vergelijken van zorgaanbieders niet afhankelijk zijn van klassen van zorgfuncties, bovendien wordt wederom uitgegaan van veelvoorkomende klassen. Om de zorgvraag zo realistisch mogelijk te maken is besloten gebruik te maken van een bestaande casus, door MEETwente aangereikt, die de drie overgebleven zorgfuncties omvat.

De casus heeft betrekking op een gezin van twee ouders en drie kinderen (14, 12 en 8 jaar oud). De oudste, een zoon, heeft een verstandelijke handicap en is autistisch. Hij gaat naar een school voor zeer moeilijk lerende kinderen. Om het gezin te ontlasten hebben de ouders de volgende zorgvraag voor hun zoon: ze willen graag iedere week opvang op woensdagmiddag en in het weekend willen ze de ene week opvang voor de zaterdagmiddag en de andere week opvang voor het gehele weekend. In de schoolvakanties willen ze graag drie dagen per week logeeropvang. Zij hebben een indicatie aangevraagd en hun zoon is als volgt geïndiceerd: Tijdelijk verblijf klasse 2 (maximaal twee etmalen per week), persoonlijke verzorging klasse 4 en ondersteunende begeleiding klasse 3. Een overzicht van deze casus vindt u in bijlage 2.

Wat betreft de bekostiging wordt bij deze zorgvraag uiteraard gekozen voor het ontvangen van een pgb, aangezien het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of er problemen voorkomen bij het vergelijken van zorgaanbieders voor cliënten met een pgb. De pgb-tarieven voor 2007 zijn als volgt: voor tijdelijk verblijf ontvangt de cliënt €96,00 per etmaal x 2 etmalen per week = €192,00 per week. Voor persoonlijke verzorging klasse 4 ontvangt de cliënt €12.033,00 per jaar = €231,40 per week (12.033/52) en voor ondersteunende begeleiding klasse 3 ontvangt de cliënt €9.726,00 per jaar = €187,04 per week (9.726/52) (minVWS, 2007). Per week heeft de cliënt dus €610,44 (192 + 231,40 + 187,04) om de benodigde zorg en ondersteuning mee in te kopen.

3.1.2. Zorgaanbieders bekijken

In de zoektocht naar een zorgaanbieder die kan voldoen aan de zorgvraag wordt begonnen met het selecteren van zorgaanbieders in de buurt. Zeker voor woensdagmiddagopvang is het niet praktisch als de zorgaanbieder ver weg is; wanneer je er dan bent mag je meteen weer naar huis. De cliënt zal zich willen beperken tot een bepaalde regio en aangezien het probleem van een verschil in zorgaanbod in regio Twente naar voren is gekomen is dat ook de regio waar de cliënt zich in eerste instantie op gaat richten. Besloten is echter om hier Twente en omgeving van te maken, zodat meer zorgaanbieders in het onderzoek betrokken kunnen worden. Wanneer drie verschillende zorgaanbieders moeilijk met elkaar te vergelijken zijn kan dat nog toeval zijn, maar wanneer ook bij meerder zorgaanbieders problemen ondervonden worden bij het maken van een vergelijking kan er van toeval niet meer gesproken worden.

Een tweede selectie uit zorgaanbieders wordt gemaakt wanneer de cliënt op zoek gaat naar een zorgaanbieder die (tijdelijk) verblijf 'levert'. Dit wordt namelijk niet door iedere zorgaanbieder

aangeboden. Het zijn vooral veel zorgboerderijen die logeeropvang bieden, en deze vormen dan ook een grotere groep zorgaanbieders in het onderzoek dan reguliere instellingen. Via de website van de Vereniging van Zorgboeren kan gezocht worden naar zorgboerderijen op verschillende criteria. Regio's zijn helaas slechts tot op de provincie nauwkeurig te selecteren; in Overijssel kan je kiezen uit 61 zorgboerderijen. Maar 20 hiervan bieden weekendopvang aan. Er kan vervolgens ook nog een selectie gemaakt worden op de soort beperking van de cliënt. Aangenomen wordt dat de cliënt voorkeur zal geven aan zorgaanbieders in de verstandelijk gehandicaptenzorg dus wordt er ook geselecteerd op 'verstandelijke beperking'. Er blijven dan nog veertien zorgboerderijen over. Met betrekking tot de reguliere instellingen is de keus snel gemaakt; in de regio Twente en omgeving bieden slechts twee reguliere instellingen, met veel verschillende locaties weliswaar, weekendopvang. Het is mogelijk om andere zorgaanbieders in het onderzoek te betrekken door de verschillende momenten waarop opvang nodig is bij verschillende zorgaanbieders in te kopen, maar gezien het tijdbestek van het onderzoek is besloten de zorgvraag als één geheel aan zorgaanbieders voor te leggen. Voor de cliënt is het bovendien ook praktischer om alle zorg bij één zorgaanbieder in te kopen, omdat er dan maar met één zorgaanbieder afspraken gemaakt hoeven worden in plaats van alles twee of meer keer te moeten uitleggen en onderhandelen. Het is overigens wellicht niet realistisch om als cliënt zestien zorgaanbieders te benaderen, het vergelijken van vijf verschillende is misschien al tijdrovend genoeg, maar zoals eerder gezegd wordt het vaststellen van problemen betrouwbaarder naarmate meer zorgaanbieders benaderd zijn. Bovendien kan non-respons optreden waardoor het aantal vergelijkbare resultaten afneemt.

In de praktijk kan de cliënt nog een verdere selectie maken door bijvoorbeeld een maximumafstand te bepalen die afgelegd moet worden om de zorgaanbieder te bereiken. Daarnaast kan de cliënt selecteren op de omgeving en ligging van de zorgaanbieder. Wellicht woont het gezin in de stad en willen ze voor hun zoon tijdens de weekenden veel ruimte om te 'spelen' en gaat de voorkeur daarom uit naar locaties op het platteland. Deze selectie is voor het onderzoek echter niet nodig (niet wenselijk zelfs) en wordt daarom achterwege gelaten. In bijlage 3 vindt u een overzicht van de zorgaanbieders die na de verschillende selecties in het onderzoek betrokken zijn.

3.1.3. Het individuele zorgaanbod

Aan de twee reguliere (AWBZ-geregistreerde) zorgaanbieders en de veertien zorgboerderijen die in de vorige paragraaf geselecteerd zijn kan nu de zorgvraag voorgelegd worden. Gezien het tijdbestek van het onderzoek is besloten om de aanvragen alleen per mail af te handelen en niet persoonlijk contact te zoeken. Hierbij is aangenomen dat cliënten en voornamelijk hun vertegenwoordigers ook maar beperkt de tijd hebben om persoonlijke gesprekken aan te gaan met alle zorgaanbieders. Bovendien zorgt de aanvraag per mail ervoor dat alle zorgaanbieders exact dezelfde zorgvraag krijgen voorgeschoteld, waardoor problemen met vergelijken niet aan een verschil in vraag te wijten zijn.

Volgens Scalzo hebben cliënten vaak hulp nodig bij het formuleren van hun zorgvraag. Als onderdelen hiervan worden persoonlijke doelen en wensen van de cliënt genoemd (Scalzo, 2005). Naar aanleiding daarvan is ervan uitgegaan dat cliënten doorgaans bij het voorleggen van hun zorgvraag aan zorgaanbieders niet erg specifiek ingaan op hun wensen. Verder is aangenomen dat de cliënt geïnteresseerd is in de kosten van de zorg, aangezien er sprake is van een beperkt budget. En er is aangenomen dat de ouders geïnteresseerd zijn in de activiteiten die hun zoon kan ondernemen tijdens de opvang. In de mail is de zorgaanbieder dus verteld dat het gaat om een jongen van 14 met een verstandelijke handicap en autisme, die naar een zmlk school gaat, waarvoor op de verschillende dagen opvang gevraagd wordt. De verkregen indicatie, zoals die genoemd staat in paragraaf 3.1.1., is erbij gegeven en er wordt bij vermeld dat gekozen is voor het ontvangen van een pgb. De zorgaanbieder is vervolgens gevraagd een 'offerte' toe te sturen met daarin de kosten en de inhoud van de opvang. Hierbij is inhoud gedefinieerd als de beschikbare faciliteiten (welke verschillende ruimtes, hoe groot, welke mogelijkheden?).

Van de zestien benaderde zorgaanbieders hebben er vier niet gereageerd, twee reageerden in eerste instantie (één met een vraag om meer informatie, de ander met de mededeling dat de mail is doorgestuurd), maar uiteindelijk is ook van die zorgaanbieders geen (bruikbare) reactie meer gekomen. Eén zorgaanbieder deelde mee dat er geen plek was en ze hun tijd dan liever in de zorg aan hun cliënten staken en er was één zorgaanbieder die weigerde informatie per mail te verschaffen.

Van de acht zorgaanbieders waarvan uiteindelijk wel min of meer een individueel zorgaanbod is ontvangen reageerden er veel in eerste instantie met een uitnodiging om een bezoek te brengen en zo informatie te verkrijgen, maar na de uitleg dat het gezien de tijd niet mogelijk was alle zorgaanbieders te bezoeken mailden zij alsnog de nodige informatie. Deze informatie varieerde nogal van een korte opsomming tot lange verhalen over de aangeboden activiteiten. In bijlage 4 zijn een aantal voorbeelden van reacties opgenomen en hieronder wordt de informatie van de acht zorgaanbieders, samengevat en geanonimiseerd, in een tabel weergegeven.

Zorgaanbieder	Activiteiten/zorgaanbod	Tarieven
<i>AWBZ-geregistreerd</i>		
zorgaanbieder 1		Verblijf 142,- (per etmaal??)
		Pers. Verz. 30,90 (per week??)
		Onderst. Beg. Alg. 38,90 (per week??)
<i>Niet AWBZ-geregistreerd</i>		
zorgaanbieder 2	skelter, dieren verzorgen, pony borstelen of rijden	uurtarief 19,- (behalve op zat)
	boer helpen met voeren, schoonmaken	zat van 10 tot 17 135,-
	hokken bouwen, boer helpen met voeren, schoonmaken	
	eigen slaapkamer, woonkamer, keuken, recreatiehal	
	weekendopvang van vr. 19 tot zo. 17	weekend 325,-
	midweek van ma. 10 tot vr. 15	midweek 545,-
	gediplomeerde Bedrijfshulpverlening, vaste medewerkers	
	met zorgachtergrond. En kennis van autisme maaltijden en tussendoortjes inbegrepen	
zorgaanbieder 3	hokken uitmesten	uurtarief 10,-
	verzorgen van vee, tuin en erf	125,- per 24 uur
	verzorgen konijnen en cavia's	daaropvolgende nachten 120,-/24hr
	arbeidsplezier en omgang anderen voorop	
	werkzaamheden aangepast op wensen en mogelijkheden	
	contacten met dierenarts, voedselleverancier, etc.	
zorgaanbieder 4	dieren verzorgen, eieren rapen, hond uitlaten	zaterdag en zondag toeslag 20,-/dag
	werken' in de moestuin, koken en bakken, knutselen	
	krant (voor)lezen, spelen (buiten en binnen), zwemmen naar de markt	
	wnkmr, ruime douche, keuken, 3 slpkms (4-6 kinderen)	
	2 begeleiding + 1 stagiaire	
	weekend van vr. 16 tot zo. 19	387,35 per weekend
	za. Van 12 tot 17.30	84,22 zaterdagmiddag
	wo. Van 12 tot 17.30	70,13 woensdagmiddag
midweek, 3 dagen + 2 nachten	387,- midweek	
zorgaanbieder 5	verzorging dieren, tafeltennis, poppenkast, hometrainers	logeren 200,- per dag, dus 400,-/wknd
	sjoelbak, voetbalspel, lego, moestuin werken, knutselen	
	skelters, voetbal en badminton	
	groepjes tot 7 pers. Met 3 begeleiders.	
	pictobord ondersteuning	
	wo en za-middag van 13.30 tot 17.30	75,- per dagdeel
om de week za. Van 9.30 tot 17.30	twee dagdelen, 150,-	
zorgaanbieder 6	grote tuin met trampoline en andere speelmogelijkheden	uurtarief 11,-
	dieren verzorgen, erf en tuin onderhouden	maaltijd 11,-

zorgaanbieder 7	verzorgen van en werken met paarden	100,- per dag
	werken in moestuin en werkplaats	125,- voor dag en nacht
	verzorgen koeien, bak- en kookactiviteiten	
	leren rijden en werken met trekker of shovel	
	vr. van 19 tot zo. 19	weekend dus 250,-
	za. Van 13 tot 17 (hele dag van 9 tot 17)	
zorgaanbieder 8	begeleiding gemiddeld 1 op 2	richtlijnen die voor pgb worden gegeven
	gehele opvang in huis	

Wanneer alleen al gekeken wordt naar de manier waarop door de zorgaanbieder uitleg gegeven wordt over het zorgaanbod zijn er verschillen waarneembaar. Waar de een slechts tarieven meldt (waar overigens niet bij wordt gegeven per welke tijdeenheid die tarieven gerekend worden) geeft de ander een lange reactie met uitgebreide beschrijvingen van de activiteiten, ruimtes en begeleiding. Het ontbreken van informatie zorgt alleen al voor moeilijkheden om de zorgaanbieders te vergelijken. Wat betreft de kosten geven alle zorgaanbieders informatie, maar het vergt nog behoorlijk wat rekenwerk van de cliënt om de bedragen naast elkaar te kunnen leggen. Met betrekking tot de faciliteiten, waar ook specifiek naar gevraagd is, zijn de zorgaanbieders iets beter met elkaar te vergelijken. Er worden veel dezelfde (soort) activiteiten genoemd waarop vergelijken mogelijk is, maar slechts twee zorgaanbieders geven ook de gevraagde informatie over de beschikbare ruimtes. Verder kan de helft van de zorgaanbieders vergeleken worden op de tijden die zij hanteren, maar dit is waarschijnlijk niet de hoogste prioriteit van de cliënt. Tenslotte wordt nog door vier zorgaanbieders informatie gegeven over de opleiding en/of het aantal begeleiders en cliënten.

