Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg

Ervaringen van aanvragers en professionals

BMC | onderzoek

6 februari 2017
Gert Cazemier
Lieke Brouwer
Naomi Meys
Arthur van der Harg
Kees-Jan van de Werfhorst
Susan van Klaveren (projectleider)
Projectnummer: 107875
Correspondentienummer: DH-0602-8244
Omslagontwerp: Boulogne Jonkers Vormgeving, Zoetermeer
Foto omslag: iStock



INHOUD

SAMENVATTING 1

HOOFDSTUK 1 INLEIDING 8

1.1 Aanleiding 8

1.2 Onderzoeksvragen 8

1.3 Aanpak van het onderzoek 9

1.4 Leeswijzer 13

HOOFDSTUK 2 TOEGANG TOT DE ZORG KRACHTENS DE WET LANGDURIGE ZORG 14

2.1 Van AWBZ naar Wlz 14

2.2 Beknopte procesbeschrijving aanvragen Wlz-zorg 15

2.3 Kerncijfers toegang Wlz 16

2.4 Conclusies 21

HOOFDSTUK 3 ERVARINGEN AANVRAGERS VAN EEN WLZ-INDICATIE 22

3.1 Achtergrondkenmerken aanvragers Wlz-indicatie 22

3.2 Redenen voor het aanvragen van een Wlz-indicatie 25

3.3 Bekendheid met het aanvragen van een Wlz-indicatie 28

3.4 Het indienen van een aanvraag voor een Wlz-indicatie 32

3.5 Contact met het CIZ 36

3.6 Ervaringen met de aanvraagprocedure bij het CIZ 37

3.7 Contact met het zorgkantoor 41

3.8 Het Wlz-besluit en advies bij afwijzing 45

3.9 De geboden zorg 47

3.10 Conclusies 51

HOOFDSTUK 4 ERVARINGEN MEDEWERKERS VAN HET CIZ 53

4.1 Indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg 53

4.2 De voorkennis van aanvragers 53

4.3 Het indicatieproces 54

4.4 Huisbezoeken in het indicatieproces 56

4.5 Redenen om een Wlz-aanvraag te doen of de aanvraag uit te stellen 58

4.6 Veranderingen sinds de komst van de Wlz 60

4.7 Samenhang tussen verschillende wetten 61

4.8 Mogelijkheden voor verbetering volgens medewerkers CIZ 62
4.9 Conclusies 63

HOOFDSTUK 5 ERVARINGEN MEDEWERKERS VAN DE ZORGKANTOREN 65
5.1 Zorgkantoren en klantadviseurs 65
5.2 Voorkennis van cliënten die contact opnemen met het zorgkantoor 65
5.3 Persoonsgebonden budget 67
5.4 Wlz-zorg thuis ontvangen met VPT of MPT 68
5.5 De rol van zorgaanbieders bij de toegang 71
5.6 Zorgprofielen en zorgbehoefte 72
5.7 Informatievoorziening van zorgkantoren aan cliënten 73
5.8 Veranderingen ten opzichte van de AWBZ 74
5.9 Mogelijkheden voor verbetering volgens medewerkers zorgkantoren 76
5.10 Conclusies 77

HOOFDSTUK 6 ERVARINGEN VAN ZORGAANBIEDERS EN TRANSFERVERPLEEGKUNDIGEN 79
6.1 Organisatie van ondersteuning 79
6.2 Ondersteuning bij het doen van een aanvraag 80
6.3 Betrokkenheid mantelzorgers en cliëntondersteuners 81
6.4 Oordeel contact met het CIZ 82
6.5 Veranderingen ten opzichte van de AWBZ 83
6.6 Oplossingsrichtingen 83
6.7 Conclusies 84

BIJLAGE 1 TABELLEN 85

Samenvatting

A. Aanleiding en doel van het onderzoek
Per 1 januari 2015 is een aantal ingrijpende wetswijzigingen van kracht geworden op het terrein van de langdurige zorg. De herziening van het stelsel wordt de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) genoemd. Het ministerie van VWS heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd om de hervorming van de langdurige zorg te evalueren. In dit kader voert het SCP in samenwerking met diverse onderzoeksbureaus diverse deelonderzoeken uit in de periode 2015 tot en met 2017.

Langdurige zorg kan vanuit verschillende wettelijke domeinen worden geboden: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Dit onderzoek focust op de toegang tot de Wlz. Het richt zich op de vraag hoe de toegang tot zorg is geregeld voor mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De volgende hoofdvragen stonden in dit onderzoek, dat BMC in opdracht van het SCP heeft uitgevoerd, centraal:

1. *Kunnen en komen mensen met een blijvende, zware zorgbehoefte terecht bij het CIZ en het zorgkantoor?*
2. *Hoe gaan de uitvoerders van de wet om met de zorgvraag?*
3. *En hoe ervaren de betrokken cliënten, hun mantelzorgers en professionals dit?*

Aanpak
Dit rapport beschrijft de resultaten van de vragenlijsten die zijn uitgezet onder aanvragers en medewerkers van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) en de zorgkantoren. Voor alle groepen is een aparte vragenlijst ontwikkeld die aansluit bij hun perspectief op de toegang tot Wlz-zorg. Ter voorbereiding op het ontwikkelen van de vragenlijsten is een documentenstudie uitgevoerd en zijn interviews afgenomen met vertegenwoordigers van het CIZ en de zorgkantoren. Het rapport beschrijft de ervaringen van degenen die een aanvraag hebben ingediend. Degenen die mogelijk in aanmerking komen voor de Wlz, maar om welke reden dan ook geen aanvraag hebben ingediend, blijven in dit rapport buiten beeld.

Voor het benaderen van aanvragers van Wlz-zorg heeft het CIZ een steekproef getrokken uit alle aanvragers die in de periode 1 april 2016-25 juli 2016 voor de eerste keer een Wlz-indicatie hebben aangevraagd. Deze personen hebben een brief van het CIZ gekregen met daarin een uitnodiging voor het onderzoek. Deze aanvragers ontvingen een schriftelijke vragenlijst welke zij door middel van een retourenvelop konden insturen.
Daarnaast hebben het CIZ en de acht concessiehouders van zorgkantoren de contactgegevens aangeleverd van medewerkers die betrokken zijn bij respectievelijk de indicatiestelling of de zorgtoewijzing. Deze medewerkers zijn per e-mail uitgenodigd om de desbetreffende vragenlijst online in te vullen.

De respons verschilt per onderzoeksgroep (zie tabel 1). De respons onder aanvragers van Wlz-zorg is laag, waardoor mogelijk bepaalde groepen aanvragers zijn onder- of oververtegenwoordigd. Dit heeft tot gevolg dat de uitkomsten mogelijk niet representatief zijn voor de totale populatie van aanvragers van Wlz-zorg. In dit rapport verwijzen wij dan ook naar ‘respondenten’ en/of ‘aanvragers, die aan het onderzoek hebben deelgenomen’. Over de medewerkers van het CIZ en de zorgkantoren kunnen – gezien de responspercentages –

wel representatieve uitspraken worden gedaan, tenzij er uitsplitsingen zijn naar bijvoorbeeld functionaristype.

Tabel 1 Respons uitgesplitst naar onderzoeksgroep

Functie	*Aangeschreven*	*Respons*	*Respons %*
Aanvragers Wlz-zorg	3.985	652	16%
Medewerkers CIZ	497	278	56%
Medewerkers zorgkantoren	171	86	50%

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat ook zorgaanbieders een belangrijke rol spelen bij de toegang tot de Wlz-zorg. In een aanvullend onderzoek zijn daarom interviews gehouden met 33 zorgaanbieders om een beeld te krijgen van hun rol in de toegang tot Wlz-zorg. Er zijn ook zes gesprekken gevoerd met transferverpleegkundigen om inzicht te krijgen in hun rol bij het aanvragen van een Wlz-indicatie.

B. Resultaten van het onderzoek

1. **Hoe weten mensen met een blijvende, zware hulpvraag bij wie ze zich kunnen melden met een verzoek om ondersteuning? Wie verwijst hen naar het CIZ?**
Het traject dat mensen afleggen om Wlz-zorg te krijgen, verschilt. In principe dient een aanvrager (een zorgvrager of diens mantelzorger) een aanvraag in bij het CIZ, die de aanvraag beoordeelt. Bij een positief besluit regelt de aanvrager samen met het zorgkantoor de benodigde zorg. In de praktijk is een grote variatie aan routes te zien, waarin verschillende organisaties/personen een rol kunnen spelen.
Uit de enquête onder aanvragers blijkt dat zorgverleners (zoals wijkverpleegkundigen) voor hen de belangrijkste bron van informatie over het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg zijn. Daarnaast vervullen ook huisartsen, ziekenhuizen en revalidatieklinieken hierin een belangrijke functie. Partners, familieleden en vrienden voorzien de zorgvragers ook van informatie, maar zijn met name degenen die hen adviseren om Wlz-zorg aan te vragen.
Een groot deel van de zorgvragers is door een partner, familielid of vriend of door professionals in zorg en welzijn geadviseerd om een indicatie voor Wlz-zorg aan te vragen bij het CIZ. Met professionals in zorg en welzijn bedoelen we huisartsen, zorgverleners (wijkverpleegkundige, begeleider, hulp) en specialisten of verpleegkundigen in het ziekenhuis of revalidatiekliniek. Een kleiner deel van de zorgvragers is door de gemeente, een onafhankelijk cliëntondersteuner of het CIZ zelf geadviseerd. Zorgverzekeraars lijken nagenoeg geen rol in dit proces te spelen.

Dat zorgverleners een belangrijke bron van informatie zijn en helpen bij de aanvraag, wordt bevestigd door de geïnterviewde zorgaanbieders. Medewerkers van zorgaanbieders helpen aanvragers door het verschaffen van informatie over het aanvragen van een Wlz-indicatie en zij geven ook inzicht in de kans op een positief Wlz-indicatiebesluit. Daarnaast helpen zij ook met de formulieren voor een aanvraag, zoals de profielschets. Zorgvragers komen bij zorgaanbieders terecht wanneer zij hen als voorkeursaanbieder opgeven bij het CIZ, of als ze zelf contact opnemen met de zorgaanbieder. Als de aanvragers vanuit het ziekenhuis door een transferverpleegkundige worden doorverwezen naar de Wlz, wordt hen vaak het hele proces uit handen genomen. De transferverpleegkundige verzamelt alle benodigde documenten en vult de aanvraag in.

Mantelzorgers vaak betrokken bij aanvraag
Mantelzorgers spelen een belangrijke rol bij het aanvragen van Wlz-zorg. In het aanvragersonderzoek heeft bij 49% een partner/familie/vriend geholpen bij de aanvraag. De respondenten van het CIZ en de zorgkantoren bevestigen dit beeld. Veel aanvragers zijn door hun fysieke en/of mentale omstandigheden niet in staat om de aanvraag zelf te doen en soms ook niet om hun situatie goed te schetsen. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol waar het gaat om het verzamelen van de juiste informatie en het correct en volledig indienen van de aanvraag.

Informatievoorziening aan aanvragers in dit onderzoek ontoereikend
Zorgvragers komen vooral via zorgverleners (39%), de huisarts (24%) en een partner/familie/vriend (22%) aan informatie over het aanvragen van Wlz-zorg. Eén op de vijf aanvragers uit het onderzoek vindt de informatie moeilijk te vinden, onduidelijk en/of onvolledig. Deze aanvragers missen vooral duidelijke informatie over de criteria om in aanmerking te komen voor de Wlz, de hoogte van de eigen bijdrage en over de wijze waarop de zorg aangevraagd moet worden.
De medewerkers van het CIZ, de zorgkantoren en de zorgaanbieders bevestigen dit beeld. Met name medewerkers van het CIZ en de zorgaanbieders merken op dat de toegang tot zorg complex is voor aanvragers. In de praktijk merken zij dat aanvragers de verschillende loketten lastig vinden en niet goed weten waar zij voor welke zorgvragen terechtkunnen.

2. Hoe verloopt de indicatiestelling (in het bijzonder het gesprek met de cliënt) voor de Wlz door het CIZ? Hoe ervaren cliënten, mantelzorgers en indicatiestellers dit gesprek?
Het CIZ heeft bij de invoering van de Wlz als opdracht gekregen bij alle eerste aanvragen persoonlijk contact met de cliënt te hebben. Volgens het CIZ heeft de organisatie met vrijwel alle eerste aanvragers persoonlijk contact gehad (96,9%), veelal in de vorm van een huisbezoek of een spreekuurcontact.
Van de aanvragers die aan het onderzoek hebben deelgenomen, hebben drie op de vijf contact gehad met een medewerker van het CIZ. Deze aanvragers hebben voornamelijk telefonisch contact (69%) en persoonlijk contact bij de zorgvrager thuis (47%) gehad. Daarnaast verloopt het contact per mail (20%), per brief (18%) en op het kantoor van het CIZ (5%); 2% weet niet hoe het contact met het CIZ is verlopen.

Aanvragers in dit onderzoek overwegend positief over het gesprek met het CIZ en de procesgang
Over het gesprek met CIZ-medewerkers is ongeveer twee derde van de aanvragers die aan het onderzoek hebben deelgenomen, (heel) tevreden. Iets minder tevreden zijn zij over de informatie die het CIZ verstrekt over de afhandeling van de aanvraag en de mate waarin CIZ-medewerkers meedenken met wat zij aan zorg nodig hebben.
Ook is de meerderheid van de aan het onderzoek deelnemende aanvragers overwegend positief over het aanvraagproces bij het CIZ: zij vinden het aanvraagproces klantgericht, zorgvuldig, snel en duidelijk. Tegelijkertijd vond ruim een derde van deze respondenten het aanvragen van Wlz-zorg (heel) moeilijk.