De acht zorgaanbieders geven dus informatie over vijf verschillende kenmerken, maar er is slechts één kenmerk waarop ze allemaal, met moeite, met elkaar vergeleken kunnen worden. Op de rest van de kenmerken kan maar een vergelijking gemaakt worden tussen zes of minder zorgaanbieders. Wat opvalt is dat de kenmerken waarop de meeste zorgaanbieders met elkaar te vergelijken zijn, prijs en faciliteiten, die kenmerken zijn waarin de mail naar gevraagd is. De andere kenmerken hebben betrekking op informatie die sommige zorgaanbieders uit zichzelf gegeven hebben, maar dit is dus niet voor alle zorgaanbieders vanzelfsprekend. Hieruit blijkt dat wanneer de cliënt specifiek om bepaalde informatie vraagt zorgaanbieders over het algemeen voldoende informatie geven om een vergelijking op dat punt te kunnen maken. De extra informatie die sommige zorgaanbieders geven laat zien dat er wel meer kenmerken zijn dan de twee waar nu naar gevraagd is waarop het maken van een vergelijking voor cliënten interessant zou kunnen zijn. Eén zorgaanbieder vertelt bijvoorbeeld dat de vaste medewerkers kennis van autisme hebben; het is aannemelijk dat de ouders kennis van en wellicht ervaring met autisme ook graag mee zouden nemen in hun vergelijking. Maar, zo is gebleken, als zij hier niet naar vragen zullen ze ook niet voldoende informatie krijgen voor het maken van een vergelijking.

Doordat het onderzoek gebaseerd is op een 'gemiddelde cliënt' mag verwacht worden dat zorgaanbieders vaker een zelfde soort zorgvraag krijgen waardoor de problemen bij het maken van een vergelijking niet aan de soort zorgvraag te wijten zijn. Daarnaast geeft Scalzo aan dat cliënten vaak moeite hebben met het formuleren van hun zorgvraag (2005). Omdat nu duidelijk is dat een gebrekkige zorgvraag problemen met het vergelijken van zorgaanbieders oplevert kan gesteld worden dat cliënten vaak een gebrekkige zorgvraag bij zorgaanbieders leggen en daarom vaak problemen zullen hebben met het maken van een vergelijking. In paragraaf 3.2. wordt onderzocht welke kenmerken cliënten zouden moeten verwerken in hun zorgvraag om tot een goede vergelijking te komen. Aan de hand van interviews wordt onderzocht welke kenmerken voor cliënten belangrijk én bruikbaar zijn. Paragraaf 3.3. laat vervolgens zien hoe cliënten ondersteund kunnen worden bij het stellen van de juiste vragen om zo tot voldoende informatie te komen voor het vergelijken van zorgaanbieders.

3.2. Bruikbare kenmerken

Om erachter te komen welke kenmerken voor cliënten belangrijk zijn zou dit uiteraard direct aan de cliënt zelf gevraagd kunnen worden. Maar wat de ene cliënt belangrijk vindt is niet per definitie voor alle cliënten zo belangrijk. Bovendien zijn er misschien kenmerken die cliënten zelf in eerste instantie niet zouden noemen, maar voor hen toch belangrijk zijn. Daarom zijn drie partijen uit het veld benaderd om vanuit en voor cliënten vast te stellen welke kenmerken belangrijk zijn bij het vergelijken van zorgaanbieders. De interviews en resultaten worden beschreven in paragraaf 3.2.1. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2.2. bekeken welke kenmerken cliënten ook daadwerkelijk kunnen gebruiken voor hun vergelijking.

3.1.1. Interviews met partijen uit het veld

De benaderde partijen zijn geselecteerd op het perspectief dat zij hebben door hun rol in het proces. Als eerste heeft een interview plaatsgevonden met een consulente van Kansplus, een cliëntenvereniging. Cliënten zijn degenen die de vergelijking willen maken en hun inbreng met betrekking tot de belangrijke kenmerken is daarom gewenst. Gezien het tijdsbestek van dit onderzoek konden echter niet genoeg cliënten geïnterviewd worden om vast te stellen welke kenmerken cliënten gemiddeld het belangrijkste vinden. Daarom is gekozen voor een interview met een cliëntenvereniging die naar verwachting goed zicht zal hebben op de ‘gemiddelde mening’ van cliënten.

Het tweede interview heeft plaatsgevonden met een medewerker van de afdeling inkoop van het zorgkantoor. Deze afdeling koopt de zorg in die cliënten, wanneer zij kiezen voor zorg in natura, ontvangen. De eisen die het zorgkantoor aan de geregistreerde zorgaanbieders stelt zouden door cliënten met een pgb ook aan niet-geregistreerde zorgaanbieders gesteld mogen worden omdat deze eisen een maat bieden voor wat het zorgkantoor verstaat onder ‘kwalitatief verantwoorde zorg’. Het zou echter kunnen dat het zorgkantoor hierbij naar kenmerken kijkt die cliënten minder snel bedenken, maar dus toch van belang kunnen zijn om mee te nemen in een vergelijking.

Als derde en laatste is een indicatiesteller van het CIZ geïnterviewd. Als ontwikkelaar van de protocollen voor de zorgfuncties is deze organisatie zo goed op de hoogte van de precieze zorg die geleverd moet worden dat aangegeven kan worden op welke kenmerken cliënten naar aanleiding van de verkregen indicatie moeten letten.

Alle drie de partijen is gevraagd welke kenmerken, vanuit hun organisatie-/cliëntenperspectief voor cliënten belangrijk zijn om mee te nemen bij het vergelijken van zorgaanbieders. Vervolgens is hen gevraagd kenmerken te rangschikken om te achterhalen of er kenmerken zijn die beduidend belangrijker zijn dan anderen. De interviewvragen zijn te vinden in bijlage 5 en de uitwerking van de antwoorden in bijlagen 6, 7 en 8. Per veldpartij wordt hieronder een samenvatting gegeven van het interview met daarin de kenmerken die zij genoemd hebben.

Cliëntenperspectief

Om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken worden vanuit de cliëntenvereniging de volgende kenmerken genoemd (Pardon, 2007):

Verhouding tussen professionals en leerlingen: Het is goed dat studenten in de vorm van leerlingen en stagiaires ervaring opdoen in de praktijk. Zij zijn er om te leren en het kan daarbij voorkomen dat er af en toe een foutje gemaakt wordt. Dit is acceptabel, zolang er voldoende professionele begeleiding aanwezig is om toezicht te houden en te corrigeren. Kwaliteit van zorg is erg belangrijk; deze zit deels in de opleiding van medewerkers, maar het heeft ook te maken met people-skills. Sommige mensen zijn bijzonder goed met mensen (en dan voornamelijk verstandelijk gehandicapten) en anderen hebben gewoon die klik niet. Ook al zijn ze nog zo deskundig, de kwaliteit is wel iets minder.

Manier waarop deskundigheid wordt ingezet: Wordt er gebruik gemaakt van de deskundigheid die de begeleiding in huis heeft of gaat deze verloren door alleen maar standaard taken uit te voeren? Het voordeel van deskundigheid van medewerkers is dat ze cliënten wat extra kunnen bieden dan alleen de standaardtaken. En het zijn juist die extra's die kwaliteit van het leven maken.

Groeps grootte, leeftijdsvariatie en aantal begeleiders: Hoeveel cliënten zitten er in één groep en hoezeer lopen de leeftijden van deze cliënten uiteen (wat is het verschil in jaren tussen het jongste en oudste groepslid?). Hoeveel begeleiders zitten er op één groep? De meeste cliënten zitten liever in kleinere

groepen (tot acht personen) met mensen van ongeveer hun eigen leeftijd. Het komt wel eens voor dat jongeren in groepen zitten met kleuters; dit is verre van een ideale situatie, voor cliënten, maar ook voor medewerkers. Het aantal begeleiders op de groep geeft in combinatie met de groepsgrootte een indicatie voor de kwaliteit van de zorg; hoe meer cliënten onder één begeleider vallen, des te minder zorg kunnen zij per persoon ontvangen.

Wordt er gekeken naar de cliënt: Wanneer een cliënt geplaatst wordt, kijkt de zorgaanbieder dan in welke groep hij of zij het beste zou passen of worden er alleen maar lege plekken opgevuld? Dit heeft te maken met de cliëntvriendelijkheid van de zorgaanbieder. Toont hij interesse voor de situatie en de wensen van de cliënten en wordt hiermee rekening gehouden of kijkt de zorgaanbieder alleen naar wat hemzelf het beste uitkomt?

Inspraak en communicatie: Heeft de cliënt een stem in beslissingen die genomen worden? Wordt er geluisterd, wordt de cliënt erbij betrokken of moet er zelf aan de bel getrokken worden? Geeft de zorgaanbieder op tijd en eerlijk informatie? Inspraak en communicatie hebben ook betrekking op cliëntvriendelijkheid; cliënten vinden het belangrijk dat zij mogen meebeslissen over zaken die hen aangaan zodat zij duidelijk kunnen maken wat zij het liefste willen. Daarbij willen ze actieve communicatie vanuit de zorgaanbieder; ze willen niet om informatie moeten vragen, die moet de zorgaanbieder uit zichzelf geven.

Snel contact: Wanneer de cliënt zaken wil bespreken is er dan snel contact met de zorgaanbieder? Hierbij speelt het aantal managementlagen een rol; met veel managementlagen heeft de persoonlijke begeleider vaak weinig voor het zeggen. Hoe snel heb je dan contact met bijvoorbeeld de directeur? Er moeten geen weken overheen gaan voordat een cliënt eindelijk zijn of haar verhaal heeft kunnen doen aan de persoon die er ook naar kan handelen.

Verloop van personeel: Hoe vaak moet de cliënt kennismaken met nieuwe begeleiders? Cliënten hechten zich aan hun begeleider en steeds nieuwe gezichten komen niet ten goede aan de structuur die cliënten nodig hebben. Bovendien zegt veel wisselend personeel iets over de manier waarop medewerkers door de zorgaanbieder behandeld worden.

Huisvesting: Spreken de omgeving van de locatie en de inrichting je aan? Vooral bij (tijdelijk) verblijf is het van belang dat cliënten zich op hun gemak voelen bij een zorgaanbieder.

Sfeer: Wat voor sfeer hangt er in de groep? Ook bij de sfeer gaat het erom dat cliënten zich op hun gemak voelen tussen groepsgenoten en zorgverleners.

Prijs: Cliënten willen uiteraard de beste zorg die ze kunnen krijgen, maar prijs speelt wel een rol in het nemen van een beslissing.

Bij een rangordening in deze kenmerken zet mevrouw Pardon de kwaliteit van zorg voorop, de eerste twee kenmerken, gevolgd door de cliëntvriendelijkheid, de volgende vier kenmerken. Daarna komt de continuïteit van zorg en als laatste komen de overige drie kenmerken, sfeer, locatie en prijs. Kwaliteit staat bovenaan omdat cliënten, ook al is de zorgaanbieder niet erg cliëntvriendelijk, het belangrijker vinden dat er de goede zorg en ondersteuning geboden wordt. Wanneer hiernaar gekeken is moet de cliëntvriendelijkheid beoordeeld worden, maar die zit niet heel ver achter kwaliteit. De continuïteit van zorg is een belangrijk, op zichzelf staand kenmerk, dat belangrijk is voor de stabiliteit in de zorg voor de cliënt, maar het komt wel achter kwaliteit en cliëntvriendelijkheid. De laatste drie kenmerken komen nog verder achteraan, maar spelen toch ook een rol in het nemen van beslissingen.

Het Zorgkantoor

Wanneer gekeken wordt naar de eisen die het zorgkantoor stelt aan geregistreerde zorgaanbieders zijn de volgende kenmerken van belang voor cliënten met een pgb (Moorman, 2007):

Zorgplan: Er moet in overleg met de cliënt een zorgplan zijn opgesteld waarin staat vastgelegd welke zorg op welke momenten geleverd gaat worden en wat de individuele doelen zijn van de cliënt. Op deze manier kunnen de wensen van de cliënt en de toezeggingen van de zorgaanbieder van tevoren vastgelegd worden, waardoor voor beide partijen vanaf het begin duidelijk is wat zij kunnen verwachten. Een zorgplan zorgt ervoor dat de cliënt iets heeft om op terug te vallen wanneer afspraken vanuit de zorgaanbieder niet nagekomen worden. Op deze manier wordt beter gehoor gegeven aan de wensen van de cliënt.

Wensen en keuzes: De zorgaanbieder moet, vanuit het oogpunt van cliëntvriendelijkheid, rekening houden met de wensen van de cliënt en deze moet de mogelijkheid hebben om te kiezen. Onder andere

de persoonlijke begeleider en nieuwe groepsleden moeten afgestemd worden op de wensen en keuzes van de cliënten. De persoonlijk begeleider heeft 'intiemer' en intensiever contact met de cliënt dan andere zorgverleners en het is van belang dat beide partijen elkaar liggen om dit contact zo soepel mogelijk te laten verlopen. Vooral bij (tijdelijk) verblijf is het zeer belangrijk dat groepsleden met elkaar overweg kunnen om de cliënten zo min mogelijk stress en zo veel mogelijk plezier te leveren.

Snelheid: De zorgaanbieder moet snel reageren; er moeten geen maanden overheen gaan voordat je als cliënt eindelijk hebt wat je wil. Dat is ook niet nodig, zorgaanbieders kunnen veel doelmatiger te werk gaan.

Deskundigheid: De zorg moet geleverd worden door deskundige medewerkers. Het komt te vaak voor dat medewerkers niet voldoende opgeleid zijn; dit komt de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt niet ten goede.

Sfeer: De sfeer binnen de groep en de sfeer die de zorgaanbieder naar buiten uitstraalt zijn belangrijk. Cliënten moeten zich op hun gemak voelen bij en vertrouwen hebben in een zorgaanbieder.

De heer Moorman noemt bij een rangordening in deze kenmerken cliëntvriendelijkheid, de eerste drie kenmerken, als belangrijkste. Zorgaanbieders moeten de cliënt meer centraal stellen. Direct daarna komt de kwaliteit van de zorg die geboden wordt; ook hier is nog ruimte voor verbetering. Tenslotte speelt de sfeer van een zorgaanbieder een rol, maar lang niet zo'n grote als de eerder genoemde kenmerken.

Het CIZ

Voor de zorg die zorgaanbieders moeten leveren in de verschillende zorgfuncties verwijst mevrouw Heurman naar de protocollen die het CIZ heeft opgesteld. Deze omschrijven precies welke acties/handelingen van zorg onder welke functie vallen. Volgens deze acties wordt de cliënt geïndiceerd, dat heeft de cliënt aan zorg nodig en dat moet de zorgaanbieder dan ook bieden (Heurman, 2007).

De kenmerken die cliënten naar aanleiding van hun indicatie kunnen gebruiken voor het vergelijken van zorgaanbieders worden zijn de volgende (Heurman, 2007):

Deskundigheid: Kan de zorgaanbieder de aandoening van de cliënt aan en kan de zorgaanbieder de zorg leveren die de cliënt nodig heeft? De indicatie geeft recht op bepaalde handelingen en de zorgaanbieder moet wel de deskundigheid in huis hebben om deze handelingen uit te voeren. Hier is doorgaans alleen sprake van wanneer een indicatie verkregen is in hoge klassen of bijvoorbeeld bij een complexe of zeldzame zorgvraag. Niet alleen kan gekeken worden naar de opleiding en BIG-registratie (Beroepen Individuele Gezondheidszorg), maar ook kan nagegaan worden of de zorgaanbieder ervaring heeft met de zorgvraag van de cliënt.

Indicatie volledig ingezet: Kan de zorgaanbieder alle acties leveren waarvoor de cliënt geïndiceerd is? Het aantal uur dat door het CIZ geïndiceerd is heeft de cliënt ook echt nodig aan zorg en ondersteuning en het is belangrijk dat de zorgaanbieder al die uren kan verzorgen; hier mag niet op beknibbeld worden.

Tijd volgens wensen cliënt (cliëntvriendelijkheid): Kan de zorgaanbieder de zorg leveren op de momenten dat de cliënt het wil hebben? Veel zorgaanbieders willen hun tijd in grote blokken opdelen en alle zorg in één keer leveren, terwijl cliënten het liever in kleine stukjes door de week heen verdeeld hebben. De zorgaanbieder zou hier moeten inspelen op de wensen van de cliënt.

Bij het aanbrengen van een rangordening in deze kenmerken zet mevrouw Heurman de deskundigheid, de eerste twee kenmerken, voorop. Dit is voor cliënten niet makkelijk te bepalen, maar het is het belangrijkste dat zij precies die zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Na deskundigheid komt cliëntvriendelijkheid. Zorgaanbieders moeten hun tijd beter verdelen en afstemmen op de wensen van de cliënt (Heurman, 2007).

De drie veldpartijen noemen achttien kenmerken waarop zorgaanbieders vergeleken zouden moeten worden. Veel kenmerken vallen onder kwaliteit/deskundigheid of cliëntvriendelijkheid, waarbij twee van de drie partijen kwaliteit/deskundigheid belangrijker vinden dan cliëntvriendelijkheid. Hierbij wordt echter wel aangegeven dat cliëntvriendelijkheid er vlak achter zit. De overige kenmerken als

sfeer, huisvesting en prijs zijn niet zo belangrijk als kwaliteit/deskundigheid en cliëntvriendelijkheid, maar zijn voor cliënten wel belangrijke kenmerken om zorgaanbieders op te vergelijken. Wanneer al deze kenmerken worden meegenomen in een vergelijking (behalve de prijs, maar deze wordt meegenomen doordat rekening gehouden moet worden met het beschikbaar budget) zouden cliënten moeten kunnen beslissen welke zorgaanbieder het beste bij de zorgvraag past. Maar zoals mevrouw Heurman al stelde, is het voor cliënten niet makkelijk bijvoorbeeld de kwaliteit en deskundigheid van de zorgaanbieder te bepalen. Zij kunnen vragen naar diploma's en registraties, maar kwaliteit is natuurlijk meer dan dat (Heurman, 2007). Mevrouw Pardon geeft aan dat ook people-skills heel belangrijk zijn; de begeleider kan nog zo deskundig zijn, als hij niet met mensen om kan gaan heb je er niet zoveel aan (Pardon, 2007). Zo zijn er nog meer kenmerken die in de interviews als belangrijk zijn aangegeven, maar in praktijk moeilijk meetbaar zijn. Daarnaast worden er kenmerken genoemd, zoals inspraak en communicatie, die een cliënt eigenlijk pas kan beoordelen wanneer al zorg van een zorgaanbieder ontvangen wordt. Weer andere kenmerken, zoals sfeer, kunnen cliënten alleen beoordelen door een bezoek te brengen aan zorgaanbieders. In dit onderzoek gaat het om kenmerken die cliënten kunnen gebruiken bij het maken van een vergelijking op papier, daarom worden in paragraaf 3.2.2. de kenmerken uitgesplitst in drie groepen, aan de hand waarvan de kenmerken overblijven die voor cliënten bruikbaar zijn bij het maken van een vergelijking.

3.2.2. Kenmerken uitgesplitst

Aangezien het doel van dit onderzoek onder andere 'het ondersteunen van cliënten bij het maken van een vergelijking tussen zorgaanbieders' is hangt de bruikbaarheid van de kenmerken af van de mate waarin cliënten het vooraf kunnen meten. De kenmerken waarop cliënten zorgaanbieders pas kunnen beoordelen wanneer zij al zorg ontvangen vallen daarom al af, deze groep wordt beschreven onder het kopje 'kenmerken achteraf'. Een tweede groep kenmerken die afvalt zijn de kenmerken die voor cliënten moeilijk te meten zijn. Door de jaren heen hebben onderzoekers bijvoorbeeld verschillende methoden ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van zorg. Maar onder andere in het onderzoek Kwaliteit van Zorg in de Etalage van ZonMw (2007) wordt geconcludeerd dat indicatoren vaak niet direct te gebruiken zijn als keuze-informatie voor cliënten. Deze groep kenmerken wordt beschreven onder het kopje 'complexe kenmerken'. Uiteindelijk blijven dan de 'bruikbare kenmerken' over. Maar omdat deze groep kenmerken maar een deel van de gehele kwaliteit en cliëntvriendelijkheid kan meten kunnen de kenmerken slechts als ondersteuning gebruikt worden bij het maken van een vergelijking.

Eerst volgt een overzicht van de 'kenmerken achteraf' en de 'complexe kenmerken' waarbij uitgelegd wordt waarom zij tot deze groepen behoren. Vervolgens worden de kenmerken uiteengezet die wel bruikbaar zijn voor de cliënt, waarbij wordt vermeld van welke indicatoren de cliënt gebruik kan maken voor het meten van de kenmerken.

Kenmerken achteraf

Sfeer: Sfeer is een zeer subjectief begrip; of de cliënt zich bij een bepaalde zorgaanbieder in een bepaalde groep thuis zal voelen, kan alleen door die cliënt zelf bepaald worden door eens langs te gaan bij de zorgaanbieder. In dit onderzoek gaat het echter om de eerste vergelijking en wordt ervan uitgegaan dat cliënten geen tijd hebben om alle zorgaanbieders langs te gaan. Sfeer wordt dus pas een relevant kenmerk zodra een selectie is gemaakt van zorgaanbieders die in aanmerking komen.

Inspraak en communicatie: De mate waarin cliënten inspraak hebben in beslissingen en de tevredenheid over de communicatie vanuit de zorgaanbieder kunnen cliënten pas beoordelen wanneer zij reeds zorg ontvangen. Pas dan komen zij in situaties waarbij zij inspraak willen hebben en waarbij gecommuniceerd wordt met de zorgaanbieder. Op basis van die ervaringen kunnen zij aangeven of ze tevreden zijn met de inspraak en communicatie van een zorgaanbieder.

Snel contact: Ook dit kan de cliënt pas achteraf beoordelen, wanneer situaties zich voordoen waarbij de cliënt de zorgaanbieder nodig heeft voor het bespreken van zaken en eventueel oplossen van problemen. Tot op zekere hoogte kan een inschatting gemaakt worden van de snelheid waarmee contact is aan de hand van de grootte van de zorgaanbieder; wanneer de zorgaanbieder maar uit drie medewerkers (inclusief directie) bestaat, bijvoorbeeld een zorgboerderij, is het aannemelijk dat er

sneller contact is met de juiste persoon dan wanneer de zorgaanbieder tientallen werknemers in verschillende managementlagen heeft, bijvoorbeeld een reguliere instelling.

Tijd volgens wensen cliënt: Net als bij de beschikbaarheid van uren, zal de cliënt vooraf van de zorgaanbieder aan moeten nemen dat deze uren geleverd kunnen worden op de gewenste tijden. Dit kan pas gemeten worden zodra de zorg ontvangen wordt. Overigens is het niet onwaarschijnlijk dat de gewenste tijden in overleg met de zorgaanbieder plaatsvinden; de meeste zorgaanbieders hebben meerdere cliënten en zullen deze allemaal in moeten plannen. Hierbij kunnen zij logischerwijs niet garanderen dat aan alle wensen exact voldaan kan worden.