Medewerkers van het CIZ positief over indicatiestelling

Volgens de CIZ-medewerkers in het onderzoek verloopt de indicatiestelling over het algemeen goed. Een meerderheid van de CIZ-medewerkers vindt dat het positief is voor de positie van de mantelzorger dat er geen rekening wordt gehouden met zijn of haar inspanningen; tegelijkertijd denkt 1 op de 10 dat dit negatief uitpakt voor de mantelzorger, omdat het kan leiden tot een hoge belasting voor de mantelzorger. Ook vinden zij dat de beleidsregels over het algemeen voldoende houvast bieden om een indicatie te stellen. Wel merken medewerkers van het CIZ op dat het indiceren van een aantal groepen zorgvragers moeilijk is, als gevolg van een onduidelijke afbakening tussen wetgeving. Het gaat om de volgende groepen:

- *Kwetsbare ouderen*. Dit zijn ouderen met lichamelijke beperkingen, ouderdomsklachten, die cognitief geen beperkingen hebben. Onder de beleidsregels krijgen zij geen toegang tot de Wlz omdat zij nog in staat zijn om hulp in te roepen en daarmee niet voldoen aan de criteria voor de Wlz.
- *Kinderen, jongeren en jongvolwassenen*. Voor CIZ-medewerkers is het lastig vast te stellen in hoeverre de aanvrager blijvend behoefte heeft aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Het CIZ geeft geen indicatie af wanneer niet is vast te stellen of de beperkingen blijvend zijn. Volgens medewerkers zou tijdelijke toegang tot de Wlz voor deze doelgroep een uitkomst zijn.
- *Cliënten met combinatie verstandelijke beperking en psychiatrische aandoening*. Als de verstandelijke beperking niet kan worden vastgesteld, dan kan toegang tot de Wlz niet bepaald worden. Alleen voor zorgvragers met een (ernstige) verstandelijke handicap is toegang tot de Wlz direct mogelijk; bij psychiatrische problematiek niet direct.

Veranderingen ten opzichte van de AWBZ

De medewerkers van het CIZ en de medewerkers van de zorgkantoren in het onderzoek zijn gevraagd naar eventuele veranderingen in hun werk ten opzichte van de AWBZ.

- *Professionele beslisruimte bij indicatiestelling.* Meer dan de helft van de CIZ-medewerkers (60%) die ook voor 2015 de indicatiestelling verrichtte, vindt dat de beslisruimte bij het behandelen van een aanvraag gelijk is gebleven. Van de overige respondenten vinden de meesten dat de beslisruimte is toegenomen.
- *Complexiteit van de aanvragen.* Meer dan de helft van de CIZ-medewerkers (60%) die ook voor 2015 de indicatiestellingen verrichtte, vindt dat de complexiteit van de aanvragen is toegenomen, volgens een derde is deze gelijk gebleven en volgens 7% is deze afgenomen.
- *Complexiteit zorgtoewijzing.* Eenzelfde beeld zien we bij de zorgtoewijzing. Van de respondenten van de zorgkantoren vindt de meerderheid (63%) dat de complexiteit van het zorgtoewijzingsproces is toegenomen sinds de komst van de Wlz; 37% vindt dat de complexiteit gelijk is gebleven.
- *Maatwerk voor cliënten.* Bijna de helft van de respondenten van zorgkantoren (46%) vindt dat de mogelijkheden om maatwerk te leveren zijn toegenomen; 26% vindt dat deze zijn afgenomen.
- *Druk op mantelzorgers.* 44% van de respondenten van het CIZ en 71% van de respondenten van de zorgkantoren zijn van mening dat de druk op mantelzorgers van zorgvragers die Wlz-zorg nodig hebben, is toegenomen sinds de komst van de Wlz.

3. **Bieden zorgkantoren mensen de keuze tussen verblijf in een instelling, een volledig pakket thuis (VPT), een modulair pakket thuis (MPT) of een Wlz-pgb?**
De Wlz dient ook bij te dragen aan de keuzevrijheid van zorgvragers, onder meer door het aanbieden van meerdere leveringsvormen thuis. Het grootste deel van de aanvragers die hebben deelgenomen aan het onderzoek, wist vóór de aanvraag bij het CIZ al of zij de zorg thuis of in een instelling wilden krijgen. De meeste respondenten die de zorg in een instelling wilden ontvangen, wisten ook waar zij naartoe wilden. Er blijft dus een kleine groep over die met hulp van het zorgkantoor nog moet besluiten welke leveringsvorm en instelling het meest passend is.

   Van de aanvragers in dit onderzoek die contact hebben gehad met het zorgkantoor, zegt het merendeel informatie te hebben ontvangen over welke zorg zij konden kiezen. Met name zij die zorg thuis wilden ontvangen, misten informatie over de criteria hiervoor. De medewerkers van zorgkantoren beamen dit en geven aan dat er nog onvoldoende kennis is bij de aanvragers over de mogelijkheden voor zorg thuis. Bijna de helft van de respondenten van de zorgkantoren vindt dat de keuzevrijheid voor cliënten is toegenomen sinds de komst van de Wlz, volgens 28% is deze gelijk gebleven en 26% vindt dat de keuzevrijheid is afgenomen.

4. **Ervaren cliënten en mantelzorgers ook keuzevrijheid en wat vinden ze daarvan en van de cliëntondersteuning hierbij?**
Zoals ook bij vraag 3 uiteengezet, hebben veel aanvragers in dit onderzoek vóór de aanvraag bij het CIZ al besloten welke leveringsvorm zij zouden willen krijgen en wat hun voorkeursinstelling is. Bij ongeveer een op de vier aanvragers in dit onderzoek was er geen keuze mogelijk door de gezondheidssituatie en/of de omstandigheden thuis.
Uiteindelijk krijgen bijna alle respondenten de zorg daar waar zij die wilden krijgen (thuis of in een instelling). Ook kan de meerderheid van de respondenten die zorg in een instelling wilden, worden opgenomen in de voorkeursinstelling. Als dit niet mogelijk was, komt dit vooral door wachtlijsten.

   Volgens de respondenten van de zorgkantoren zijn de mogelijkheden om voor zorg thuis te kiezen niet noemenswaardig toegenomen sinds 1 januari 2015. Dit komt door het verschil tussen MPT of VPT vanuit de Wlz en zorg thuis vanuit de Zvw. De Wlz kent een eigen bijdrage en bovendien ontvangen sommige cliënten vanuit de Wlz minder zorg thuis dan dat zij voorheen zorg thuis ontvingen onder de Zvw. Voor de respondenten is de belangrijkste reden om een voorkeur voor Wlz-zorg thuis in plaats van in een instelling niet te honoreren dan ook dat de zorg niet doelmatig thuis geleverd kan worden.

   Weinig aanvragers in dit onderzoek bekend met mogelijkheid cliëntondersteuning
In de Wlz is ‘onafhankelijke cliëntondersteuning’ opgenomen om zorgvragers te helpen bij het vinden en organiseren van passende zorg. De zorgkantoren dienen de inzet van deze functie te faciliteren. De aanvragers in dit onderzoek blijken nauwelijks op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot onafhankelijke cliëntondersteuning. Bijna twee derde van hen is niet bekend met deze functie. Dit beeld wordt bevestigd door het onderzoek onder medewerkers van het CIZ en de zorgkantoren.

   Ongeveer een derde van de alle aanvragers in dit onderzoek heeft gebruikgemaakt van een onafhankelijke cliëntondersteuner: van de aanvragers die bekend zijn met deze functie, heeft

ongeveer twee derde hiervan gebruikgemaakt. Opvallend is dat één op de vijf aanvragers in dit onderzoek geen gebruik heeft gemaakt van een onafhankelijke cliëntondersteuner, maar daaraan wel behoefte had. Onder aanvragers in dit onderzoek die bekend zijn met de functie, is dit bij 5% het geval.

5. Welke cliënten kiezen welke zorgleveringsvorm en om welke reden?

Voor zorgvragers in dit onderzoek die de Wlz-zorg in een instelling willen ontvangen, zijn de kwaliteit van zorg en het voorkomen van eenzaamheid belangrijke redenen voor deze keuze. De zorgvragers die de Wlz-zorg thuis willen ontvangen, kiezen daarvoor vanwege de vertrouwde omgeving, dat ze bij hun partner of familie kunnen verblijven en dat ze een zekere mate van vrijheid en zelfstandigheid behouden. Het zijn met name de respondenten ouder dan 65 jaar die de Wlz-zorg in een instelling willen ontvangen. De respondenten jonger dan 65 jaar willen juist vaker de Wlz-zorg thuis krijgen.

6. Wat zijn de effecten van de verscherpte criteria voor Wlz-zorg thuis op de bovengenoemde keuze tussen zorgleveringsvormen (VPT, MPT of Wlz-pgb in vergelijking met de vroegere AWBZ)?

De Wlz is gericht op een beperktere doelgroep dan de AWBZ. Begeleiding maakt nu onderdeel uit van de Wmo 2015. Alleen de zwaardere zorgprofielen vallen binnen de Wlz. Dit betekent dat er waarschijnlijk een groter deel van de cliënten geen keuze heeft tussen Wlz-zorg thuis en in een instelling, omdat er door hun gezondheidssituatie en omstandigheden thuis geen keuze mogelijk is. Dit is bij ongeveer een kwart van de zorgvragers in dit onderzoek het geval.

Daarbij wordt door de medewerkers van zorgkantoren opgemerkt dat met name de toets op doelmatigheid van zorglevering ervoor zorgt dat cliënten niet altijd hun Wlz-zorg thuis kunnen ontvangen. Vanuit de Wlz kunnen sommige cliënten minder zorg thuis ontvangen dan mogelijk is met zorg thuis vanuit de Zvw.

Groepen die geen Wlz-indicatie krijgen maar ook niet zelfstandig thuis kunnen blijven wonen

De respondenten van het CIZ noemen vier groepen aanvragers die onder de huidige beleidsregels geen toegang krijgen tot de Wlz, maar volgens hen ook niet zelfstandig thuis kunnen blijven wonen:

- *Kwetsbare ouderen*: dit zijn ouderen met lichamelijke beperkingen, ouderdomsklachten, die cognitief geen beperkingen hebben.
- *Kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking*.
- *Volwassenen met meervoudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven maar wel in staat zijn zelf de zorg te regisseren;*.
- *Mensen met psychiatrische aandoeningen*.

Deze groepen zorgvragers kunnen de zorg die zij nodig hebben, aanvragen vanuit de Zvw, Wmo en/of Jeugdwet.

Groep die achteraf gezien liever geen Wlz-zorg ontvangt

Er zijn in dit onderzoek zorgvragers die bij het CIZ een aanvraag hebben ingediend voor een indicatie voor Wlz-zorg en een positief besluit hebben ontvangen, maar hierover achteraf ontevreden zijn. Bij het organiseren van de zorg komen zij bijvoorbeeld tot de ontdekking dat zij onder de Wlz minder uren zorg krijgen dan vanuit de Wmo en/of de Zvw. Ook moeten ze in de Wlz een eigen bijdrage betalen en voor wijkverpleging in de Zvw niet. Het gaat in dit onderzoek veelal om zorgvragers die hun zorg thuis willen ontvangen, en gedurende het

aanvraagtraject onvoldoende zicht hebben gehad op of zijn ingelicht over wat de consequenties zijn als zij Wlz-zorg krijgen en hoe dit zich verhoudt tot zorg vanuit andere wettelijke domeinen. Doordat de Wlz-indicatie levenslang geldt, kunnen zij deze indicatie niet alsnog beëindigen.

7. Zijn hierbij verschillen te constateren per sector (Ghz, V&V)?

In de toegangsroute naar een Wlz-aanvraag zijn enkele verschillen zichtbaar tussen de onderzochte cliëntgroepen van de verschillende sectoren. In de V&V-sector verloopt de toegang tot de Wlz veelal via de huisarts en de wijkverpleegkundige. Toenemende druk op de mantelzorger door ouderdomsklachten of dementie doen cliënten besluiten een aanvraag in te dienen. Ook krijgt een deel van de aanvragers na een spoedopname in het ziekenhuis een indicatie voor Wlz-zorg.

Bij mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking bestaat de zorgvraag vaak al vanaf de geboorte. De ouders van deze personen spelen dan een belangrijke rol bij het aanvragen van een Wlz-indicatie. Wanneer de verstandelijke beperking, bijvoorbeeld wanneer deze gecombineerd gaat met psychiatrische problematiek, niet vastgesteld kan worden, dan wordt de zorgvrager verwezen naar de Jeugdwet en/of Wmo.

Hoofdstuk 1
Inleiding

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2015 is een aantal ingrijpende wetswijzigingen van kracht geworden op het terrein van de langdurige zorg. De herziening van het stelsel wordt de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) genoemd. In essentie is het de bedoeling dat mensen met een lichtere zorgbehoefte zo lang mogelijk thuis blijven wonen en zo nodig daar worden geholpen, vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid vallen niet langer onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd om de hervorming van de langdurige zorg te evalueren. In dit kader voert het SCP diverse evaluatieonderzoeken uit in de periode 2015 tot en met 2017. Eén van de deelonderzoeken gaat over de vraag hoe de toegang tot zorg voor mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid is geregeld, hoe dit in de praktijk verloopt en hoe betrokken partijen de toegang ervaren. Langdurige zorg kan vanuit verschillende wettelijke domeinen worden geboden: de Wlz, de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet. Dit onderzoek focust op de toegang tot de langdurige zorg die krachtens de Wlz wordt verstrekt.

Het SCP heeft BMC Onderzoek opdracht gegeven dit deelonderzoek uit te voeren. In het onderzoek is het toegangsproces vanuit verschillende perspectieven in kaart gebracht. Centraal staan de ervaringen van zorgvragers en hun mantelzorgers. Daarnaast zijn de ervaringen van diverse uitvoerders van de wet, namelijk medewerkers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ; indicatiestelling), de zorgkantoren (toewijzing zorg) en van Wlz-aanbieders en transferverpleegkundigen (uitvoering) geïnventariseerd.

1.2 Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staan de volgende hoofdvragen centraal:

1. *Kunnen en komen mensen met een blijvende, zware zorgbehoefte terecht bij het CIZ en het zorgkantoor?*
2. *Hoe gaan de uitvoerders van de wet om met de zorgvraag?*
3. *En hoe ervaren de betrokken cliënten, hun mantelzorgers en professionals dit?*

Deze hoofdvragen zijn uitgewerkt in de volgende deelvragen:

1. Hoe weten mensen met een blijvende, zware hulpvraag bij wie ze zich kunnen melden met een verzoek om ondersteuning? Wie verwijst hen naar het CIZ?
2. Hoe verloopt de indicatiestelling (in het bijzonder het gesprek met de cliënt) voor de Wlz door het CIZ?
3. Hoe ervaren cliënten, mantelzorgers en indicatiestellers dit gesprek?
4. Bieden zorgkantoren mensen de keuze tussen verblijf in een instelling, een volledig pakket thuis (VPT), een modulair pakket thuis (MPT) of een Wlz-pgb?
5. Ervaren cliënten en mantelzorgers ook keuzevrijheid en wat vinden ze daarvan en van de cliëntondersteuning hierbij?
6. Welke cliënten kiezen welke zorgleveringsvorm en om welke reden?