Indicatie volledig ingezet: Door de klassenindeling in de zorgfuncties geeft een indicatie ruimte in het aantal uren zorg. Het is juist niet de bedoeling dat de maximale tijd van de indicatie vanaf het begin wordt ingezet; deze dient slechts als buffer voor het geval de zorgvraag stijgt (minVWS, 2002). Het is wel de bedoeling dat alle geïndiceerde acties geleverd worden, maar dit is een toezegging die de cliënt vooraf van de zorgaanbieder aan zal moeten nemen. Of die levering ook daadwerkelijk plaatsvindt kan de cliënt pas beoordelen zodra al zorg ontvangen wordt.

Huisvesting (deel): De inrichting van een locatie is, net als sfeer, erg subjectief. Of dit de cliënt aanspreekt zal pas vastgesteld kunnen worden wanneer de cliënt het met eigen ogen heeft kunnen zien. Wederom komt dit pas aan bod zodra de eerste selectie van zorgaanbieders gemaakt is.

De kenmerken die cliënten achteraf pas kunnen beoordelen, kunnen zij dus niet gebruiken bij het maken van een vergelijking tussen zorgaanbieders. Toch wordt aangegeven dat dit voor cliënten belangrijke kenmerken zijn die zij eigenlijk mee willen nemen in hun beslissing, maar doordat zij pas achteraf meetbaar zijn zou dit betekenen dat zij eventueel hun beslissing moeten herzien en overstappen naar een andere zorgaanbieder, om daar opnieuw de ‘kenmerken achteraf’ te beoordelen. Het is niet aannemelijk dat cliënten, wanneer zij eenmaal gekozen hebben, snel zullen besluiten om toch maar naar een andere zorgaanbieder te gaan; ten eerste kunnen de onderhandelingen dan weer helemaal opnieuw beginnen en ten tweede komt dit niet ten goede aan de structuur en stabiliteit die de meeste cliënten nodig hebben. Volgens Hirschman hebben cliënten, wanneer zij niet kiezen om van zorgaanbieder te veranderen, wat in zijn model de exit optie wordt genoemd, één andere mogelijkheid om hun ontevredenheid te uiten. Dit noemt Hirschman de voice optie, waarbij cliënten bij dezelfde zorgaanbieder blijven, maar vanuit hun positie als cliënt pleiten voor veranderingen. De beste resultaten van de voice optie worden behaald wanneer cliënten een bepaalde mate van invloed krijgen vanuit de zorgaanbieder (Hirschman, 1970). Deze invloed kan bijvoorbeeld komen van de cliëntenraad die sommige zorgaanbieders hebben. De aanwezigheid van een cliëntenraad zou dus vooraf gebruikt kunnen worden als maat voor de medezeggenschap van cliënten. Echter, kleine zorgaanbieders die maar tien cliënten hebben, bijvoorbeeld sommige zorgboerderijen, zullen naar verwachting geen cliëntenraad hebben, maar dat wil niet zeggen dat de medezeggenschap van cliënten per definitie lager ligt.

Complexe kenmerken

Wordt er gekeken naar de cliënt: Wanneer een cliënt geplaatst wordt kan er van buitenaf alleen de uiteindelijke beslissing worden waargenomen. Het proces dat bij de zorgaanbieder vooraf gaat aan deze beslissing is voor cliënten niet waarneembaar en zij kunnen daarom niet meten of de zorgaanbieder kijkt naar de cliënt. Om er achter te komen hoe verschillende zorgaanbieders beslissen zou een analyse van organisatieprocessen plaats moeten vinden en dat is voor cliënten te complex.

Manier waarop deskundigheid wordt ingezet: Het CPB concludeerde dat er te weinig informatie is over kwaliteit van zorg en dat het daarom niet goed meetbaar is (2004). De deskundigheid van medewerkers valt ook onder kwaliteit van zorg en is dus, zeker voor cliënten, niet makkelijk te meten. Wanneer niet duidelijk is wat precies onder deskundigheid valt, kunnen er ook geen uitspraken gedaan worden over de manier waarop het ingezet wordt.

Deskundigheid (zorgkantoor, deel CIZ): Of een zorgaanbieder de uren en vorm van zorg kan leveren kan natuurlijk pas bepaald worden zodra de cliënt heeft aangegeven hoeveel uren en welke vorm van zorg nodig is. Tenzij een cliënt een weinig voorkomende vorm van zorg nodig heeft is het onwaarschijnlijk dat een zorgaanbieder aan zal geven de zorg niet te kunnen leveren. Met betrekking tot de uren komt het wel voor dat zorgaanbieders niet aan de behoeften van de cliënt kunnen voldoen. Op de website van de Vereniging van Zorgboeren kunnen zorgboerderijen zelf informatie voor cliënten achterlaten, waaronder een overzicht met open plaatsen per dagdeel. Hier kunnen cliënten zelf bekijken of er op de gewenste tijden nog plaats is op de zorgboerderij (Zorgboeren, 2007).

Bruikbare kenmerken

Groepsgrootte, leeftijdvariatie en aantal begeleiders: Een zorgaanbieder kan op basis van de indicatie van de cliënt beslissen in welke groep (als er keuze is uit meerdere groepen) hij of zij geplaatst zal worden. Van deze groep zijn het aantal groepsleden, de leeftijdvariatie binnen de groep en het aantal cliënten dat onder één begeleider valt van belang voor de cliënt. In het onderzoek van Geelen wordt gesproken over kleine leefgroepen, van gezinsformaat, om leefpatronen voor verstandelijk gehandicapten zo veel mogelijk op het gemiddelde van de rest van de samenleving te laten lijken, naar aanleiding van de wens van de meeste verstandelijk gehandicapten om 'gewoon te zijn'. Verder constateert zij dat naarmate er meer cliënten in één groep zitten, er meestal ook meer cliënten onder één groepsleider vallen (1995). Palm en anderen spreken over een internationale streefnorm van maximaal zes personen per groep met minstens twee begeleiders (2002). Dit zou neerkomen op minstens één begeleider per drie cliënten. In het onderzoek 'Een eigen invulling' vertelt een cliënt dat hij het liefst samen woont met vier tot acht personen die ongeveer van dezelfde leeftijd zijn (Huizing et al., 2002). Dit komt overeen met de opmerking van mevrouw Pardon dat cliënten niet graag in een groep zitten waar de leeftijden ver uiteen lopen. Aangenomen wordt daarom dat cliënten het liefst optrekken met leeftijdgenoten.

Verhouding tussen professionals en leerlingen: Leerlingen en stagiaires zijn nog in opleiding en hebben daarom nog geen bevoegdheden in het begeleiden. De professionele begeleiders blijven degenen die verantwoordelijk zijn voor de cliënten. Zij zullen echter ook tijd moeten besteden aan het 'opleiden' van de leerling of stagiair. Wanneer op een bepaald moment één begeleider zich bezighoudt met de opleiding van de stagiair, bijvoorbeeld in de vorm van begeleiding bij handelingen of het bespreken van situaties, zal er nog minstens één andere begeleider aanwezig moeten zijn om de rest draaiende te houden. Er moeten dus minstens twee begeleiders per leerling of stagiair aanwezig zijn. Deze informatie kan de zorgaanbieder leveren.

Huisvesting (deel): Of de inrichting van een locatie de cliënt aanspreekt kan van een afstand niet bepaald worden, maar met betrekking tot de omgeving en faciliteiten kan de cliënt van tevoren al wel afwegingen maken. Er kan bijvoorbeeld voorkeur gegeven worden aan een locatie dichtbij familie of dagbesteding zodat de cliënt niet per se afhankelijk is van gemotoriseerd vervoer. Het integratiemodel dat Geelen in haar onderzoek noemt pleit voor een locatie tussen de mensen om cliënten zoveel mogelijk de gelegenheid te bieden mee te doen in het gewone leven, zoals de meeste cliënten graag willen. Het ontwikkelingsmodel sluit hierbij aan met de visie dat de cliënt zoveel mogelijk ervaringsmogelijkheden aangeboden moet krijgen, zodat hij of zij leerprocessen door kan maken (Geelen, 1995). De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland meldt echter dat er ook cliënten zijn die juist veel beter functioneren op rustige, afgelegen locaties (2007). De cliënt zal dus zelf moeten beslissen naar welke omgeving de voorkeur uitgaat. Wat betreft de faciliteiten wordt in 'Een eigen invulling' door een cliënt aangegeven dat hij graag een eigen zit/slaapkamer heeft met ten minste één gezamenlijke ruimte waar hij anderen kan ontmoeten en ze samen activiteiten kunnen ondernemen (Huizing et al., 2002).

Verloop van personeel: Mevrouw Pardon meldde al dat cliënten zich om emotionele of structurele redenen hechten aan begeleiders. Veel en vaak nieuwe gezichten is volgens haar op zijn zachtst gezegd niet prettig voor cliënten (Pardon, 2007). Huizing et al. noemen continuïteit van zorg als vervulling van een deel van de behoefte aan veiligheid (2002). Om zorgaanbieders te beoordelen op

continuïteit van zorg kunnen cliënten bij de zorgaanbieder navragen hoe lang werknemers gemiddeld in dienst zijn (geweest).

Zorgplan: Het opstellen van een behandelplan hoort volgens Geelen bij de coördinatie van zorg. Wanneer doelstellingen en verpleegplannen geformuleerd én geëvalueerd worden is de coördinatie van zorg hoger en dit leidt tot een betere kwaliteit van de zorg (Geelen, 1995). Het zorgkantoor verplicht geregistreerde zorgaanbieders om met de cliënt een zorgplan op te stellen en dit minstens één keer per jaar te evalueren (zorgkantoor, 2007). Cliënten kunnen bij niet-geregistreerde zorgaanbieders navragen of er gebruik gemaakt wordt van een zorgplan.

Keuzes van de cliënt: Een persoonlijk begeleider is, zoals het woord al zegt, heel persoonlijk; het contact met cliënt en vertegenwoordiger is (als het goed is) intensiever en intiëmer dan andere begeleiders hebben. Daarom is het van belang dat zowel de cliënt als de vertegenwoordiger zich bij de persoonlijk begeleider op zijn gemak voelt. Het zou voor de cliënt en de vertegenwoordiger fijn zijn als zij zelf kunnen kiezen wie de persoonlijk begeleider wordt. De zorgaanbieder kan aangeven of die keuzemogelijkheid er is, of dat er in ieder geval rekening wordt gehouden met de voorkeur(en) van de cliënt.

Ook met betrekking tot nieuwe groepsleden is het, zeker bij kleine groepen, van belang dat cliënten met elkaar overweg kunnen. Zorgaanbieders zullen echter bij het plaatsen van cliënten ook kijken naar de zorg en ondersteuning die nodig is en in welke groep deze geboden kan worden. Of ook rekening gehouden wordt met de mening van de cliënt in de keuze voor een nieuw groepslid kan van tevoren aan de zorgaanbieder gevraagd worden.

Snelheid: Wanneer een cliënt zijn of haar indicatie heeft ontvangen en op zoek gaat naar de zorg en ondersteuning die nodig is zou het volgens de heer Moorman niet zo moeten zijn dat er maanden overheen gaan voordat er ook daadwerkelijk zorg geleverd wordt (2007). Dit is natuurlijk afhankelijk van de stappen die de cliënt zelf onderneemt, maar ook van de snelheid van zorgaanbieders. De snelheid is voor de cliënt bijvoorbeeld te meten door bij te houden hoeveel dagen de zorgaanbieder erover doet om, na het voorleggen van de zorgvraag, met een individueel zorgaanbod te komen. Er is dan weliswaar nog geen concrete zorg geleverd, maar het geeft wel een indicatie van de snelheid van zorgaanbieders.

Deskundigheid (deel CIZ): Mevrouw Heurman gaf aan dat het belangrijk is of de zorgaanbieder de aandoening van de cliënt aan kan. Een indicatie die cliënten kunnen gebruiken om dit vast te stellen is de ervaring die de zorgaanbieder heeft met de aandoening van de cliënt, of eventueel een soortgelijke aandoening. De zorgaanbieder kan gevraagd worden hoeveel aan hoeveel cliënten hij zorg levert (of geleverd heeft) die min of meer dezelfde aandoening en zorgvraag hebben als de cliënt.

Prijs: De hoogte van het pgb dat een cliënt ontvangt is gebaseerd op de klassen en functies waarin zorg en ondersteuning nodig is. Het ministerie van VWS heeft de tarieven vastgelegd in de subsidieregeling pgb-AWBZ. Deze tarieven zijn afgeleid van de kosten van de verschillende acties in reguliere instellingen (minVWS, 2007). Het is de bedoeling dat cliënten met het pgb de zorg en ondersteuning kunnen bekostigen die zij nodig hebben. De prijzen die verschillende zorgaanbieders opgeven kunnen cliënten vergelijken met elkaar en met het pgb dat zij ontvangen. Zo kunnen ze ten eerste zien of de aangeboden zorg te betalen is van het pgb dat ze hebben en ten tweede kan in combinatie met de andere kenmerken bekeken worden hoe de prijzen van verschillende zorgaanbieders zich verhouden tot hun 'score' op de andere kenmerken.

Onderstaande tabel geeft een kort overzicht van de drie groepen kenmerken:

Kenmerken achteraf	Complexe kenmerken	Bruikbare kenmerken
Sfeer	Wordt er gekeken naar de cliënt	Groepsgrootte, leeftijdvariatie, aantal begeleiders
Inspraak en communicatie	Manier waarop deskundigheid wordt ingezet	Verhouding professionals/leerlingen
Snel contact	Deskundigheid (zorgkantoor, deel CIZ)	Huisvesting (deel)
Tijd volgens wensen cliënt		Verloop van personeel
Indicatie volledig ingezet		Zorgplan
Huisvesting (deel)		Keuzes van cliënt
		Snelheid
		Deskundigheid (deel CIZ)
		Prijs

Nu duidelijk is welke informatie cliënten kunnen gebruiken voor het maken van een vergelijking tussen verschillende zorgaanbieders wordt in de volgende paragraaf uiteengezet hoe ondersteuning geboden kan worden bij het verkrijgen van de juiste informatie.

3.3. Ondersteuning in de praktijk

Wanneer de informatie bekeken wordt die cliënten van zorgaanbieders willen hebben om ze met elkaar te kunnen vergelijken kan er een onderscheid gemaakt worden in twee categorieën van kenmerken, namelijk algemene kenmerken en cliëntspecifieke kenmerken. Het verloop van personeel bijvoorbeeld is een gemiddelde van alle werknemers van de zorgaanbieder. Dit gemiddelde zal niet per cliënt anders zijn. Ook de aanwezigheid van een zorgplan, de keuzes die een cliënt heeft met betrekking tot nieuwe groepsleden en zijn of haar persoonlijk begeleider en de prijzen die de zorgaanbieder hanteert zullen voor alle cliënten gelijk zijn, hoe uniek de zorgvraag ook is. De overige kenmerken kunnen per zorgvraag en groep verschillen en zullen daarom wel per cliënt bekeken moeten worden.

Het voordeel van dit onderscheid is dat het niet nodig hoeft te zijn dat elke cliënt individueel naar deze kenmerken informeert. Wanneer zorgaanbieders dit soort algemene informatie openbaar zouden publiceren kunnen cliënten het gebruiken voor een deel van de vergelijking die ze willen maken. Bovendien zouden zorgaanbieders een hoop tijd kunnen besparen wanneer ze deze informatie één keer geven dan wanneer ze dit aan elke afzonderlijke cliënt moeten vertellen. Het zorgkantoor probeert met de Zorgatlas de publicatie van gegevens door zorgaanbieders te bewerkstelligen. De heer Moorman geeft aan dat er gewerkt wordt aan een vernieuwde Zorgatlas waar zorgaanbieders, in aanvulling op gegevens vanuit het zorgkantoor, zelf kunnen bepalen welke informatie zij geven (Moorman, 2007). Voor cliënten is het echter wenselijk dat er vergelijkbare informatie wordt gegeven op de bruikbare kenmerken. Bovendien willen zij deze gegevens van alle zorgaanbieders, niet alleen de AWBZ-geregistreerden, tot welke de Zorgatlas zich nu beperkt. Wanneer het Zorgkantoor de handen ineen zou slaan met bijvoorbeeld Per Saldo, een cliëntenvereniging met gegevens van zowel geregistreerde als niet-geregistreerde zorgaanbieders, zouden zij samen cliënten kunnen voorzien in hun informatiebehoefte. Wanneer zorgaanbieders duidelijk aangegeven wordt welke informatie cliënten willen hebben, hoeven zij hooguit eens per half jaar hun gegevens met betrekking tot de algemene kenmerken te updaten om het vergelijken voor cliënten makkelijker te maken.

Voor het verkrijgen van informatie met betrekking tot de cliëntspecifieke kenmerken zal de cliënt zijn of haar zorgvraag moeten uitbreiden met nauwkeurige vragen. Er is gebleken dat, wanneer naar specifieke kenmerken gevraagd wordt, zorgaanbieders over het algemeen voldoende informatie geven om tot een vergelijking te komen. Aangezien cliënten vaak niet naar specifieke kenmerken vragen zullen zij geïnformeerd moeten worden over de mogelijkheden die het hen biedt en ondersteund moeten worden bij praktische zaken als het formuleren van de vragen en het maken van een

vergelijking. MEE(Twente) biedt cliënten informatie en ondersteuning op verschillende gebieden en zou ook dit onder haar hoede kunnen nemen.

3.4. Conclusie

Wanneer het proces van aanspraak op zorg tot het individuele zorgaanbod doorlopen wordt aan de hand van een 'gemiddelde casus' blijkt dat de problematiek van het vergelijken van zorgaanbieders ligt in het ontbreken van informatie. Zorgaanbieders geven uit zichzelf niet allemaal evenveel informatie en niet allemaal over dezelfde kenmerken, maar wanneer specifiek naar bepaalde kenmerken gevraagd wordt blijkt dat van de meeste zorgaanbieders voldoende informatie komt om op die kenmerken een vergelijking te maken. Het is slechts een kwestie van de juiste vragen stellen, wat in de huidige situatie dus niet altijd gebeurt. Daarom is het zaak dat cliënten (beter) ondersteund worden bij het formuleren van hun zorgvraag.

Aan de hand van interviews met drie partijen uit het veld is onderzocht welke kenmerken voor cliënten belangrijk zijn bij het vergelijken van zorgaanbieders. Er zijn veel kenmerken genoemd, maar niet allen zijn bruikbaar; cliënten willen een vergelijking maken voordat zij kiezen van welke zorgaanbieder zij zorg wensen te ontvangen. Eén groep kenmerken valt af omdat ze niet vooraf gemeten kunnen worden maar pas wanneer de cliënt al zorg ontvangt, de 'kenmerken achteraf'. Een tweede groep kenmerken valt af doordat ze, zeker voor cliënten, niet makkelijk meetbaar zijn, de 'complexe kenmerken'. Uiteindelijk blijven de 'bruikbare kenmerken' over. Hieronder vallen 'groeps grootte, leeftijdvariatie en aantal begeleiders', 'verhouding professionals/leerlingen', 'huisvesting (deel)', 'verloop van personeel', 'zorgplan', 'keuzes van cliënt', 'snelheid', 'deskundigheid (deel CIZ)' en 'prijs'. Deze kenmerken kunnen cliënten gebruiken voor het maken van een vergelijking tussen zorgaanbieders.

Een mogelijke vorm van ondersteuning bij het gebruik van deze kenmerken kan gerealiseerd worden door het opdelen van de kenmerken in algemeen en cliëntspecifiek, waarbij de algemene kenmerken betrekking hebben op informatie van zorgaanbieders die voor elke cliënt hetzelfde is, zoals verloop van personeel, en cliëntspecifieke kenmerken informatie vereisen die per cliënt kan verschillen, zoals de gegevens met betrekking tot de groep waarin de cliënt terecht zou komen. Een samenwerking van verschillende organisaties, zoals het zorgkantoor en belangenverenigingen, in de verstandelijk gehandicaptensector zou cliënten van algemene informatie van de zorgaanbieders kunnen voorzien door gegevens met betrekking tot de relevante kenmerken van zowel AWBZ-geregistreerde als niet-geregistreerde openbaar te publiceren. Daarnaast zou door ondersteunende organisaties, zoals MEE, maar ook belangenverenigingen, meer informatie gegeven moeten worden over de mogelijkheden die het vragen naar specifieke kenmerken biedt voor het maken van een vergelijking en er zou meer ondersteuning geboden moeten worden bij het aanvragen van offertes en het maken van een vergelijking met de verkregen informatie.

Het bieden van ondersteuning op deze manier vergt acties van verschillende organisaties en dit kan niet van de ene op de andere dag gerealiseerd worden. Hoofdstuk 4 bevat, naar aanleiding van de eindconclusie van het onderzoek, aanbevelingen voor de acties die nodig zijn om een betere ondersteuning voor cliënten met een pgb te realiseren.

4. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een conclusie getrokken waarin de belangrijkste punten uit het onderzoek naar voren komen. Op basis daarvan worden aanbevelingen gedaan voor toekomstige ontwikkelingen in met name de verstandelijk gehandicaptensector, maar waar ook de gehele zorgsector belang bij zou kunnen hebben.

4.1 Conclusie

De AWBZ en alle bijbehorende Besluiten en Maatregelen van Bestuur bevatten vele bepalingen omtrent de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Het doel hiervan is een zorgsysteem te creëren dat gestimuleerd wordt cliënten en hun zorgvraag centraal te stellen, zodat aan hun wensen en behoeften wordt voldaan en zij als volwaardig burger kunnen meedoen in de samenleving. De zorgfuncties en het persoonsgebonden budget zijn in het leven geroepen om cliënten meer zeggenschap en meer keuzemogelijkheden te geven. Door middel van de protocollen van het CIZ kan de zorgvraag echter zo nauwkeurig omschreven worden dat al vast lijkt te liggen wat zorgaanbieders precies moeten leveren aan cliënten. Maar naast zorggerelateerde handelingen blijven er genoeg zaken over die niet vastliggen en waarover cliënten met zorgaanbieders kunnen onderhandelen. Het persoonsgebonden budget geeft de cliënt een sterkere onderhandelingspositie; wanneer zorgaanbieders afhankelijk zijn van de cliënt voor hun inkomsten, zullen ze er meer aan doen om de cliënt aan te trekken en tevreden te houden.

Cliënten die kiezen voor een pgb vergroten daarmee het aantal zorgaanbieders waaruit zij kunnen kiezen voor het inkopen van zorg. Om tot een weloverdachte beslissing te komen willen cliënten zorgaanbieders met elkaar vergelijken, maar het blijkt dat een gebrekkige formulering van hun zorgvraag cliënten vaak problemen oplevert voor het maken van een vergelijking. Zij hebben de mogelijkheid gekregen om te kiezen, maar kunnen deze niet goed benutten doordat ze vaak niet weten hoe een keuze te maken. De vraaggestuurde zorg die de overheid beoogde met de modernisering van de AWBZ door het centraal stellen van de cliënt komt nu niet tot zijn recht doordat de cliënt de toegewezen rol niet weet te vervullen. Waar de cliënt eisen moest gaan stellen aan zorgaanbieders, met als doel een verhoging van de concurrentie tussen en de doelmatigheid van zorgaanbieders, schiet hij tekort in het formuleren van die eisen simpelweg omdat hij niet weet hoe. Van concurrentie is dan ook weinig sprake en ook verbeterde doelmatigheid is nog ver te zoeken (CPB, 2004). Om de beoogde doelen toch te bereiken is het zaak dat cliënten ondersteund worden bij het invullen van hun rol als eisensteller. Wanneer zij beter in staat zouden zijn zorgaanbieders met elkaar te vergelijken worden deze laatste vanzelf een concurrerende positie toebedeeld die hen zou moeten motiveren cliëntvriendelijker en doelmatiger te werk te gaan.

Voor het ondersteunen van de cliënt bij het maken van een vergelijking is onderzocht welke kenmerken voor hen van belang zijn bij het maken van een keuze tussen zorgaanbieders. De kenmerken die door drie veldpartijen in interviews zijn genoemd bleken echter niet allemaal makkelijk in gebruik voor cliënten. Sommige kenmerken, zoals deskundigheid van het personeel, zijn te complex om te beoordelen. Andere kenmerken, zoals sfeer, kunnen niet vooraf gemeten worden, wat juist de bedoeling is bij het maken van een vergelijking. De bruikbare kenmerken die tenslotte overblijven kunnen cliënten gebruiken bij het aanvragen van informatie bij zorgaanbieders, maar omdat dit slechts een deel van de als belangrijk bestempelde kenmerken betreft, zijn ze alleen bedoeld als ondersteuning van de beslissing.