7. Wat zijn de effecten van de verscherpte criteria voor zorg thuis op de bovengenoemde keuze tussen zorgleveringsvormen (VPT, MPT of Wlz-pgb in vergelijking met de vroegere AWBZ)?
8. Zijn hierbij verschillen te constateren per sector (Ghz, V&V)?

1.3 Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek brengt op kwantitatieve wijze de ervaringen van zorgvragers en hun mantelzorgers en de medewerkers van het CIZ en de zorgkantoren in beeld. Omdat tijdens het onderzoek duidelijk werd dat zorgvragers lang niet altijd zelf hun aanvraag indienen is later in het onderzoek (op kwalitatieve wijze) het perspectief van zorgaanbieders en transferverpleegkundigen in kaart gebracht. Hierna beschrijven we de opzet van het onderzoek.

Documentenstudie

Het onderzoek is gestart met een documentenstudie om inzicht te krijgen in het aanvraagproces van langdurige Wlz-zorg, de taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen en een aantal kerngegevens van die Wlz-zorg (aantal aanvragen, positieve/negatieve besluiten, et cetera). Tijdens de documentenstudie zijn relevante wetteksten, beleidsdocumenten en onderzoeken naar de toegang tot de Wlz-zorg bestudeerd.[1] De uitkomsten van de documentenstudie zijn beschreven in hoofdstuk 2 en als basis gebruikt voor het opstellen van de vragenlijsten voor zorgvragers, mantelzorgers en professionals.

Interviews

Ter verdieping van de resultaten van de documentenstudie en het ophalen van actuele kennis over de werkwijze van professionals hebben we een aantal semigestructureerde interviews gehouden met medewerkers van het CIZ en zorgkantoren.

- Bij het CIZ is gesproken met beleidsmedewerkers, onderzoekers, beoordelaars en een juridisch medewerker van het team bezwaar en beroep. Er zijn vijf interviews afgenomen met in totaal acht personen.
- Bij de zorgkantoren is gesproken met medewerkers die contact hebben met de cliënt in het proces van informatievoorziening, bemiddeling, zorgtoewijzing en bewustekeuzegesprekken (verkennende gesprekken om te bepalen of de zorgvrager of iemand in de omgeving in staat is het pgb te beheren). Er is met acht verschillende functionarissen van drie van de acht concessiehouders van zorgkantoren gesproken.

Ontwikkeling vragenlijsten

Op basis van de onderzoeksvragen, de documentenstudie en de interviews met medewerkers van het CIZ en van de zorgkantoren zijn conceptvragenlijsten opgesteld voor (1) zorgvragers en hun eventuele mantelzorgers als die zij waren betrokken bij de aanvraag, (2) medewerkers van het CIZ en (3) medewerkers van zorgkantoren.

- De vragenlijst voor zorgvragers en mantelzorgers is gevalideerd door het afnemen van vier gesprekken met zorgvragers en drie gesprekken met mantelzorgers. Tijdens deze gesprekken hebben de zorgvragers en mantelzorgers de vragen mondeling beantwoord en aangegeven waarom zij bepaalde keuzes maken. Op deze manier wordt duidelijk in hoeverre de vragenlijst aansluit op de belevingswereld van de aanvragers en of de routing duidelijk is. De resultaten van de testgesprekken zijn verwerkt in de vragenlijst.

[1] Omdat de Wlz begin 2015 is geïmplementeerd, is het aantal onderzoeken over de Wlz (nog) beperkt. Onderzoeksrapporten die gedurende de looptijd van dit onderzoek zijn gepubliceerd, zijn waar mogelijk meegenomen in dit onderzoek naar de toegang tot de Wlz.

- De vragenlijsten voor medewerkers van het CIZ en de zorgkantoren zijn ter validatie gestuurd aan een klein aantal professionals van de desbetreffende uitvoeringsorganisaties. Zij hebben de vragenlijsten gecontroleerd op begrijpelijkheid en de mate waarin de bewoording van de vragen aansluit bij hun dagelijkse werkpraktijk. Verder is op basis van de validatie een aantal antwoordcategorieën aangepast of samengevoegd, en zijn sommige open vragen omgezet naar een gesloten vraag.

Ook het ministerie van VWS heeft de verschillende vragenlijsten becommentarieerd en suggesties voor aanpassingen gedaan. De definitieve vragenlijsten zijn ter informatie aan het ministerie gestuurd.

De definitieve vragenlijst voor zorgvragers/mantelzorgers is opgemaakt en gedrukt. De definitieve vragenlijsten voor medewerkers van het CIZ en van de zorgkantoren zijn geprogrammeerd in het online systeem van BMC en getest.

Onderzoekspopulatie en verspreiden vragenlijsten
Voor het onderzoek onder aanvragers van Wlz-zorg (dat wil zeggen zorgvragers en/of hun mantelzorgers) heeft het CIZ op instructie van BMC een bestand aangemaakt van alle personen die in de periode 1 april 2016 - 25 juli 2016 een eerste aanvraag hebben ingediend en/of hebben lopen.[2] Alle aanvragers uit de sectoren lichamelijk gehandicapt, verstandelijk gehandicapt en de zorgprofielen 7 t/m 9 van de sector verpleging en verzorging die in de genoemde periode een eerste aanvraag hebben ingediend, zijn in het onderzoek betrokken. Dit geldt ook voor de aanvragers die in deze periode een negatief besluit hebben gekregen op hun eerste aanvraag. Daarnaast is – vanwege het hoge aantal aanvragers in deze categorieën – een steekproef getrokken uit de zorgprofielen 4 t/m 6 van de sector verpleging en verzorging.[3]
Aan de personen uit de steekproef is een brief gestuurd uit hoofde van het CIZ met de vraag deel te nemen aan het onderzoek. In de CIZ-envelop is een SCP-envelop ingesloten met een uitnodigingsbrief van het SCP en de vragenlijst. Op 30 september 2016 is aan de respondenten een herinnering verstuurd. De aanvragers hebben de vragenlijst in de periode van 16 september 2016 tot en met 10 oktober 2016 kunnen invullen en retourneren.

Voor de vragenlijsten onder de medewerkers hebben het CIZ en de acht concessiehouders de e-mailadressen van hun medewerkers aangeleverd die betrokken zijn bij de toegang tot de Wlz-zorg. BMC heeft de medewerkers vervolgens per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Na twee weken is er, ook per mail, een herinnering uitgegaan. De vragenlijst heeft voor de medewerkers van het CIZ en de concessiehouders van 11 april tot 2 mei 2016 open gestaan. Bij drie concessiehouders hebben enkele medewerkers de vragenlijst in de periode van 2 juni tot 16 juni 2016 ingevuld.[4]

Respons en representativiteit
Tabel 2 toont per onderzoeksgroep de respons. Van de aanvragers (zorgvragers en/of hun mantelzorgers) heeft 16% de schriftelijke vragenlijst retour gestuurd. Gezien de doelgroep en de benaderingswijze is dit een gebruikelijk percentage.

[2] De namen en contactgegevens van de zorgvragers zijn door het CIZ aan de drukker gestuurd. Hiervoor is een bewerkersovereenkomst gesloten. De drukker heeft de vragenlijsten verstuurd. BMC en het SCP hebben beide geen inzage gehad in het adressenbestand.
[3] In de genoemde periode vindt geen instroom GGZ-B plaats doordat de eerste drie jaar van de opname worden bekostigd via de Zvw. Deze doelgroep blijft dan ook in dit onderzoek buiten beschouwing.
[4] Deze medewerkers voeren de bewustekeuzegesprekken met cliënten en waren in de eerste ronde niet benaderd, maar behoren wel tot de doelgroep van het onderzoek. In een tweede ronde zijn zij alsnog benaderd.

De professionals hebben in grote getale gereageerd: 56% van de medewerkers van het CIZ en de helft van de medewerkers van de zorgkantoren hebben de online enquête ingevuld.

Tabel 2 Respons uitgesplitst naar onderzoeksgroep (kwantitatieve onderzoeken)

Functie	*Aangeschreven*	*Respons*	*Respons %*
Aanvragers Wlz-zorg	3.985	652	16%
Medewerkers CIZ	497	278	56%
Medewerkers zorgkantoren	171	86	50%

Ad. Aanvragers

Aan het onderzoek hebben verhoudingsgewijs meer vrouwen dan mannen meegedaan, en vooral zorgvragers van 65 jaar en ouder. In verhouding tot de totale populatie van zorgvragers die in de periode 1 april 2016 - 25 juli 2016 een eerste aanvraag hebben ingediend en/of hebben lopen, hebben er relatief veel mensen van 18 jaar en jonger aan het onderzoek deelgenomen. Voor andere kenmerken kan niet worden vastgesteld of de respondenten representatief zijn voor de totale populatie van zorgvragers in de Wlz. Hierdoor kunnen de uitkomsten niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar de populatie van aanvragers. Wel geeft het onderzoek een beeld van een brede groep aanvragers: er zijn geen groepen uitgesloten of aanwijzingen dat specifieke groepen helemaal niet hebben meegewerkt. Ook blijven degenen die mogelijk in aanmerking komen voor de Wlz, maar om welke reden dan ook geen aanvraag hebben ingediend, in dit rapport buiten beeld.
De uitspraken in dit rapport geven derhalve de meningen en ervaringen van de respondenten weer. Om onderscheid te maken met de andere groepen respondenten, zoals de medewerkers van het CIZ en de zorgkantoren, noemen wij deze respondenten ook wel ‘aanvragers die aan het onderzoek hebben deelgenomen’.

Tabel 3 Kenmerken zorgvragers in dit onderzoek en in de totale populatie

	Aantal respons	*Percentage van totale respons*	*Percentage in populatie*
Geslacht			
Man	263	40%	41%
Vrouw	388	60%	59%
Leeftijd			
18 jaar en jonger	53	8%	4%
Tussen 18 en 64 jaar	141	22%	15%
65 jaar en ouder	458	70%	81%

Slechts in 10% van de gevallen heeft de zorgvrager de vragenlijst zelf in gevuld; in 20% was een partner, familielid of vriend betrokken en heeft deze de vragenlijst samen met de zorgvrager ingevuld. Een opvallende uitkomst, maar passend bij de doelgroep, is dat in 60% van de gevallen degene die geholpen heeft bij de aanvraag, de vragenlijst *alleen* heeft ingevuld, namens de zorgvrager. Hier gaat het dus om de antwoorden van de partner, familie of vriend.[5]

[5] 10% van de respondenten heeft de categorie ‘anders’ aangekruist. Deze categorie bevatte geen toelichtingsveld.

Ad. Medewerkers CIZ

Een ruime meerderheid van de CIZ-respondenten (60%) is werkzaam als onderzoeker. Een derde van de respondenten werkt als beoordelaar bij het CIZ en 7% van de respondenten werkt als jurist of juridisch medewerker. Deze responssamenstelling vormt een goede afspiegeling van het medewerkersbestand van het CIZ voor wat betreft hun functie.

Tabel 4 Respondenten CIZ uitgesplitst naar functie

Functie	*Aantal respons*	*Percentage van totale respons*	*Percentage in populatie*
Beoordelaar	93	33%	32%
Onderzoeker WLZ	166	60%	62%
Jurist of Juridisch medewerker	19	7%	6%
Totaal	278	100%	100%

De meeste respondenten zijn afkomstig uit de regio Noordoost (30%) en de minste uit de regio Noordwest (18%). Er zijn geen regio's over- of ondervertegenwoordigd.[6]

Tabel 5 Respondenten CIZ uitgesplitst naar CIZ-regio

Regio	*Aantal*	*Percentage*
Noordoost	83	30%
Zuidoost	75	27%
Zuidwest	67	24%
Noordwest	51	18%
Onbekend	2	1%
Totaal	278	100%

Ad. Medewerkers zorgkantoren

In totaal hebben 86 medewerkers van zorgkantoren aan het onderzoek deelgenomen. Het gaat om medewerkers die contacten hebben met klanten rondom het invullen van hun zorgvraag. Er hebben medewerkers deelgenomen die verantwoordelijk zijn voor zorg in natura en medewerkers die het pgb in hun takenpakket hebben. Alle acht concessiehouders van de zorgkantoren zijn vertegenwoordigd in het onderzoek met minimaal drie en maximaal 27 respondenten, waarbij het aantal respondenten per concessiehouder in verhouding staat tot het aantal medewerkers vanuit die concessiehouder.

Interviews met zorgaanbieders en transferverpleegkundigen

Tijdens de pilot-interviews met zorgvragers bleek dat sommigen niet alle vragen goed konden beantwoorden omdat zij niet zelf de aanvraag hadden ingediend, maar een aanbieder dit namens hen had gedaan. Vanwege deze rol die zorgaanbieders spelen bij het aanvragen van Wlz-zorg is gedurende het onderzoek besloten om een aanvullend onderzoek te doen onder deze groep. Dit onderzoek richtte zich op de inzet van aanbieders bij het aanvragen van Wlz-indicaties, in het geval van eerste aanvragen. Hierbij is besloten om ook enkele transferverpleegkundigen in het onderzoek te betrekken, omdat deze beroepsgroep Wlz-indicaties aanvraagt voor patiënten die het ziekenhuis verlaten en Wlz-zorg nodig hebben. In totaal zijn er 39 interviews uitgevoerd met zorgaanbieders en transferverpleegkundigen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst.

[6] Het onderzoeksteam beschikt niet over de verdeling van de medewerkers naar regio in de populatie. Hierdoor kan de representativiteit per regio niet worden gecontroleerd.

Tabel 6 Respons uitgesplitst naar onderzoeksgroep (kwalitatief onderzoek)

Functie	***Aantal aangeschreven***	***Aantal geïnterviewd***
VVT-instellingen	32	17
VG-aanbieders	22	16
Transferverpleegkundigen	6	6
Totaal	60	39

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 behandelt de toegang tot de Wlz, waarbij we zowel aandacht besteden aan de procedures als aan de kenmerken van de aanvragers en de resultaten van de indicatiestellingen, zoals die bekend zijn uit de literatuur.
Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen van zorgvragers en hun mantelzorgers met het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg.
De hoofdstukken 4 en 5 behandelen de uitvoering van de Wlz door respectievelijk de medewerkers van het CIZ en van de zorgkantoren.
Hoofdstuk 6 beschrijft de rol van zorgaanbieders en transferverpleegkundigen in het aanvraagproces.