Voor het ondersteunen van de cliënt kan meer gedaan worden dan alleen het aanreiken van de bruikbare kenmerken; zij geven immers al aan vaak moeite te hebben met het formuleren van hun zorgvraag (Scalzo, 2005). Belangenverenigingen en ondersteunende organisaties kunnen cliënten informatie en hulp bieden met betrekking tot het vragen naar de juiste informatie en het gebruiken van de kenmerken voor het maken van een vergelijking. Daarnaast kunnen verschillende organisaties en

zorgaanbieders hun steentje bijdragen door meer algemene informatie, bijvoorbeeld met betrekking tot de aanwezigheid van een zorgplan en het verloop van personeel, openbaar te publiceren.

4.2. Aanbevelingen

Om deze ondersteuning van cliënten te realiseren zullen acties ondernomen moeten worden; verschillende organisaties zullen de verantwoordelijkheid op zich moeten nemen, of toegewezen moeten krijgen, voor het verzamelen van informatie van zorgaanbieders en het informeren en ondersteunen van cliënten. Belangenverenigingen, het zorgkantoor en MEE vervullen al veel van dit soort functies en hebben hier dus al ervaring mee. Het is dan ook meest logisch om de taken door hen uit te laten voeren. Aangezien het zorgkantoor een centrale organisatie is wanneer het gaat om pgb's kan daar de verantwoordelijkheid neergelegd worden voor het verdelen van de taken.

Er zal gestart moeten worden met het informeren van cliënten over de aanwezige hulp en ondersteuning en zij zullen gemotiveerd moeten worden hier meer gebruik van te maken. Tegelijkertijd moet van zorgaanbieders informatie verzameld worden ter openbare publicatie zodat cliënten de informatie makkelijk kunnen vinden en gebruiken en het verstrekken van gegevens door zorgaanbieders niet aan iedere cliënt afzonderlijk hoeft waardoor zij tijd kunnen besparen.

Er moet worden onderzocht of de problemen bij het vergelijken van zorgaanbieders ook in andere regio's in Nederland voorkomen en wellicht ook in andere zorgsectoren waar cliënten gebruik kunnen maken van een pgb. Wanneer ook in andere regio's en sectoren problemen ondervonden worden kan ook daar gestart worden met het verzamelen van informatie en het informeren en ondersteunen van cliënten.

Na enige tijd moet een evaluatie plaatsvinden onder cliënten om te achterhalen of de kenmerken en de ondersteuning die hen geboden worden het formuleren van de zorgvraag en het maken van een vergelijking gemakkelijker hebben gemaakt. Tevens kan een nieuwe momentopname van de AWBZ gemaakt worden om te onderzoeken of de maatregelen inderdaad geleid hebben tot meer concurrentie en meer doelmatigheid bij de zorgaanbieders.

Literatuur

- Aveleijn (2007). *Missie Aveleijn*. <http://www.aveleijn-sdt.nl/?RubriekID=2010> (geraadpleegd op 13-11-07)
- Babbie, E. (2004). *The practice of social research*. Wadsworth: Thomson Learning
- CIZ (2007). *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ*.
- CPB (2004). *Momentopname van de AWBZ*.
- CVZ (2007). *Zelf zorg inkopen met een persoonsgebonden budget (PGB)*.
- De Twentse Zorgcentra (2007). *Organisatie*.
<http://www.detwentsezorgcentra.nl/de+Twentse+Zorgcentra> (geraadpleegd op 13-11-07)
- Geelen, A.J.M. (1995). *Verzelfstandiging van groepsleiding en kwaliteit van zorg*. Deventer: Instituut voor Zorgonderzoek MSO
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Heurman, B. (2007). *Interview op 09-10-2007*. Bijlage 5
- Hirschman, A.O. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty - Responses to Decline in Firms*. Harvard University Press
- Huizing, A.R. et al. (2002). *Een eigen invulling*. Universiteit Maastricht i.o.v. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg
- Kerff, R.G.H.G. (1999). *Het persoonsgebonden budget in de thuiszorg*. Bestuurskunde, 8(2), pp. 71-80
- Kleinkoerkamp, B. (2007). *Vraaggesprek met medewerker MEETwente op 03-08-2007*. Bijlage 1
- Landbouw & Zorg (2007). *Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen*.
<http://www.landbouwzorg.nl/index.php?pagid=58> (geraadpleegd op 13-09-2007)
- minVWS (1996). *Kwaliteitswet zorginstellingen*.
- minVWS (1999). *Zicht op zorg*.
- minVWS (2002). *Besluit Zorgaanspraken AWBZ*.
- minVWS (2002-2). *Algemene maatregel van bestuur AWBZ*.
- minVWS (2004). *Wet Financiering Sociale Verzekeringen*.
- minVWS (2005). *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*.
- minVWS (2005-2). *Uitvoeringsbesluit WTZi*.
- minVWS (2005-3). *Zorgverzekeringswet*.
- minVWS (2006). *Wet Toelating Zorginstellingen*.
- minVWS (2007). *Persoonsgebonden budget (pgb)*.

- http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/ (geraadpleegd op 07-06-07)
- minVWS (2007-2). AWBZ. <http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/> (geraadpleegd op 07-06-07)
- minVWS (2007-3). Zorgzwaartebekostiging: vraag en antwoord.
<http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/vraag-en-antwoord/> (geraadpleegd op 17-09-07)
- Moorman, M. (2007). *Interview op 09-10-2007*. Bijlage 4
- Palm, I. et al. (2002). *Waar een rijk land arm in is. Deel 2*. Uitgave van het comité Zorg voor Iedereen
- Pardon, D. (2007). *Interview op 15-10-2007*. Bijlage 6
- Scalzo, A. (2005). *De cliënt voorop!*
<http://www.pvda.nl/rendener.do/menuId/200001254/clearStat/true/sf/200001254/returnPage/200001254/itemId/200007555/realItemId/200007555/pageId/200006510/instanceId/200001259>
(geraadpleegd op 28-10-07)
- Schols, J.M.G.A. (2000). *In en vanuit het verpleeghuis*. Universiteit Maastricht
- SCP (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten*.
- SCP (2007). *Lezen van gedrukte media*.
<http://www.tijdsbesteding.nl/hoelangvaak/vrijetijd/media/gedrukt/algemeen/20061018.html>
(geraadpleegd op 18-10-07)
- VGN (2007). *De professionele gehandicaptenzorg*.
- ZonMw (2007). *Kwaliteit van Zorg in de Etalage*.
- Zorgboeren (2007). <http://www.zorgboeren.nl/> (geraadpleegd op 18-11-07)
- Zorgkantoor (2007). *Beleid inkoop 2007, intramuraal*.

Bijlagen

Bijlage 1: Vrij interview met dhr. Kleinkoerkamp van MEETwente

Op donderdag 3 augustus 2007 heeft een vrij interview plaatsgevonden met de heer Kleinkoerkamp van MEETwente. Met dit interview werd beoogd meer te weten te komen over het gebruik van het persoonsgebonden budget in de praktijk en naar aanleiding van die informatie gezamenlijk een zorgvraag op te stellen.

Met alle informatie die over pgb's te vinden is kan een redelijk beeld gecreëerd worden van de mogelijkheden en beperkingen ervan. Maar wat je niet vindt in al die informatie is het gebruik van het pgb in de praktijk; waar lopen cliënten tegenaan? Wat vinden ze fijn aan een pgb? Welke zorgfuncties worden het meeste ingekocht? Wat voor redenen hebben cliënten voor hun keuzes?

Uit het interview bleek dat een aantal zorgfuncties erg weinig met een pgb bekostigd worden; verpleging komt zelden voor in het pgb-systeem, slechts af en toe hulp bij medicatie. En ook activerende begeleiding wordt weinig met een pgb ingekocht. Reden hiervoor is dat activerende begeleiding door specialisten uitgevoerd wordt en doordat deze vaak aan een instelling verbonden zijn kiezen cliënten dan sneller voor zorg in natura. Dat scheelt hen een hoop administratie. Overigens werd uit het interview ook duidelijk dat activerende begeleiding alleen op aanvraag van de cliënt (of zijn/haar vertegenwoordiger) geïndiceerd wordt, dit kan niet door anderen 'opgelegd worden'.

Wanneer dus verpleging en activerende begeleiding niet echt vaak ingekocht worden met een pgb resteren de overige drie zorgfuncties, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en (tijdelijk) verblijf, voor de zorgvraag. Wanneer iemand geïndiceerd wordt voor (tijdelijk) verblijf betekent dit automatisch dat daar ook een indicatie voor ten minste één van de andere twee functies bij zit (wanneer een cliënt geen persoonlijke verzorging of ondersteunende begeleiding nodig heeft, is er ook geen opvang nodig voor ontlasting van bijvoorbeeld het gezin), dus wanneer je dan een zorgvraag opstelt waar beide andere functies in voorkomen heb je alle relevante zorgfuncties bijeen. Er is vervolgens gekozen voor het gebruik van een bestaande casus waarin alledrie de functies aan bod komen. Voor het bepalen van een verschil in zorgaanbod maakt het verder niet uit in welke klassen de cliënt geïndiceerd is, dus de oorspronkelijke indicatie is aangehouden.

Bijlage 2: Casus, voorgelegd aan zorgaanbieders

Casus 1:

- *Gezins situatie:* ouders en drie kinderen, in de leeftijden 14, 12 en 8 jaar. Oudste, zoon, heeft verstandelijke handicap en autisme. Hij gaat naar een zmlk (zeer moeilijk lerende kinderen) school.
- *Zorgvraag:* om de belasting van het gezin te beperken vragen de ouders weekendopvang om de veertien dagen, elke week woensdagmiddagopvang en eveneens om de veertien dagen zaterdagmiddagopvang. In de schoolvakanties willen zij graag drie dagen per week logeeropvang.
- *Toegekende indicatie:*
 1. Tijdelijk verblijf klasse 2 (max. twee etmalen per week)
 2. Persoonlijke verzorging klasse 4 (7 tot 9,9 uren per week)
 3. Ondersteunende begeleiding algemeen klasse 3 (4 tot 6,9 uren per week)

Bijlage 3: Benaderde zorgaanbieders

De hieronder weergegeven zorgaanbieders staan in willekeurige volgorde.

AWBZ-geregistreerde zorgaanbieders:

- J.P. van den Bent Stichting
- De Twentse Zorgcentra

Overige zorgaanbieders:

- Stichting Amies
- Zorgboerderij de Eschrand
- Zorgboerderij Ying en Yang
- Zorgboerderij Ensink
- Hendrikahoeve
- Miklath
- Pieperhoeve Zorg
- De Schurinkshoeve
- De Peppelhoeve
- Stichting Aan 't Zandeinde
- De Rietstulp
- Zorg-, leerboerderij MenTrainingSalland
- De Marshoeve
- Polderzicht

Bijlage 4: Voorbeelden reacties zorgaanbieders

Voorbeeld 1:

Bij ons op de boerderij kunnen kinderen lekker op de skelter, we gaan de dieren verzorgen, pony borstelen of rijden, hokken bouwen voor de dieren,

Sommigen vinden het heerlijk dat ze eens mee kunnen op de tractor kalveren voeren, hokken schoonmaken, knutselen, we zijn momenteel bezig om een verkeersplein te maken en hiervoor maken de kinderen zelf de verkeersborden of helpen om het zebrapad te verven, ook lekker wandelen met de honden naar het bos is een mogelijkheid kortom gewoon te veel om zomaar even op te noemen.

In ons gebouw hebben we een hal, woonkamer, keuken, grote recreatiezaal, negen slaapkamers voor elk kind een eigen slaapkamer en een voor de leiding, 2 wc voor de kinderen en was gelegenheid en 2 douches voor kinderen die een weekend blijven.

Prijslijst,

Het dagelijkse uur tarief is €19, = [behalve de zaterdag]

De mogelijkheid om uw kind te brengen is door de week vanaf 10.00 uur

Tot 19.00 uur

In specifieke gevallen bv. [een studiedag van school] is in overleg veel mogelijk mits er plaats is. Geef dit dan wel tijdig [liefst 2 weken van tevoren] aan ons door, zodat wij de tijd hebben om er voldoende begeleiding op te kunnen zetten.

De zaterdag van 10.00 tot 17.00 uur een tarief van €135, =euro.

Volledig weekendopvang van vrijdagavond 19.00 tot zondag 17.00 uur

Een tarief van €325, =

Een midweek in de vakantie van ma 10.00 tot vrijdag 15.00

Een tarief van €545, =

Hier bij in begrepen elke maaltijd en evt. tussendoortjes bv. Fruit, drinken e.d.

Eventueel vervoer is nog niet meegerekend, maar kan voor een kleine vergoeding wel door ons geregeld worden, Dit afhankelijk van het aantal km.

Het tarief dat we hanteren is vanaf 5.= binnen 10 km, daarbuiten wordt het tarief aangepast.

Het gebouw voldoet aan alle nieuwste richtlijnen qua arbo en veiligheid, zoals ook de rest van de locaties.

Wij hebben gediplomeerde Bedrijfshulpverleners

De vaste medewerkers hebben allen een achtergrond uit de zorg, en de kennis en ervaring rondom autisme of aanverwante stoornis. Omdat wij kennis, ervaring en veiligheid voor uw kind en ons erg belangrijk vinden.

Allereerst weekend opvang, deze start bij ons op vrijdagavond om 19.00 tot zondagmiddag 17.00 uur. De begintijd kan bij ons niet eerder omdat de dagdeelnemers om 17.00 uur naar huis gaan en wij dan opruimen,eten en alles klaar maken voor de weekendgroep.

De zaterdag komen er bij ons extra dagdeelnemers van 10.00 tot 17.00, wij werken bewust met deze tijden en geen halve dagen omdat er dan te veel onrust in de groepen komt en dat is voor onze doelgroep kinderen / jongeren erg storend.en nu dus maar 2x is om 10.00 uur en om 17.00 uur.

Op de woensdagmiddag starten wij momenteel vanaf 13.00, maar hierin zou 12.00 uur een mogelijkheid zijn. Momenteel is dit niet omdat de kinderen / jongeren eerst naar school gaan en daarna bij ons komen. Soms hebben we wel kinderen die eerder komen deze hebben dan vaak een studiedag van school. En zijn dan open tot 19.00 uur de kinderen blijven dan allen warm eten en gaan dan naar huis , een enkele uitzondering voor die gene die naar een sport gaat en daar dus eerder moet zijn maar dan gaan ze vanaf 18.00 uur naar huis.

Voorbeeld 2:

De PGB-tarieven voor 2007 zijn als volgt:

Verblijf 142.00 euro

Persoonlijke verzorging 30.90 euro

Ondersteunende begeleiding algemeen 38.90 euro

Voorbeeld 3:

Ons uurtarief komt momenteel op €10,-.

De tarieven betreffende dag en nachtzorg komen momenteel op € 150,- per 24 uur en de daaropvolgende nachten

€120,- per 24 uur.

De werkzaamheden zijn afwisselend en divers, denk hierbij aan kuilvoer/maïs halen , hokken uitmesten , het verzorgen van het vee , tuin en erf,etc.Ook het verzorgen van de konijnen en cavia's behoren tot de vaste werkzaamheden.Ook is er soms hulp nodig bij de geboortes.Belangrijk bij het werk is arbeidsplezier en de omgang met anderen en de mogelijkheid een (desnoods klein) steentje bij te dragen aan ambachtelijk werk. De werkzaamheden en activiteiten worden aangepast aan de wensen en mogelijkheden van de deelnemers.De contacten op een boerderij zijn divers.Denk bijvoorbeeld aan een dierenarts,voerleverancier, etc.

Bijlage 5: Interviewvragen voor partijen uit het veld

Wanneer cliënten een indicatie aanvragen bij het CIZ worden zij geïndiceerd in één of meerdere zorgfuncties. Met een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen zij vervolgens zelf hun zorg inkopen, maar er is gebleken dat cliënten moeite hebben met het vergelijken van zorgaanbieders doordat ze te weinig specifiek naar informatie vragen. Met dit onderzoek wordt geprobeerd vast te stellen welke kenmerken voor cliënten belangrijk zijn om te gebruiken bij het maken van een vergelijking.

1. Welke kenmerken zijn vanuit het perspectief van uw organisatie* belangrijk voor cliënten om te betrekken bij het vergelijken van verschillende zorgaanbieders?
2. Kunt u in de genoemde kenmerken een rangschikking aanbrengen; zijn er kenmerken beduidend belangrijker dan anderen?

*Met 'perspectief van uw organisatie' wordt voor de verschillende partijen het volgende bedoeld:

- Kansplus: welke kenmerken vinden cliënten belangrijk?
- Zorgkantoor: welke kenmerken zijn belangrijk voor cliënten wanneer gekeken wordt naar de eisen die aan geregistreerde zorgaanbieders gesteld worden?
- CIZ: welke kenmerken zijn belangrijk voor cliënten wanneer gekeken wordt naar de eisen die vanuit de zorgfuncties aan zorgaanbieders gesteld worden?

Bijlage 6: Interview met mw. D. Pardon van Kansplus

Antwoorden op de vragen:

1. Welke kenmerken zijn vanuit het perspectief van uw organisatie belangrijk voor cliënten om te betrekken bij het vergelijken van verschillende zorgaanbieders?

De verhouding tussen professionals en 'leerlingen', de manier waarop de deskundigheid wordt ingezet, groeps grootte (en leeftijdsvariatie) en het aantal begeleiders op een groep, de manier waarop de zorgaanbieder omgaat met de cliënt (wordt er echt gekeken, of worden er toevallige vrije plaatsen opgevuld?), huisvesting (omgeving, inrichting), sfeer, inspraak, communicatie (tijdige info, openheid, wordt er geluisterd naar de cliënt, wordt de cliënt betrokken bij belangrijke beslissingen, hoe open is de 'deur van de directeur', heb je snel contact?), aantal managementlagen in organisatie, verloop van personeel (continuïteit van zorg).

2. Kunt u in de genoemde kenmerken een rangschikking aanbrengen; zijn er kenmerken beduidend belangrijker dan anderen?

Kwaliteit staat bovenaan en dit is voor een groot deel verbonden met deskundigheid. Daarna komt medezeggenschap; wordt er geluisterd naar en meegedacht met de cliënt? Hierop volgt continuïteit van zorg; cliënten gaan zich op een bepaalde manier hechten aan de directe zorgaanbieder (of dit nou emotioneel of functioneel is) en het is belangrijk dat ze zich niet iedere maand aan een nieuw iemand hoeven te hechten (het verloop van werknemers kan ook wat zeggen over de organisatie (werkomsstandigheden).

Overige opmerkingen:

Mevrouw Pardon is zelf moeder van een verstandelijk gehandicapte zoon en heeft samen met andere ouders een ouderinitiatief opgezet. Haar persoonlijke mening is dus tegelijkertijd de mening van een cliënt.

Naarmate een handicap complexer is, is er meer deskundigheid en ervaring nodig bij de zorgaanbieder. Je ziet nu al heel vaak dat mensen niet voor zorg opgeleid zijn. Het niveau van het personeel moet in alle klassen van zorg goed zijn. Bij een pgb kan je meer eisen stellen aan de deskundigheid van je personeel dan bij zorg in natura; in instellingen werkt vaak ondergekwificeerd personeel (bijvoorbeeld een weekendkracht) en dat mag echt niet.

Het is lastig dat verblijf niet met een pgb gefinancierd mag worden, zeker wanneer het gaat om kinderen onder de 18. Deze hebben nog geen eigen inkomen (WaJong) wat besteed kan worden aan eventuele huur. Voor minderjarigen is het soms ook gewenst om uit huis te kunnen, maar momenteel kunnen zij alleen nog kiezen uit een instelling of zelf (de ouders dus) geld bijleggen. Eigenlijk zou verblijf tot het 18^e jaar gedekt moeten worden en vervolgens afgebouwd tot 23 (wanneer je op het maximum van de WaJong-uitkering zit).

Niet iedereen met een diploma 'snapt wat de bedoeling is'. Iemand kan nog zo goed zijn in het bieden van zorg, maar ook peopleskills zijn belangrijk. Dat heb je of dat heb je niet, maar het is wel belangrijk.

Het is belangrijk dat ouders inspraak hebben wie de zorg levert. Vooral bij de persoonlijke begeleider, maar ook bij de overige medewerkers zou meer inspraak moeten zijn.

De jongere generatie ouders let beter op deskundigheid en kwaliteit dan de oudere generatie.

Ook de extra's zijn belangrijk in het zorgaanbod. Wanneer een aanbieder puur alleen zorg levert, wordt een cliënt niet gelukkig. Het zijn juist die extra dingen, zoals even bij oma koffie drinken, een wandelingetje maken, konijnen verzorgen, etc. die de kwaliteit van het leven maken.

Bijlage 7: Interview met dhr. N. Moorman van Zorgkantoor Twente

Antwoorden op de vragen:

1. Welke kenmerken zijn vanuit het perspectief van uw organisatie belangrijk voor cliënten om te betrekken bij het vergelijken van verschillende zorgaanbieders?

Vanuit de afdeling inkoop is het belangrijk dat zorgaanbieders niet meer zorg leveren dan noodzakelijk, zij mogen dan ook maar een bepaald percentage van het maximum aantal uren per klasse declareren. Vanuit het zorgkantoor in zijn geheel is het belangrijk dat er een zorgplan wordt opgesteld in overleg met de klant, dat er rekening gehouden wordt met de wensen van de klant, dat zij keuzes hebben met betrekking tot hun persoonlijke begeleider, medezeggenschap over nieuwe leden in een groep. Verder is deskundigheid belangrijk. De uren waar een klant recht op heeft in de vorm van goede kwaliteitszorg. De sfeer die de zorgaanbieder uitstraalt. En de zorgaanbieder moet proberen tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt (niet per definitie zeggen dat het niet mogelijk is). Daarnaast is snelheid belangrijk; er moeten geen maanden overheen gaan voor je eindelijk de zorg krijgt die je nodig hebt.

2. Kunt u in de genoemde kenmerken een rangschikking aanbrengen; zijn er kenmerken beduidend belangrijker dan anderen?

In eerste instantie is het belangrijkste dat de zorgaanbieder zich richt op de klant, dit omvat veel aspecten. Direct daarna komt kwaliteit van de zorg (dus deskundigheid).

Overige opmerkingen:

Het zorgkantoor gaat uit van de protocollen die opgezet zijn door het CIZ. Wanneer een zorgaanbieder is toegelaten voor bepaalde zorgfuncties (door het CVZ; hier geeft het zorgkantoor slechts advies waarbij uitgegaan wordt van het bedrijfsplan van de instelling, kwaliteitseisen, financiële situatie, etc.) gaat het zorgkantoor er vanuit dat er goede zorg geleverd wordt. De kwaliteit van de zorg is in principe gewaarborgd in deze toelating en de beroepsnormen van de sector zelf. De zorgaanbieder wordt beoordeeld op het deskundigheidsniveau van de medewerkers.

Het niveau van het personeel moet hoger zijn naarmate in een hogere klasse zorg geleverd moet worden. Er zijn relatief vaak problemen die ontstaan door een te laag opleidingsniveau van de medewerkers.

Er wordt van de zorgaanbieders verwacht dat zij samenwerken binnen en buiten hun eigen organisatie. Wanneer een cliënt bij meerdere instellingen zorg afneemt zijn de instellingen verplicht dit samen te coördineren.

Het zorgkantoor is bezig met een vernieuwing van de zorgatlas. Via de website kunnen cliënten binnenkort zorgaanbieders beter met elkaar vergelijken. Ze kunnen dan een zorgaanbieder zoeken op naam, via hun indicatie en via een vraag & antwoord onderdeel. Het is dan de bedoeling dat zorgaanbieders zelf hun informele gegevens aan de atlas toe gaan voegen, zodat klanten ook daarop zorgaanbieders kunnen uitzoeken. Wanneer één zorgaanbieder dit doet, kunnen andere niet achterblijven, want anders verschijnen ze niet meer in de zoekresultaten.

Ook willen we binnenkort wachtlijstgegevens van zorgaanbieders gaan publiceren.