Hoofdstuk 2
Toegang tot de zorg krachtens de Wet langdurige zorg

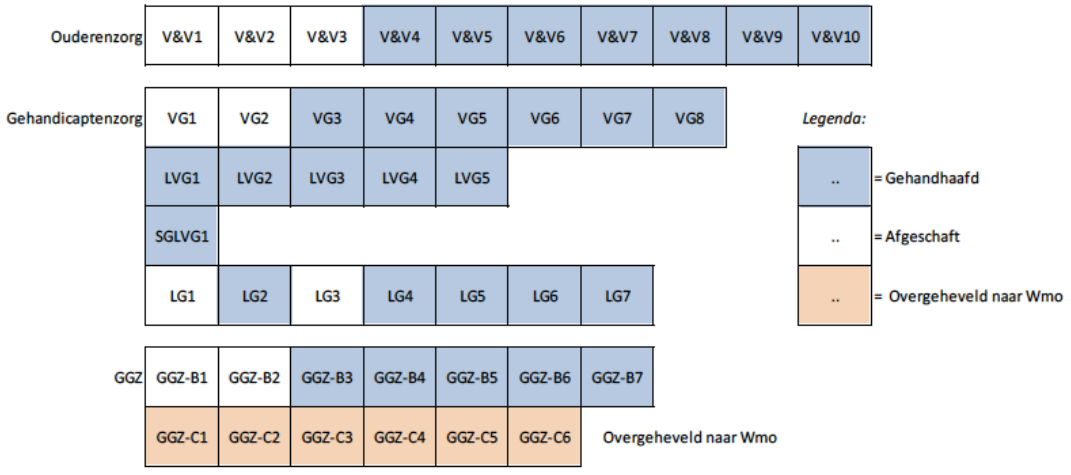
Om de uitkomsten van het onderzoek te kunnen plaatsen, behandelt dit hoofdstuk de afbakening van de Wet langdurige zorg (Wlz), de wijze waarop de aanvraagprocedure verloopt en enkele kerngegevens met betrekking tot de resultaten van het aanvraagproces (aantal aanvragen, aantal besluiten, et cetera).

2.1 Van AWBZ naar Wlz

Op 1 januari 2015 werd de Wlz van kracht. Deze wet is de opvolger van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en regelt zware, intensieve zorg voor mensen met een somatische, of psychogeriatrische of psychiatrische aandoening[7] of mensen die een lichamelijke, zintuigelijke en/of verstandelijke beperking hebben. De Wlz is, anders dan de AWBZ, echt alleen voor de mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid.

De Wlz richt zich daarmee op een beperktere doelgroep dan de AWBZ. Begeleiding, voorheen onderdeel van de AWBZ, maakt nu onderdeel uit van de Wmo 2015 (huishoudelijke hulp viel al onder de Wmo) en de Jeugdwet. Hetzelfde geldt, deels, voor de persoonlijke verzorging. Verpleging ging naar de Zvw, evenals het deel persoonlijke verzorging dat direct samenhangt met verpleging. De volgende figuur toont de transitie van de AWBZ naar de Wlz en maakt inzichtelijk dat alleen de zwaardere vormen van zorg-met-verblijf binnen de Wlz vallen.

Figuur 1 Transitie van de AWBZ: zorgprofielen die al dan niet in aanmerking komen voor de Wlz-verstrekking zorg met verblijf



Bron: Nouws, H, et al (2016). Monitor Wonen-Zorg Provincie Gelderland, Amersfoort: Ruimte voor Zorg bv.

[7] De eerste drie jaar van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis wordt vergoed vanuit de Zvw. Als deze opname in verband met verblijf en behandeling na drie jaar moet worden voortgezet, wordt dit (voortgezet) verblijf en behandeling vergoed vanuit de Wlz.

De Wlz kent andere toegangscriteria dan de AWBZ. Als toegangscriterium voor de Wlz is in de wet opgenomen dat een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid nodig is, ter voorkoming van 'ernstig nadeel' voor de aanvrager. Ernstig nadeel wordt omschreven als een situatie waarin een aanvrager:

- zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.[8]

Het CIZ stelt de aanwezigheid van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid vast op basis van de kenmerken van de zorgvrager. In tegenstelling tot de indicatiestelling in het kader van de AWBZ houdt het CIZ in het kader van de Wlz geen rekening met eventueel aanwezige mantelzorg.

2.2 Beknopte procesbeschrijving aanvragen Wlz-zorg

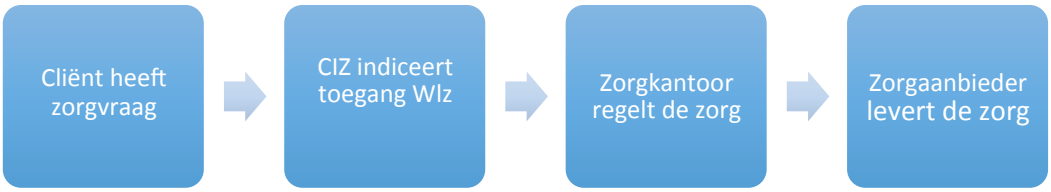
Voor toegang tot de Wlz moet iemand een aanvraag indienen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Deze aanvraag kan een zorgvrager (of bijvoorbeeld diens partner of familie) zelf doen met behulp van een aanvraagformulier. Op dit formulier moet de burger aangeven wat de aanleiding voor de zorgvraag is (ziekte, beperking) en welke problemen de zorgvrager hierdoor ervaart. Ook kan de burger op het formulier aangeven of er een voorkeur is voor zorg in een instelling of zorg thuis. Ook zorgaanbieders kunnen voor een cliënt een aanvraag indienen voor Wlz-zorg (zie ook hoofdstuk 6). Dit verloopt via het ICT-systeem Portero. Om dit systeem te kunnen gebruiken, kunnen zorgaanbieders een account aanvragen bij het CIZ.

Na het indienen van de aanvraag volgt de indicatiestelling. Dit is het onafhankelijk en objectief vaststellen van recht op zorg, op basis van de criteria zoals omschreven in de Wlz. Aan de hand van het afwegingskader Wlz kunnen medewerkers bepalen of een zorgvrager onder de Wlz valt of niet. Het CIZ is verantwoordelijk voor de indicatiestelling (zie verder hoofdstuk 4).

Als mensen eenmaal een indicatie voor Wlz-zorg hebben, overlegt en regelt het zorgkantoor met hen hoe de zorgbehoefte precies wordt ingevuld en door welke aanbieder(s) de zorg wordt geleverd (zie verder hoofdstuk 5). Cliënten kunnen ook rechtstreeks een zorgaanbieder benaderen en samen met de zorgaanbieder de benodigde zorg regelen.

[8] CIZ (2014). Ernstig nadeel, een uitwerking. Utrecht: CIZ.

Figuur 2 Schematische weergave van het formele proces van zorgvraag tot zorglevering



Bron: BMC

Leveringsvorm

Cliënten met een Wlz-indicatie kunnen ervoor kiezen om hun zorg in een instelling of thuis te ontvangen. Bij zorg thuis kan de zorgvrager kiezen tussen alle Wlz-zorg van een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder (Volledig Pakket Thuis), zelf geregelde/gecontracteerde Wlz-zorg via een pgb, of een mengvorm van bijvoorbeeld zelf geregelde Wlz-zorg en door het zorgkantoor gecontracteerde Wlz-zorg aan huis (Modulair Pakket Thuis). Thuis wonen kan alleen als de zorgvrager dit wil en als de situatie thuis geschikt is om verantwoord en doelmatig zorg te krijgen. Het zorgkantoor beoordeelt of dit het geval is, wanneer een zorgvrager een voorkeur heeft voor één van de leveringsvormen met zorg thuis. Het zorgkantoor voert in deze gevallen een zogenaamde doelmatigheidstoets uit.[9] Indien de zorg niet verantwoord of doelmatig thuis geleverd kan worden, zoekt het zorgkantoor samen met de cliënt naar een passende instelling waar hij zorg kan krijgen.

Onafhankelijke cliëntondersteuning

Zorgvragers en hun mantelzorgers kunnen gebruikmaken van onafhankelijke cliëntondersteuning bij het aanvragen van zorg. Op grond van de Wmo 2015 bieden gemeenten deze ondersteuning aan inwoners die langdurige zorg nodig hebben. De onafhankelijke door de gemeente gefinancierde cliëntondersteuner kan ook helpen bij het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg. Op grond van de Wlz bieden zorgkantoren cliëntondersteuning aan cliënten met een Wlz-indicatie. In dit geval is de ondersteuning gericht op het kiezen van de leveringsvorm en aanbieder en het bespreken van het zorgplan.

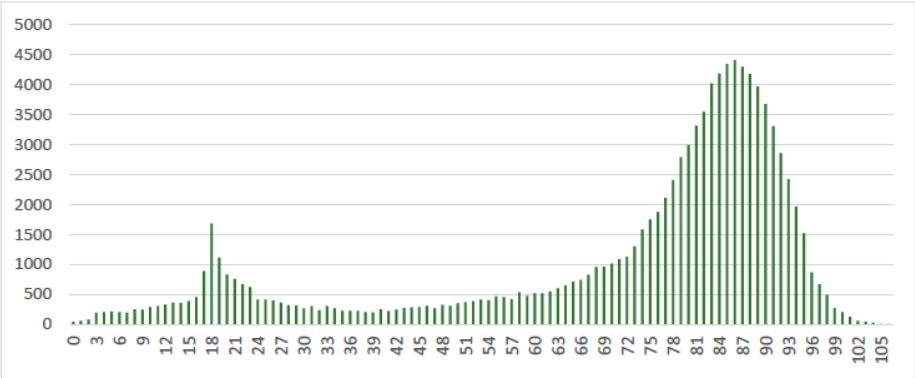
2.3 Kerncijfers toegang Wlz

Het CIZ monitort de toegang tot de Wlz in kwartaalrapportages die aan het ministerie van VWS worden aangeboden. Daarnaast heeft het CIZ in 2016 een evaluatie van één jaar Wlz aan het ministerie opgeleverd.

In 2015 heeft het CIZ 104.777 cliënt-geïnitieerde eerste aanvragen voor Wlz-zorg ontvangen.[10] Figuur 3 toont dat de meeste aanvragen worden ingediend door personen ouder dan 75 jaar en dat de grootste piek in het aantal Wlz-aanvragen in de leeftijdsjaren van 84 tot en met 88 jaar is. Ook is er een uitschieter in het aantal aanvragen voor cliënten die circa 18 jaar zijn, ofwel het moment dat jonge zorgvragers de overgang maken van het domein van de Jeugdwet naar de Wmo, de Zvw en/of de Wlz.

[9] De criteria voor de doelmatigheidstoets zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland en de zorgkantoren.
[10] CIZ (2016).1 jaar Wlz – een overzicht. Utrecht: CIZ

Figuur 3 Aantal Wlz-aanvragen per levensjaar van cliënten in 2015



Bron: 1 jaar Wlz – een overzicht (CIZ, 2016)

Er zijn regionale verschillen in het aantal aanvragen. In de regio zuidwest zijn in 2015 in vergelijking tot de overige drie CIZ-regio's verhoudingsgewijs minder aanvragen voor de Wlz binnengekomen.[11] [12]

Het CIZ heeft bij de invoering van de Wlz als opdracht gekregen bij alle eerste aanvragen persoonlijk contact met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger te hebben. Dit persoonlijk contact kan bestaan uit een huisbezoek, een spreekuur op één van de CIZ-locaties, of een telefoongesprek met de cliënt. Volgens het CIZ heeft de organisatie bij alle cliënt-geïnitieerde eerste aanvragen met vrijwel alle zorgvragers (of hun vertegenwoordigers) persoonlijk contact gehad (96,9% versus 95% bij vervolgaanvragen). Bij bijna twee derde van de cliënt-geïnitieerde eerste aanvragen (62,1%) is er sprake van face-to-face persoonlijk contact met de cliënt (huisbezoek of spreekuurcontact).[13]

Verwachte verschuivingen

Het Zorginstituut Nederland heeft in 2015 een inschatting laten maken van de verwachte verschuivingen die kunnen optreden door de invoering van de Wlz.[14] De berekening is gebaseerd op een beoordeling van de dossiers van circa 1.150 verzekerden met een ZZP- of extramurale AWBZ-indicatie beoordeeld met het Wlz-afwegingskader. De kwantitatieve inventarisatie leverde de volgende verschuivingen op:

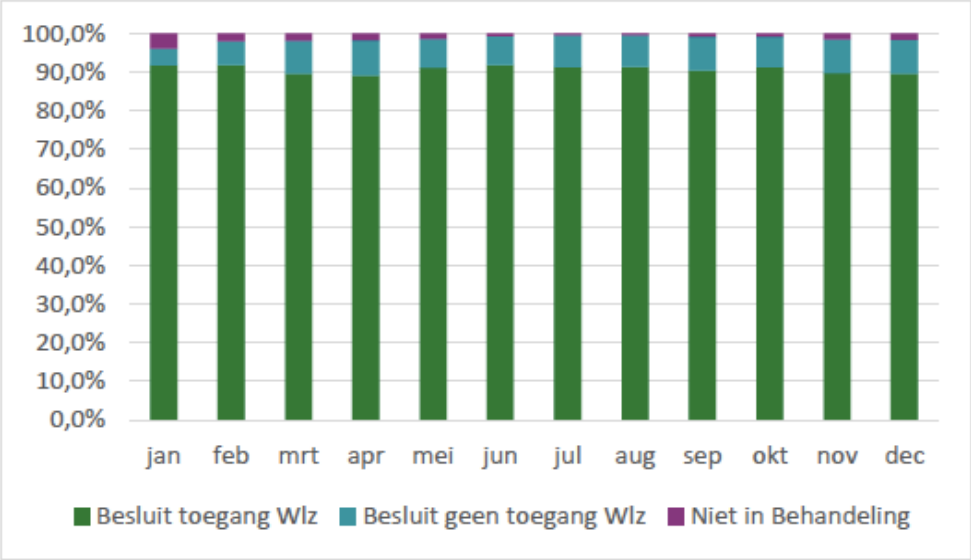
- Niet alle verzekerden met een zorgvraag die vergelijkbaar is met de hoge ZZP's voldoen aan de Wlz-criteria. Er is niet altijd sprake van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Als gevolg van de ontwikkelingsmogelijkheden zijn deze verzekerden aangewezen op de Wmo en/of Zvw. Behalve in de VG komt dit volgens het onderzoek in elke sector voor bij één of twee ZZP's.
- Van de verzekerden die extramurale zorg ontvangen, voldoet een deel wel aan de Wlz-criteria. Bij deze verzekerden zorgen mantelzorgers voor het noodzakelijke toezicht of de nabijheid van zorg, maar bij de beoordeling voor toelating tot de Wlz wordt de omgeving van de verzekerde niet meegewogen.

[11] CIZ (2016).1 jaar Wlz – een overzicht. Utrecht: CIZ
[12] Het aantal ELV-aanvragen voor cliënten uit deze regio ligt echter juist hoger dan in de rest van Nederland.
[13] CIZ (2016).1 jaar Wlz – een overzicht. Utrecht: CIZ
[14] Jansen, P.L. Pansier-Mast (2015), Effecten Wlz - Een kwalitatief en kwantitatief beeld van verschuivingen als gevolg van de Wlz-criteria, Enschede: HHM

Besluiten op Wlz-aanvragen

Van de aanvragers ontvangt 90,7% een positief Wlz-besluit en krijgt daarmee toegang tot de Wlz. Het aantal negatieve Wlz-besluiten is 8,1%. Over 1,3% van de aanvragen neemt het CIZ geen besluit, omdat deze niet in behandeling zijn genomen. Redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat de cliënt is overleden voordat de aanvraag in behandeling is genomen of dat de aanvraag niet voor het CIZ bestemd was. De verdeling naar uitkomst van de Wlz-besluiten is over de maanden heen gelijk.

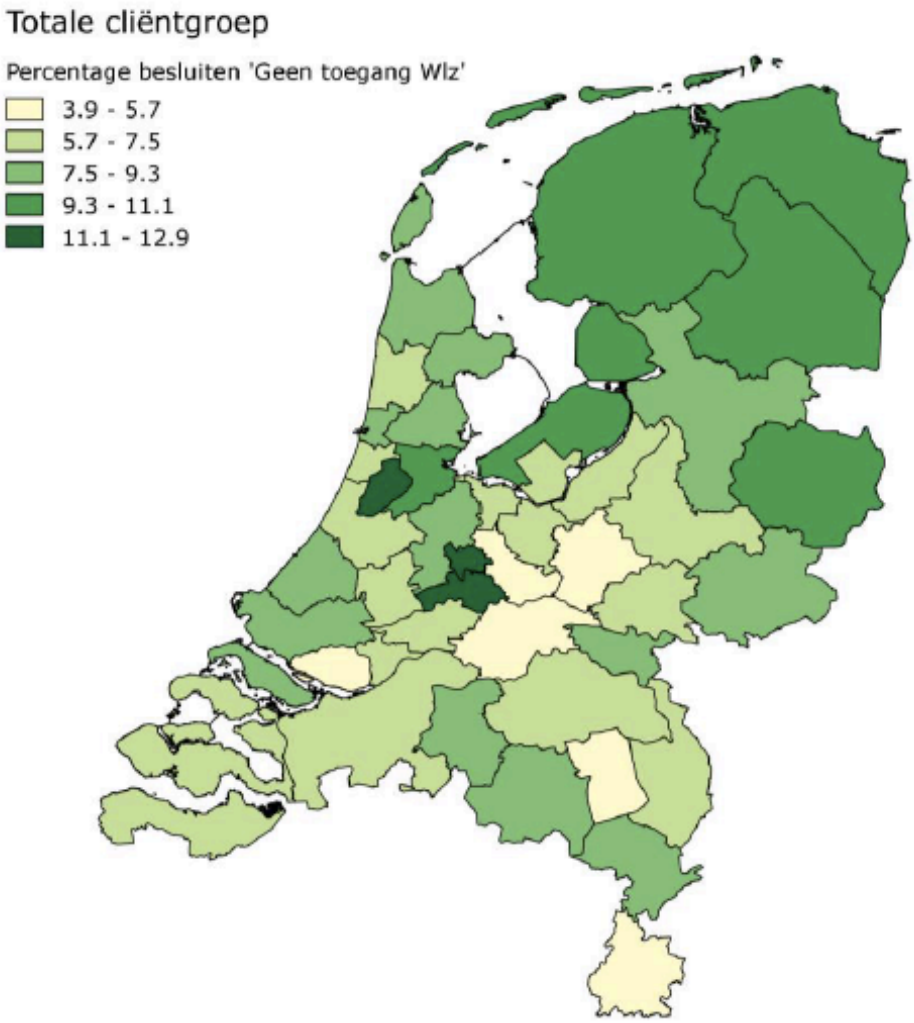
Figuur 4 Verloop soort uitkomst Wlz-besluit per maand voor de gehele cliëntgroep in 2015



Bron: 1 jaar Wlz – een overzicht (CIZ, 2016)

Op het niveau van de CIZ-regio's zijn er nauwelijks regionale verschillen in de besluiten op de Wlz-aanvragen. Op het niveau van de Wmo-regio's zijn er over 2015 wel verschillen te zien. Gemiddeld is het percentage negatieve Wlz-besluiten (geen toegang tot de Wlz) in 2015 op alle Wlz-besluiten per Wmo-regio 8,1%. Het laagste percentage negatieve Wlz-besluiten in een Wmo-regio is 3,8% en het hoogste percentage is 12,9%.

Figuur 5 Verdeling percentage besluiten geen toegang Wlz op het totaal aantal Wlz-besluiten per Wmo-regio in 2015

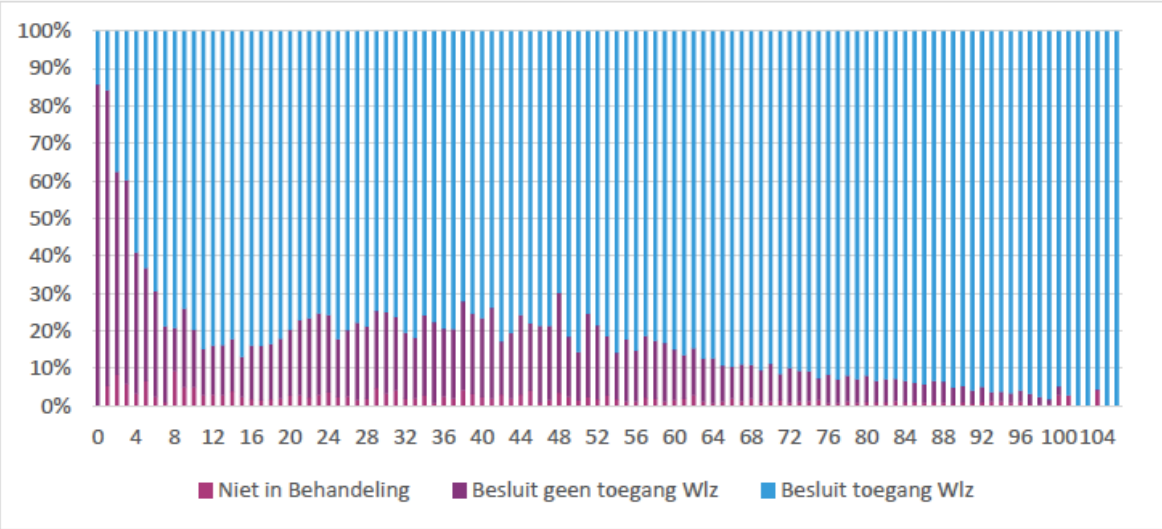


Bron: 1 jaar Wlz – een overzicht (CIZ, 2016)

Daarnaast is er een duidelijk verschil in de verdeling van positieve en negatieve Wlz-besluiten per leeftijdscategorie. Het aantal negatieve besluiten is vooral bij kinderen, met name jonge kinderen (0-5 jaar) hoog (zie ook later deze paragraaf).[15] Het percentage besluiten 'geen toegang Wlz' neemt voor cliënten vanaf het 50e levensjaar over het algemeen af naarmate de leeftijd toeneemt.

[15] CIZ (2016). 1 jaar Wlz – een overzicht. Utrecht: CIZ

Figuur 6 Verdeling soort uitkomst Wlz-besluit in % per levensjaar van cliënten in 2015



Bron: 1 jaar Wlz – een overzicht (CIZ, 2016)

In de politiek en in de media is in 2016 aandacht geweest voor de effecten van de Wlz op de volgende groepen zorgvragers:

- *Hoog percentage negatieve besluiten bij kinderen.* Vooral kinderen tot en met 5 jaar krijgen geen toegang tot de Wlz. Achterliggende reden is dat er bij kinderen sprake kan zijn van een ontwikkelingspotentieel dat pas op latere leeftijd tot uitdrukking komt. Het CIZ hanteert in de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016 dan ook als uitgangspunt dat in de praktijk het aangrijpingspunt van zorg vaak rond de vijfde verjaardag verschuift van medische zorg naar gehandicaptenzorg. Aanvragen, zowel nieuwe als herindicaties, van kinderen tot en met 5 jaar wijst het CIZ om die reden vaak af.[16]
- *Ouderen met dementie krijgen een (te) lage indicatie* Deze ouderen krijgen zorgprofiel VV05, terwijl ze volgens branche-organisatie ActiZ VV07 nodig hebben. De toekenning van het profiel VV07 is na de komst van de Wlz gedaald. In 2014 kregen nog 8.242 ouderen VV07, in 2015 nog maar 4.245. Om deze groep tegemoet te komen, is een tijdelijke ophoging van het profiel (in combinatie met VV7) in bepaalde gevallen mogelijk.
- *Geen indicatie voor mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deze groep krijgt geen indicatie voor de Wlz.[17] Vanwege het lichte karakter van de beperking valt de groep onder de Jeugdwet/Wmo. Gezien het blijvende karakter van de beperking en de blijvende behoefte aan ondersteuning is er discussie over de afbakening van de doelgroep (welke mate van verstandelijke beperking dient onder de Jeugdwet/Wmo te vallen en welke onder de Wlz).
- *Geen indicatie voor lichamelijk gehandicapten die cognitief goed functioneren*. Omdat deze mensen zelf zorg kunnen inroepen en daar even op kunnen wachten, vallen zij niet onder de Wlz. Zij voldoen niet aan het criterium van 24-uurs nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel. Als gevolg hiervan zijn zij aangewezen op de Zvw en/of de Wmo. Dit betekent dat zij elk jaar opnieuw de zorg moeten aanvragen.

[16] Kamerstuk II 2016/6, 968390-150386-LZ (Kamerbrief).
[17] Mensen met een licht verstandelijke beperking die vanwege hun gedragsproblematiek behandeling met verblijf nodig hebben, kunnen een tijdelijke Wlz-indicatie krijgen.

Er is ook een groep cliënten die tot de Wlz is toegelaten, maar er weer uit wil.[18] Zij ontdekken nadat zij het Wlz-besluit hebben ontvangen, dat zij in de Wlz slechter af zijn dan wanneer zij zorg zouden krijgen vanuit de Zvw en/of Wmo. Ook moeten zij in de Wlz een eigen bijdrage betalen die hoger is dan in de Wmo. In de Zvw hoeft geen eigen bijdrage te worden betaald, wel een eigen risico, maar dit geldt niet voor wijkverpleging. Daarbij maakt het in de Wlz niet uit of cliënten alle geïndiceerde zorg afnemen, omdat het indicatiebesluit als grondslag geldt voor de eigen bijdrage.[19]

2.4 Conclusies

De Wlz geeft toegang tot intensieve, langdurige zorg voor een beperktere doelgroep dan in de AWBZ, namelijk alleen voor degenen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Het CIZ beoordeelt of zorgvragers aan de criteria van de Wlz voldoen. In 2015 heeft het CIZ 104.777 eerste aanvragen voor Wlz-zorg ontvangen. Circa 90% van de zorgvragers heeft een positief Wlz-besluit ontvangen en kreeg daarmee toegang tot de Wlz. In 2015 is het percentage negatieve Wlz-besluiten 8% en bij 1,3% van de aanvragen is geen besluit genomen.

[18] Kiers, B. (2016). Ongewild gevangen in de Wlz. Zorgvisie 9 mei 2016
[19] Bij een lage zorgvraag is de eigen bijdrage MPT gemaximeerd (en dus wel afhankelijk van de afgenomen zorg).

Hoofdstuk 3
Ervaringen aanvragers van een Wlz-indicatie

Dit hoofdstuk beschrijft de ervaringen van aanvragers van een Wlz-indicatie die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Het kan dan gaan om zorgvragers of, indien zij zelf niet in staat waren om de vragenlijst in te vullen, om de inschatting van de partner, familie of vriend die bij de aanvraag was betrokken (zie hoofdstuk 1). Het betreft 652 aanvragers die tussen 1 april 2016 en 25 juli 2016 een eerste aanvraag voor een indicatie hebben gedaan bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of er een hebben lopen. Vier op de vijf vragenlijsten zijn daarbij (mede) ingevuld door een partner, familielid of vriend (zie voor meer informatie tabel 19 en 20 in bijlage 1). Het hoofdstuk maakt helder welke stappen aanvragers (moeten) ondernemen en hoe zij de procesgang beoordelen.

Omdat niet duidelijk is of de zorgvragers in dit onderzoek een goede afspiegeling van de gehele populatie van aanvragers van een Wlz-indicatie zijn (zie paragraaf 1.3), spreken wij in dit hoofdstuk over “de respondenten”. Dit zijn de zorgvragers in dit onderzoek of degenen die hebben geholpen bij het invullen van de vragenlijst. In principe verwijst “respondent” naar de zorgvrager, ook wanneer de antwoorden zijn verstrekt door iemand die heeft geholpen. Als er bijvoorbeeld wordt gesproken over “respondenten van 65 jaar en ouder” dan gaat het zowel om de antwoorden van de zorgvragers zelf als om de inschatting van degenen die hebben geholpen bij het invullen voor iemand die ouder is dan 65 jaar. Er zijn enkele vragen die alleen bedoeld waren voor de zorgvrager zelf of juist voor degene die heeft geholpen met invullen. Hierbij is expliciet in de tekst vermeld om welke groep het gaat.