Indicaties gaan steeds meer in zorgzwaartepakketten, niet meer in zorgfuncties. Wel blijft er een vertaling naar zorgfuncties mogelijk voor mensen die niet het gehele pakket willen of nodig hebben. Als je bijvoorbeeld een indicatie hebt voor verblijf, maar je wil deze niet verzilveren dan kan je naar ontwerp van de overheid kiezen voor een Volledig Pakket Thuis. Dit is echter niet reëel, want zorgaanbieders kunnen bij cliënten thuis niet exact dezelfde zorg leveren als zij voor cliënten in een instelling kunnen garanderen. Zorgaanbieders moeten dan voor elk VPT dat zij leveren een indicatieplek binnen de instelling leeg laten.

Het is wenselijk dat klanten thuisblijven, vanuit de klant, maar ook vanuit de zorgaanbieder. Maar in de praktijk is dit vaak niet praktisch, want dagbesteding wordt niet snel apart van verblijf geïndiceerd in een zorgzwaartepakket.

In de inkoopdocumenten, te vinden via de website, staan veel standaard contractafspraken die gemaakt worden met zorgaanbieders. De controle op deze afspraken vindt plaats via steekproeven.

Zorgboerderijen: hebben ze ook professionele mensen om op terug te vallen? Meestal niet, en daardoor zijn ze kwetsbaarder. Grote instellingen zijn daarom op lange termijn misschien beter, ondanks dat zorgboerderijen op korte termijn veel persoonlijker en vriendelijker overkomen. De grote zorgaanbieders zouden persoonlijker naar de klant moeten kijken en ouders en mantelzorgers van klant meer moeten betrekken bij de zorg.

De Twentse Zorgcentra zijn heel erg goed in zwaardere indicaties. De Van den Bent Stichting is juist weer goed in de kleine initiatieven. Avelijn wil heel groot zijn en alles kunnen en haalt daarom veel deskundigheid in huis.

Het hele indicatiesysteem zoals het op het moment werkt, geeft meer problemen dan zou mogen. Wanneer je cliënten persoonlijk vraagt wat zij willen, hebben ze lang niet zoveel nodig als waarvoor ze nu geïndiceerd worden en zou je veel goedkoper uit zijn.

Bijlage 8: Interview met mw. B. Heurman van het CIZ

Antwoorden op de vragen:

1. Welke kenmerken zijn vanuit het perspectief van uw organisatie belangrijk voor cliënten om te betrekken bij het vergelijken van verschillende zorgaanbieders?

Deskundigheid (kan de zorgaanbieder de cliënt, en zijn problemen, aan?), handelingen (kunnen ze de zorgvraag aan, qua hoeveelheid o.a.), kunnen ze tijd leveren zoals de cliënt het wil (veel zorgaanbieders willen hun tijd in grote blokken opdelen terwijl het voor de cliënt fijner is om het in kleine stukjes te krijgen (reguliere zorgaanbieders hebben vaker de neiging om wel voor vijf minuutjes langs te komen). Kan de tijd van de indicatie volledig ingezet worden? Naast deskundigheid vallen de rest van de termen eigenlijk onder cliëntvriendelijkheid.

2. Kunt u in de genoemde kenmerken een rangschikking aanbrengen; zijn er kenmerken beduidend belangrijker dan anderen?

Deskundigheid staat bovenaan, maar dit is heel moeilijk voor de cliënten om te bepalen. Ze kunnen hierbij onder andere uitgaan van diploma's en een BIG-registratie (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Daarna komt de cliëntvriendelijkheid. Zorgaanbieders zijn tegenwoordig niet meer gericht op het bevorderen van de zelfstandigheid van de cliënt. De meeste cliënten willen gelukkig niet afhankelijk zijn en zo min mogelijk zorg krijgen, maar degenen die wel graag afhankelijk willen zijn worden niet meer gestimuleerd om meer zelfstandigheid te verkrijgen.

Overige opmerkingen:

Tegenwoordig vindt al het contact telefonisch plaats. Op deze manier is het moeilijker om de situatie van de cliënt in te schatten, zeker omdat er vaak niet eens contact is met de cliënt zelf, maar met de zorgaanbieder tot wie de cliënt zich gewend heeft.

Het persoonsgebonden budget is een heel goed ontwerp voor mensen met een chronische zorgvraag.

Het komt voor dat zorgaanbieders om een persoonsgebonden budget vragen bij cliënten om op die manier meer geld te ontvangen.

Zorgaanbieders hebben vaak onvoldoende deskundigheid en kunnen daarom niet goed ingaan op de zorgvraag van de cliënt.

Soms volgen zorgaanbieders de indicatie niet goed op. Dit komt vooral voor bij OB en AB waar vervoer bij geïndiceerd kan worden. Zorgaanbieders accepteren dit niet altijd als hun taak, terwijl dat wel het geval is.

Er zijn weinig cliënten die zelf hun indicatie aanvragen. Meestal melden zij zich bij een zorgaanbieder en komt die vervolgens met de aanvraag.

Zorgaanbieders denken soms dat zij van het pgb ook hun overheadkosten moeten betalen, maar het pgb is alleen bedoeld voor de bekostiging van de directe zorg.

Bijlage 9: Reflectieverslag

In dit verslag zal ik kort reflecteren op verschillende onderdelen van (het maken van) mijn bacheloropdracht aan de hand van punten uit de handleiding.

Projectmanagement (planning, voortgangsbewaking, afstemming naar begeleider)

Ik dacht altijd dat ik aardig goed was in plannen, maar gewoon bijzonder slecht in het volgen van mijn planning, maar wellicht zegt dat meer over mijn planningskwaliteiten. Ik vind het inderdaad moeilijk in te schatten hoeveel tijd ik kwijt zal zijn aan verschillende onderdelen. Dit resulteerde ook dit keer in een situatie waar van mij uit nog nauwelijks planning aan te pas komt, wat voor mijn begeleider waarschijnlijk moeilijk te volgen is, maar waarschijnlijk ook voor mij, al zou ik dat in eerste instantie niet denken. Zoals de opdracht nu gelopen is had ik iedere twee weken een nieuwe planning moeten maken om voor ons beiden duidelijk te houden hoe de zaken ervoor stonden. Dit heb ik niet gedaan en, naast dat het vervelend was voor mijn begeleider, heeft het ook vast in mijn nadeel gewerkt. In het vervolg moet ik dus beter nadenken over mijn planning en deze goed in de gaten houden.

Zelfstandigheid

Meestal werk ik graag alleen, dan ben ik het productiefst, maar ik heb graag bevestiging van anderen dat ik op de goede weg zit. Doordat ik voor deze opdracht alle tekst alleen heb geschreven kan ik er niet objectief naar kijken. Na feedbackmomenten moest ik in mijn eentje verzinnen hoe ik verschillende punten anders duidelijk kon maken; dit vind ik erg moeilijk, ik denk hier liever samen met anderen over na zodat ik zaken ook eens vanuit een ander oogpunt zie. Voor de opdracht kwam het andere oogpunt nu van mijn begeleider, die zaken soms van een totaal andere kant bekeek. Voor de meeste van zijn opvattingen had ik zeker begrip, maar om deze te verwerken heb ik hele stukken opnieuw moeten schrijven. Dit voelt op dat moment voor mij alsof ik een hoop werk voor niks heb gedaan en, ook al hoort het allemaal bij het leerproces, ik vind het fijner om vóór het schrijven van stukken met anderen te overleggen. Het lukt uiteindelijk allemaal prima in mijn eentje, dat mag wel blijken uit deze opdracht, maar het zou voor mij een hoop onzekerheid weg hebben genomen als ik de opdracht met iemand samen gedaan had.

Functioneel gebruik van hulpmiddelen

Ik ondervind doorgaans bijzonder veel problemen bij het vinden van wetenschappelijke literatuur. Op internet kan ik bergen informatie vinden, maar het lijkt nooit precies het juiste te zijn. Hier kan ik nog veel in leren. Tijdens de opdracht lees je zoveel verschillende artikelen en websites dat je op een gegeven moment niet meer weet waar je het gevonden hebt zodra je het wil gebruiken. Zo ook met alles wat ik geleerd heb tijdens mijn opleiding; sommige dingen heb je gewoon geleerd, maar je kan niet meer aanwijzen waar je die informatie vandaan hebt. Het frustreert mij enorm dat je toch voor elke opmerking een betrouwbare bron moet laten zien. Na drie jaar opleiding in de gezondheidszorg mag toch van mij ook wel wat aangenomen worden?

Met betrekking tot het interview was het moeilijk dat na het interview pas de grootste veranderingen in de opzet van het onderzoek hebben plaatsgevonden. De vragen die ik had gesteld zijn dan ineens overbodig of schieten tekort. Wanneer ik langer had gewacht was de rest in de knel gekomen, dus dat is ook niet ideaal, maar ik denk dat ze zeker beter overdacht hadden kunnen worden.

Samenwerking in praktijk en onderzoeksomgeving

Alle contacten die ik heb gelegd voor het onderzoek zijn vlekkeloos verlopen; mensen waren zeer bereid mij te helpen. De samenwerking met mijn begeleider zou ik niet echt samenwerking noemen; het was in mijn geval meer 'de kapitein die de koers wijzigt', maar daarover meer in het volgende punt.

Reflectievermogen (verdedigen van eigen standpunten, verwerken van kritiek, geven van feedback, inschatten van eigen vaardigheden en sterktes en zwaktes)

Wanneer ik van anderen kritiek krijg heb ik vaak een tijdje nodig om dit te overdenken, te relativieren en te vergelijken met mijn eigen standpunten. Ik kan dan ook niet direct reageren zoals ik achteraf denk dat ik had willen doen. Hierdoor gaan mijn eigen standpunten vaak verloren, zeker wanneer ik

van tevoren niet weet wat ik aan reactie kan verwachten. In praktijk was het zo dat ik bij het schrijven van stukken vertrouwen had in mijn standpunten, maar tijdens feedbackgesprekken bleef het alleen maar bij knikken en instemmen. Wanneer ik dan achteraf het bijgeschreven commentaar nog eens over keek kon ik pas zeggen waar ik het wel en niet mee eens was. In dit geval is het voornamelijk te wijten aan de docent-student relatie dat ik niet meteen mijn mond open trek als ik het ergens niet mee eens ben; 'hij zal het wel weten, hij is ten slotte slimmer dan ik wanneer het gaat om bacheloropdrachten' ... Toch ben ik wel tevreden over het eindresultaat; het is nog wel steeds mijn opdracht. De kritiek die ik kreeg heb ik in ieder geval nog eens goed bekeken. In de meeste gevallen heb ik veranderingen aangebracht, maar sommige opmerkingen heb ik uiteindelijk links laten liggen. Ik had het idee dat mijn begeleider soms wel erg kritisch is; sommige dingen kunnen naar mijn mening echt niet duidelijker. Alle kritiek heeft er wel voor gezorgd dat de opdracht beter is geworden, beter in elkaar steekt. Zelf geef ik dus niet veel feedback naar mijn begeleider toe.. die feedback bedenk ik pas achteraf en die gebruik ik dan bij de aanpassingen in mijn opdracht.

Ik probeer zoveel mogelijk op mijn eigen kunnen te vertrouwen en ik denk dat de instelling 'ik kan het wel' een van mijn sterkere punten is. Af en toe wordt ik echter overmoedig, dan denk ik dat ik er ondertussen wel genoeg aan gedaan heb en laat ik soms dingen achterwege omdat ik geen zin meer heb, terwijl het achteraf slechts een kleine moeite was geweest.

Het leukste aan de opdracht vond ik dat ik me eens echt kon verdiepen in de zorg. Tijdens de opleiding blijft het behoorlijk algemeen, maar nu heb ik toch één onderdeel helemaal uit kunnen spitten. Hierdoor is meer interesse gewekt in werken in de gezondheidszorg dan in alle drie de opleidingsjaren bij elkaar.

Het vervelendste aan de opdracht vond ik dat ik op een gegeven moment totaal niet meer wist waar ik aan toe was. Van tevoren denk je dat een bacheloropdracht de afsluiting is van de drie voorgaande jaren die je in tien weken even af kan ronden. Maar uiteindelijk blijkt het het grootste en moeilijkste vak van de opleiding waar je bijzonder weinig gebruik kan maken van wat je tot dan toe hebt geleerd. Je moet ineens alles opnieuw, in je eentje, uit gaan vinden en dat moet allemaal nog beter en op een totaal andere manier dan je denkt.