Niet alle vragen zijn voor iedereen van toepassing, waardoor het aantal respondenten dat vragen beantwoordde soms kleiner is dan 652. Waar dit het geval is, is dit expliciet met een voetnoot aangegeven.[20] Ook is in de titel van tabellen en figuren de “n” weergegeven, zodat duidelijk is hoeveel respondenten antwoord hebben gegeven op de vraag. Als de respondenten meerdere antwoorden hebben kunnen geven, is dit ook in de titel van de tabel of figuur opgenomen. De “n” verwijst dan nog steeds naar het aantal respondenten en niet naar het aantal gegeven antwoorden. Om inhoudelijke redenen is bij sommige tabellen en figuren ervoor gekozen om antwoordcategorieën zoals “weet niet” of “niet van toepassing” buiten beschouwing te laten. Ook dit is met voetnoten aangegeven.

Er zijn verschillende uitsplitsingen gemaakt naar leeftijd (jonger dan 65 en ouder dan 65 jaar), besluit (toekenning of afwijzing), de voorkeur voor zorg thuis of in een instelling en het type beperking. Alleen daar waar significante en relevante resultaten zijn gevonden, zijn deze uitsplitsingen opgenomen in de tekst.

3.1 Achtergrondkenmerken aanvragers Wlz-indicatie

Algemene kenmerken onderzochte zorgvragers

Van de zorgvragers die hebben deelgenomen aan het onderzoek (de respondenten) is 60% vrouw en 40% man (zie tabel 3, hoofdstuk 1). De meerderheid, namelijk 70%, is 65 jaar of

[20] Er kan ook sprake zijn van item non-respons. Dit betekent dat een vraag niet of foutief is beantwoord. Dit laatste betekent dat bijvoorbeeld twee in plaats van één antwoordcategorieën zijn ingevuld.

ouder.[21] De meeste respondenten woonden op het moment van de aanvraag alleen (43%) of met hun partner (37%; zie tabel 7). Voor respondenten die jonger zijn dan 65 jaar, geldt dat de verdeling tussen mannen en vrouwen ongeveer gelijk is (51% - 49%). 55% van hen woont bij zijn of haar ouders.

Tabel 7 Woonsituatie zorgvragers in dit onderzoek

	Aantal	***Percentage***
Alleen	279	43%
Met partner/echtgeno(o)t(e)	239	37%
Met kind(eren)	28	4%
Met ouder(s)	107	16%
Met andere familie	18	3%
Met anderen, geen familie	17	3%

Meerdere antwoorden mogelijk

Beperkingen

De meest voorkomende beperkingen onder de zorgvragers in dit onderzoek zijn lichamelijke beperkingen (62%) en geheugen- of oriëntatieproblemen (52%) (zie figuur 7).[22] 42% van de zorgvragers heeft één beperking en 58% heeft meerdere beperkingen. Bij degenen met maar één beperking gaat het voornamelijk om een lichamelijke beperking (18% van het totaal). Daarnaast heeft 12% alleen geheugen- of oriëntatieproblemen en 7% alleen een verstandelijke beperking.

Bepaalde combinaties van beperkingen komen onder de zorgvragers in dit onderzoek vaker voor dan andere. De combinatie van lichamelijke beperkingen en geheugen- en oriëntatieproblemen vormt 14% van de totale groep zorgvragers door wie of over wie de vragenlijst is ingevuld. Zorgvragers met zowel lichamelijke als psychische problemen en geheugen- of oriëntatieproblemen vormen samen 5% van het totaal.

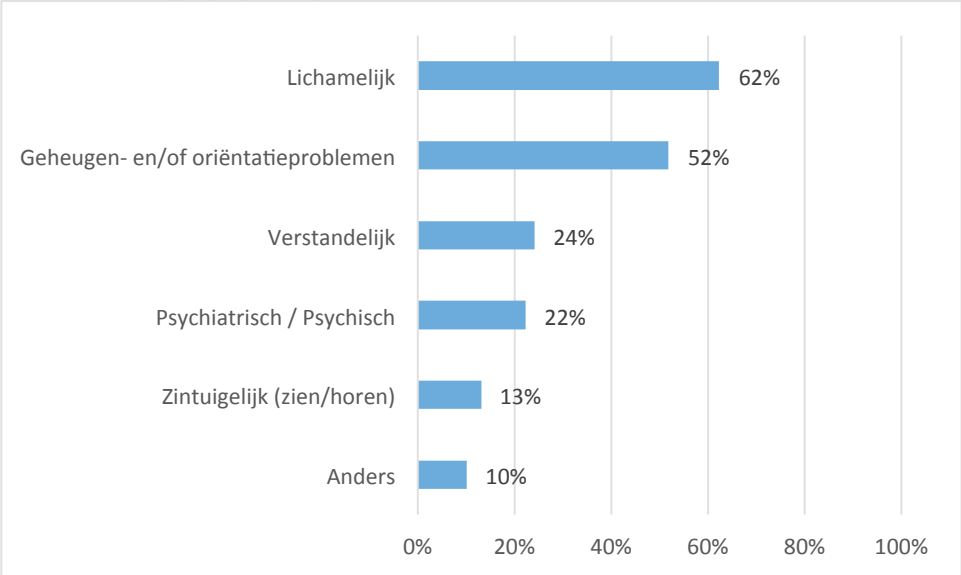
Respondenten ouder dan 65 jaar hebben vaker te maken met lichamelijke beperkingen en geheugen- en of oriëntatieproblemen dan respondenten die jonger zijn dan 65 jaar (zie tabel 21 in bijlage 1). De respondenten jonger dan 65 jaar hebben vaker psychiatrische/psychische problemen en een verstandelijke beperking.

Respondenten met een lichamelijke beperking en geheugen- of oriëntatieproblemen willen vaker de zorg in een instelling ontvangen. Voor degenen met een verstandelijke beperking geldt juist dat zij vaker de zorg thuis willen krijgen (zie tabel 22 in bijlage 1).

[21] In de vragenlijst zijn de zorgvragers gevraagd naar hun leeftijd. Zij konden deze weergeven in drie antwoordcategorieën: 0-18 jaar, 19-64 jaar en 65 jaar en ouder.

[22] In het onderzoek zijn alleen zorgvragers betrokken die een eerste aanvraag voor Wlz-zorg hebben ingediend. De kenmerken van deze groep, waaronder hun beperkingen, kunnen daardoor afwijken van de totale populatie van zorgvragers die een indicatie hebben voor Wlz-zorg (en waarvan de kenmerken zijn beschreven in hoofdstuk 2).

Figuur 7 Wat voor een aandoening, beperking of handicap heeft u? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=649)

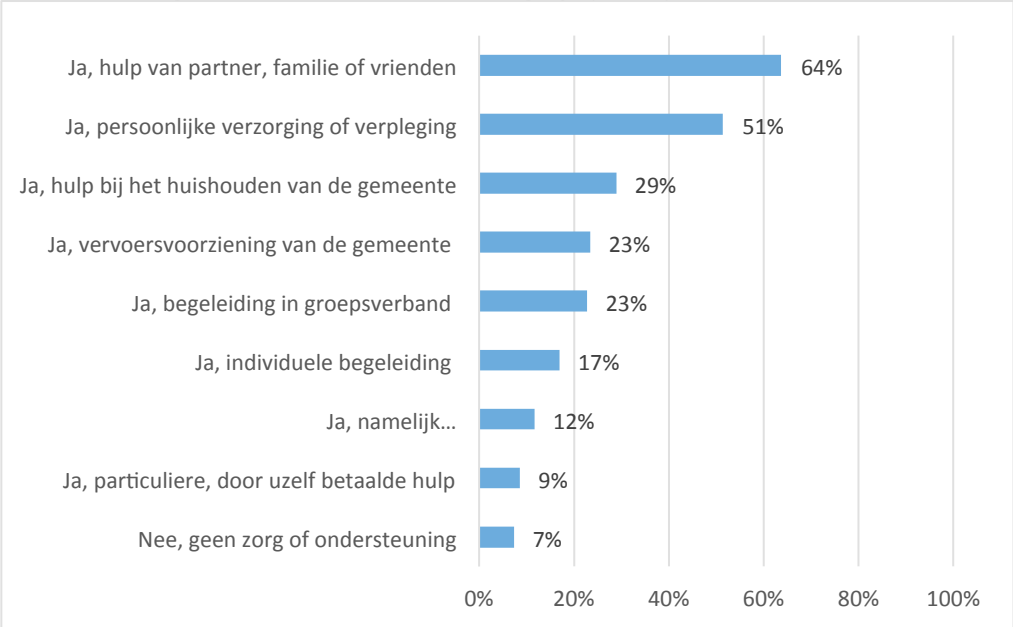


Aanwezige ondersteuning op het moment van de Wlz-aanvraag

Voor de aanvraag van een Wlz-indicatie ontving 64% van de zorgvragers in dit onderzoek hulp van hun partner, familie of vrienden (figuur 8). Ongeveer de helft (51%) ontving (eveneens) ondersteuning in de vorm van persoonlijke verzorging of verpleging. Bij het antwoord ‘ja, namelijk…’ (12% van de respondenten) vormen vier antwoorden de rode draad in de antwoorden: de naam van een specifieke organisatie, een vorm van hulp die onder de gemeente valt (veelal Wmo), het revalidatiecentrum en mantelzorg.

Respondenten jonger dan 65 jaar ontvangen vaker begeleiding dan respondenten die ouder zijn dan 65 jaar. Daarentegen ontvangen zij minder vaak hulp bij het huishouden, particuliere hulp, persoonlijke verzorging en hulp van hun partners/familie/vrienden (zie tabel 23 in bijlage 1). Voor een deel is dit verschil te verklaren doordat de verdeling van beperkingen naar leeftijd verschilt. Zorgvragers jonger dan 65 jaar ontvangen vaker begeleiding, niet omdat ze jonger zijn maar omdat ze vaker een verstandelijke beperking hebben dan zorgvragers ouder dan 65 jaar.

Figuur 8 Ontving u zorg en ondersteuning op het moment van de aanvraag voor langdurige zorg?[23] – Meerdere antwoorden mogelijk (n=650)



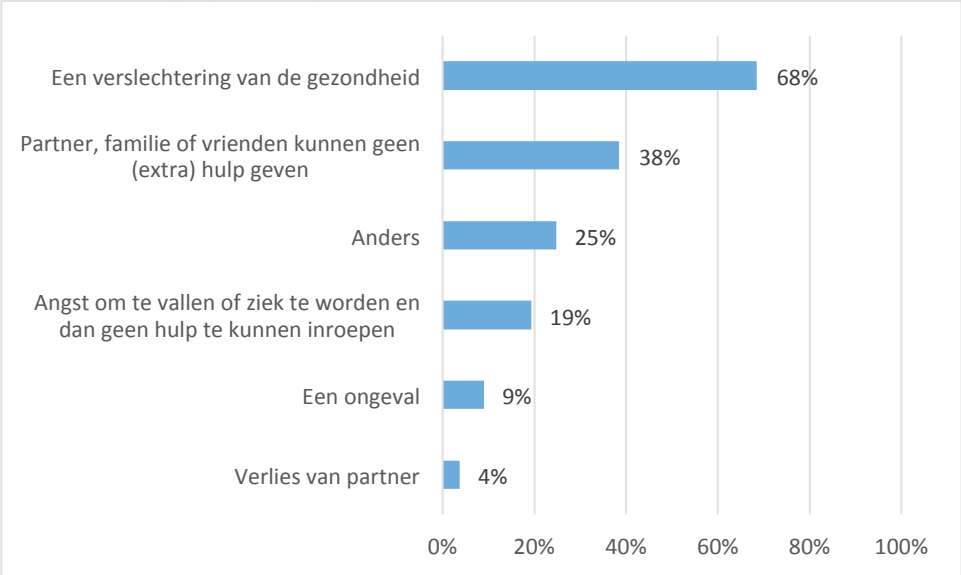
3.2 Redenen voor het aanvragen van een Wlz-indicatie

Verslechtering van de gezondheid is verreweg de belangrijkste reden voor de zorgvragers in dit onderzoek om Wlz-zorg aan te vragen, 68% heeft deze reden aangekruist. Toch spelen ook andere redenen een rol, zoals de angst om te vallen (19%) of een ontoereikende hulp van het sociaal netwerk. Dat het netwerk een belangrijke rol speelt bij het zelfstandig kunnen wonen blijkt ook uit de literatuurstudie 'Wel thuis?', één van de deelrapporten van de HLZ-evaluatie.[24]

Respondenten van 65 jaar en ouder noemen vaker een verslechtering van de gezondheid, een ongeval en angst om te vallen als reden om een aanvraag te doen voor een Wlz-indicatie, in vergelijking tot respondenten jonger dan 65 jaar (zie tabel 24 in bijlage 1). Respondenten jonger dan 65 jaar hebben het meest vaak 'anders' aangekruist als reden, waarbij de reden dan niet verder gespecificeerd was (51%). Ook bij deze vragen gaat het om de zorgvrager zelf en/of het oordeel van degene die heeft geholpen bij het invullen van de vragenlijst.

[23] Het antwoord 'Ja, via RIBW of maatschappelijke opvang' is niet aangekruist en om deze reden niet weergegeven in de figuur.
[24] Draak, Maaike den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: SCP.

Figuur 9 Wat waren redenen om langdurige zorg aan te vragen? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=647)

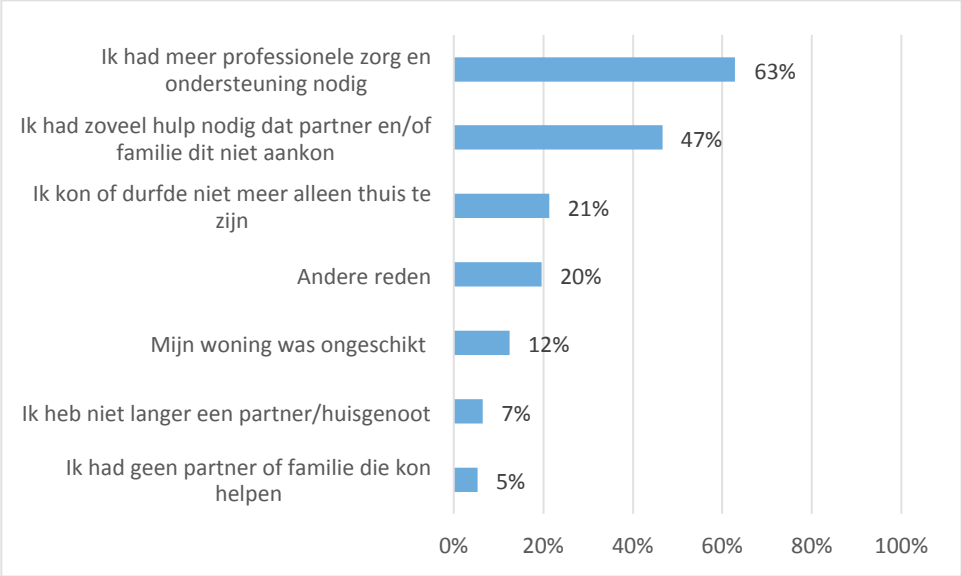


Redenen toegenomen zorgvraag

Voor 63% van de zorgvragers in dit onderzoek geldt dat een reden voor de aanvraag was dat zij meer professionele zorg en ondersteuning nodig hadden; 47% had zoveel hulp nodig dat de partner en/of familie het niet aankon en 21% durfde niet meer alleen thuis te zijn en had daarom meer zorg nodig.

Respondenten ouder dan 65 jaar hebben (ten opzichte van respondenten jonger dan 65 jaar) vaker aangekruist dat zij niet langer een partner/huisgenoot hebben, dat zij zoveel hulp nodig hadden dat de partner/familie dit niet aankon en dat hun woning ongeschikt was. Voor respondenten jonger dan 65 jaar speelt een ‘andere reden’ vaker een rol (zie tabel 25 in bijlage 1).

Figuur 10 Waarom had u meer zorg nodig? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=644)

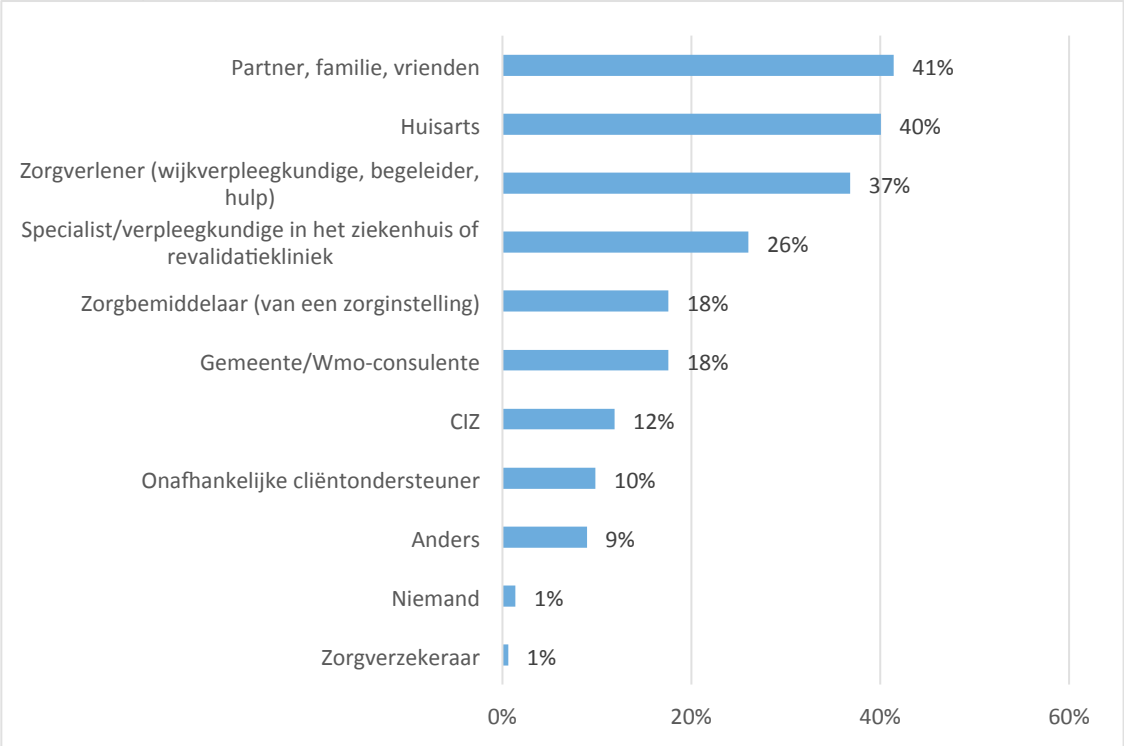


Advies aanvragen Wlz-indicatie

Aanvragers kunnen door veel verschillende partijen worden geadviseerd om een Wlz-indicatie aan te vragen. Een groot deel van de respondenten komt binnen via een specialist in het ziekenhuis, een zorgverlener of een huisarts. De partner, familie of vriend van de aanvrager wordt ook vaak genoemd als adviseur. Ook gemeenten en de klantadviseur van een zorginstelling adviseren om een Wlz-indicatie aan te vragen.

Wat opvalt, is dat respondenten jonger dan 65 jaar vaker dan respondenten ouder dan 65 jaar het advies hebben gekregen van de gemeente of een onafhankelijk cliëntondersteuner, terwijl 65-plussers vaker advies hebben gekregen van huisartsen, andere zorgverleners, het ziekenhuis of de revalidatiekliniek, of partner, familie en vrienden (zie tabel 26 in bijlage 1). Mogelijk hangt dit samen met het feit dat mensen ouder dan 65 jaar vaker al zorg en ondersteuning ontvangen (zie ook tabel 23) en dat de zorgverleners hen wijzen op de mogelijkheden van de Wlz.

Figuur 11 Wie adviseerde u langdurige zorg aan te vragen? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=649)

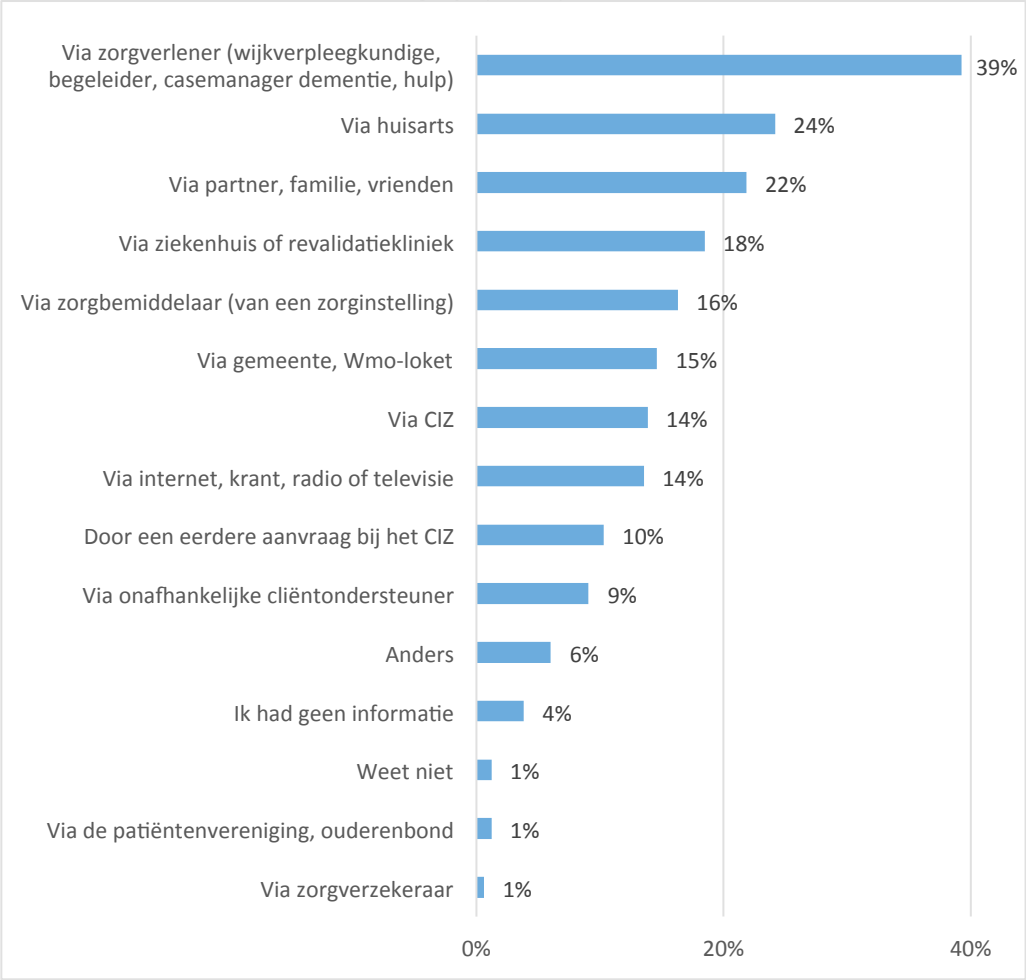


3.3 Bekendheid met het aanvragen van een Wlz-indicatie

Als de aanvragers een advies hebben gekregen om een aanvraag voor een Wlz-indicatie te doen, is het vervolgens de vraag hoe zij erachter komen wat de procedure is. Een goede informatievoorziening is hierin van cruciaal belang.

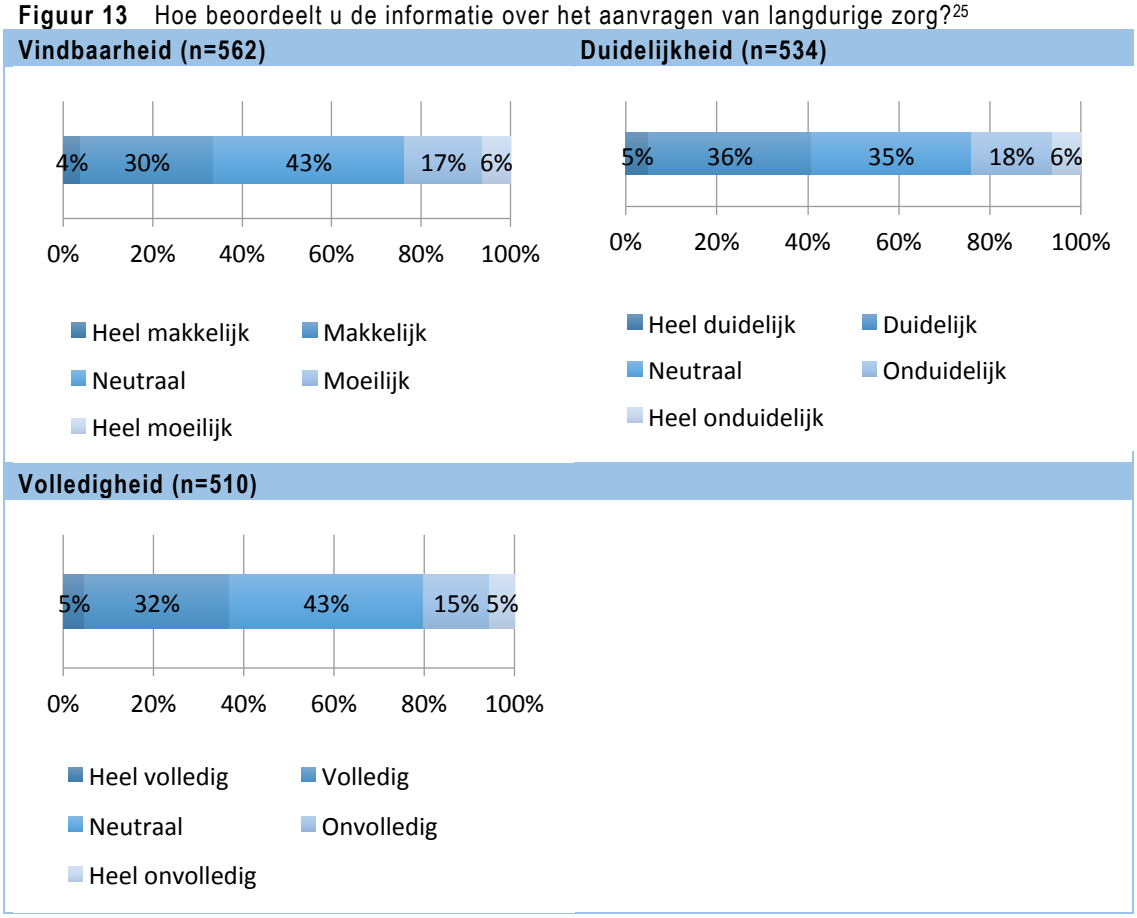
De zorgvragers in dit onderzoek ontvangen met name informatie van zorgverleners (39%), huisartsen (24%) en hun partner, familie en vrienden (22%), zie ook figuur 12. Respondenten jonger dan 65 jaar vinden vaker informatie via de gemeente, een onafhankelijk cliëntondersteuner, de patiëntenvereniging en het internet (zie tabel 27 in bijlage 1).

Figuur 12 Hoe bent u aan informatie over het aanvragen van langdurige zorg gekomen? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=650)



De informatie over Wlz-zorg is voor ongeveer een derde van de zorgvragers in dit onderzoek volledig, duidelijk en vindbaar. Wat opvalt, is dat een relatief groot deel ‘neutraal’ als antwoord kiest. Tussen de 20% en 24% vindt de informatie moeilijk te vinden, onduidelijk en/of onvolledig. Dit zijn vaker respondenten die de zorg thuis willen ontvangen.

Figuur 13 Hoe beoordeelt u de informatie over het aanvragen van langdurige zorg?[25]



Als de informatie niet duidelijk of onvolledig is, kan het zijn dat de aanvragers informatie missen. De zorgvragers in dit onderzoek die de informatie niet duidelijk of volledig vonden, misten vooral informatie over de criteria om in aanmerking te komen (54%), informatie over de hoogte van de eigen bijdrage (46%) en informatie over hoe de zorg aangevraagd moet worden (26%).
Ook uit onderzoek onder de medewerkers van het CIZ en de zorgkantoren blijkt dat het voor veel aanvragers onduidelijk is wat de financiële consequenties zijn van het aanvragen van een Wlz-indicatie.

Als de uitkomsten worden uitgesplitst naar leeftijd en voorkeurslocatie, is er een aantal zaken dat opvalt (zie ook tabel 29 en 30 in bijlage 1). Respondenten ouder dan 65 jaar missen vaker informatie over de hoogte van de eigen bijdrage in vergelijking met respondenten jonger dan 65 jaar.
De aanvragers in dit onderzoek die de zorg thuis willen ontvangen, missen vaker informatie over de criteria om thuis zorg te ontvangen en de mogelijkheden om thuis zorg te ontvangen, in vergelijking tot degenen die de zorg in een instelling willen krijgen.

[25] Degenen zonder informatie hebben deze vragen niet beantwoord en zijn ook niet meegenomen in de analyse.

Figuur 14 Als u de informatie niet duidelijk/volledig vond, welke informatie miste u dan? Als u geen informatie had, welke informatie had u dan willen hebben?[26] – Meerdere antwoorden mogelijk (n=367)[27]



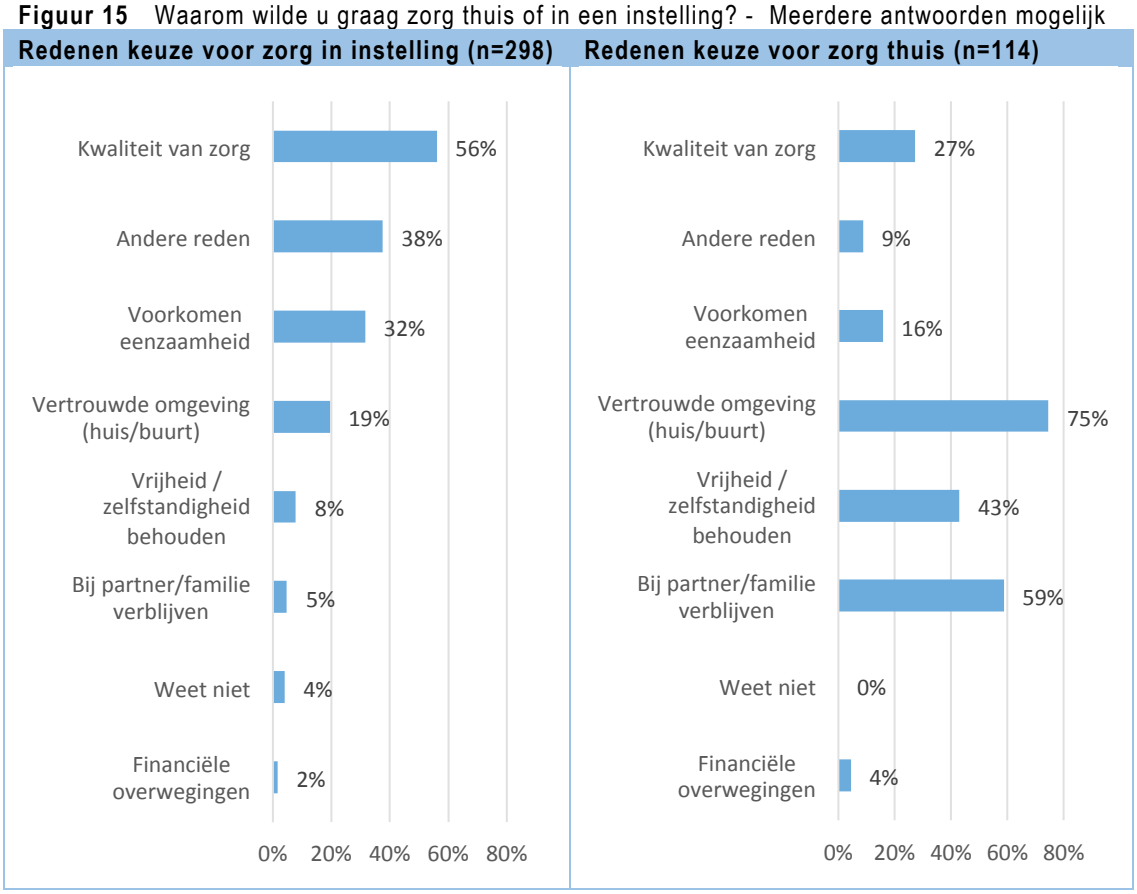
In een andere vraag is expliciet gevraagd of zorgvragers op het moment van de aanvraag bij het CIZ wisten aan welke voorwaarden voldaan moet worden om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg. Ook hieruit blijkt dat het voor een groot deel van de respondenten (48%, n=594) niet duidelijk was aan welke voorwaarden zij moesten voldoen om in aanmerking te komen (zie tabel 31 in bijlage 1).
Dit beeld wordt bevestigd door de respondenten van het CIZ; volgens hen is de informatie, bijvoorbeeld over de criteria voor een Wlz-indicatie, voor sommige doelgroepen te ingewikkeld (zie paragraaf 4.3).

Keuzevrijheid
De meerderheid van de zorgvragers in dit onderzoek (62%) wist tijdens het aanvraagproces van de Wlz-indicatie dat zij de zorg in een zorginstelling wilden krijgen, een kwart (24%) wilde de zorg thuis ontvangen en 10% wilde de zorg deels thuis en deels in een instelling ontvangen. Slechts 4% wist tijdens de aanvraag niet waar zij de zorg wilden krijgen (zie tabel 32 in bijlage 1). Respondenten van 65 jaar en ouder wilden de zorg vaker in een zorginstelling ontvangen, voor respondenten jonger dan 65 jaar geldt dat zij de zorg vaker (deels) thuis wilden ontvangen (zie tabel 33 in bijlage 1).

Aan de respondenten die een voorkeurslocatie hadden, is gevraagd welke redenen meespelen bij hun keuze voor zorg thuis of in een zorginstelling. Voor respondenten die de zorg in een instelling willen ontvangen, zijn de kwaliteit van zorg, ‘andere reden’ en het voorkomen van eenzaamheid de redenen voor hun keuze. De respondenten die de zorg thuis willen ontvangen, kiezen daarvoor vanwege de vertrouwde omgeving, dat ze bij hun partner of familie kunnen verblijven en dat ze een zekere mate van vrijheid en zelfstandigheid behouden.

[26] In de analyse zijn de antwoorden ‘weet niet’ en ‘niet van toepassing’ weggelaten. Dit waren 168 respondenten.
[27] Aanvragers die de informatie duidelijk en volledig vonden, hebben deze vraag niet beantwoord.

Figuur 15 Waarom wilde u graag zorg thuis of in een instelling? - Meerdere antwoorden mogelijk



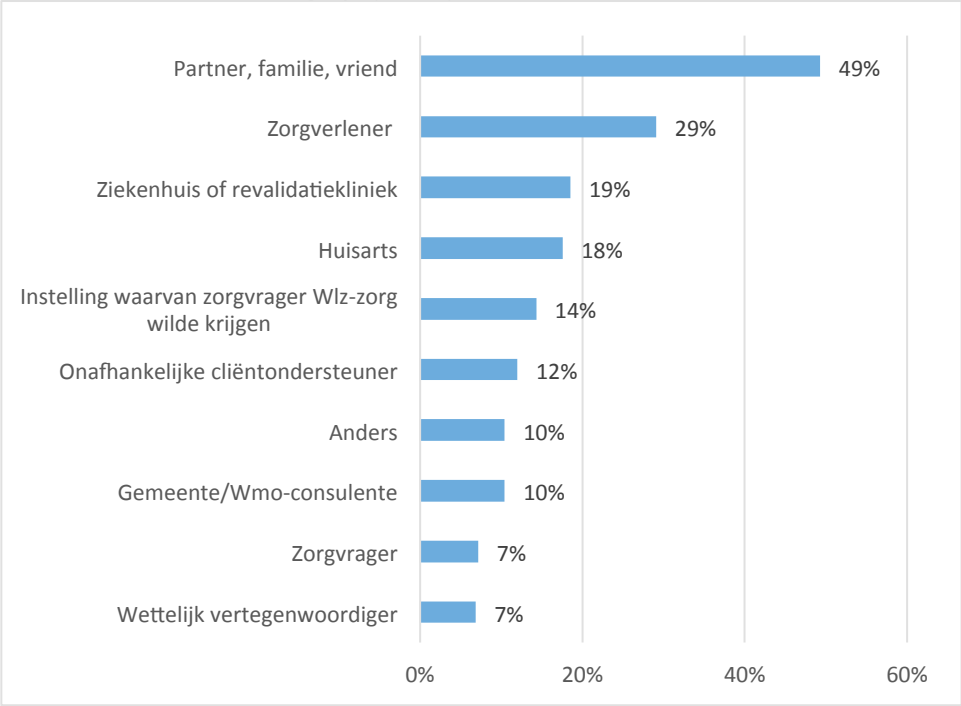
Zorgvragers kunnen niet alleen kiezen of zij thuis of in een instelling zorg willen krijgen, maar ook van welke instelling zij zorg zouden willen ontvangen. Ongeveer driekwart van de respondenten (74%) wist tijdens de aanvraag bij het CIZ van welke instelling zij zorg wilden krijgen. De overige 26% had nog geen keuze voor een specifieke instelling gemaakt (zie tabel 34 in bijlage 1).

3.4 Het indienen van een aanvraag voor een Wlz-indicatie

Het sociaal netwerk van de respondent en zorgverleners spelen de grootste rol als het gaat om hulp bij de aanvraag. Bij zorgverleners kan het gaan om verschillende personen; bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige, hulp bij het huishouden of begeleider. De zorgvrager zelf is in mindere mate bij de aanvraag betrokken. Dit komt overeen met de eerdere uitkomsten bij de vraag wie er geadviseerd heeft een aanvraag te doen (zie figuur 11). Ook daar is de rol van het sociaal netwerk en de zorgverleners groot.

Respondenten jonger dan 65 jaar worden in vergelijking met respondenten die ouder zijn dan 65 jaar vaker geholpen door een wettelijk vertegenwoordiger, de gemeente of een onafhankelijke cliëntondersteuner (zie tabel 35 in bijlage 1). De respondenten die de zorg in een instelling willen ontvangen, worden vaker geholpen door het ziekenhuis of de revalidatiekliniek, terwijl de respondenten die de zorg thuis willen ontvangen vaker geholpen worden door een wettelijk vertegenwoordiger of de gemeente (zie tabel 36 in bijlage 1).

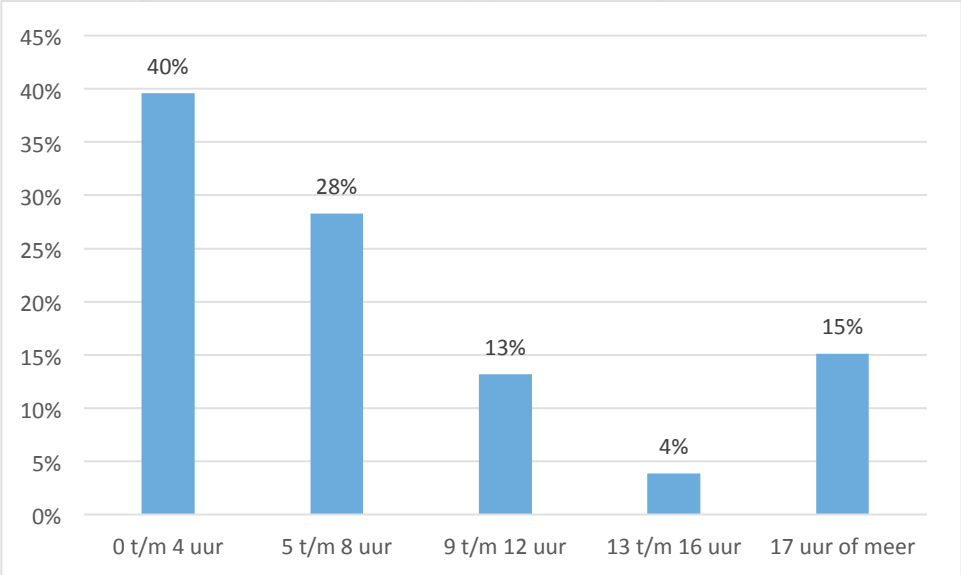
Figuur 16 Wie heeft/hebben geholpen bij de aanvraag voor langdurige zorg? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=643)



Voor de meerderheid (68%) van de respondenten kostte de aanvraag 8 uur of minder; 15% geeft aan dat de aanvraag meer dan 17 uur in beslag nam.[28]
Zorgvragers jonger dan 65 jaar lijken meer tijd kwijt te zijn met een aanvraag dan 65-plussers (zie tabel 37 in bijlage 1). Hierbij is zowel uitgegaan van de tijd die de zorgvrager er zelf aan heeft besteed als de tijd die de partner/familie/vriend die heeft geholpen bij de aanvraag, eraan heeft besteed. Mogelijke redenen hiervoor zijn de complexiteit van de aandoening en beperking, de betrokkenheid van eventueel aanwezige zorgverleners.

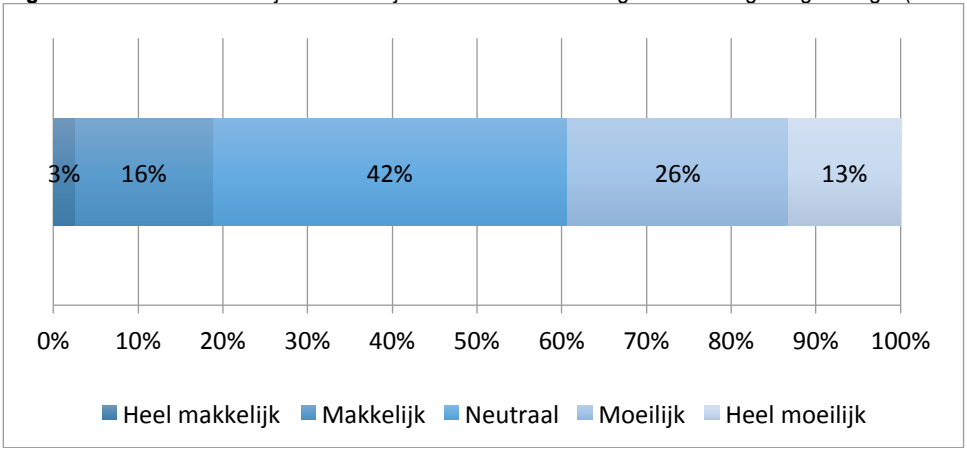
[28] De antwoordcategorie 'weet niet' is buiten beschouwing gelaten (n=156).

Figuur 17 Hoeveel tijd heeft het aanvragen van langdurige zorg u en de partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag gekost? (n=470)



Een deel van de respondenten vond het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg (heel) makkelijk (19%). Een groter deel, 42%, antwoordt 'neutraal' en 39% vond de aanvraag (heel) moeilijk.

Figuur 18 Hoe makkelijk of moeilijk vond u het aanvragen van langdurige zorg? (n=627)



Cliëntondersteuning

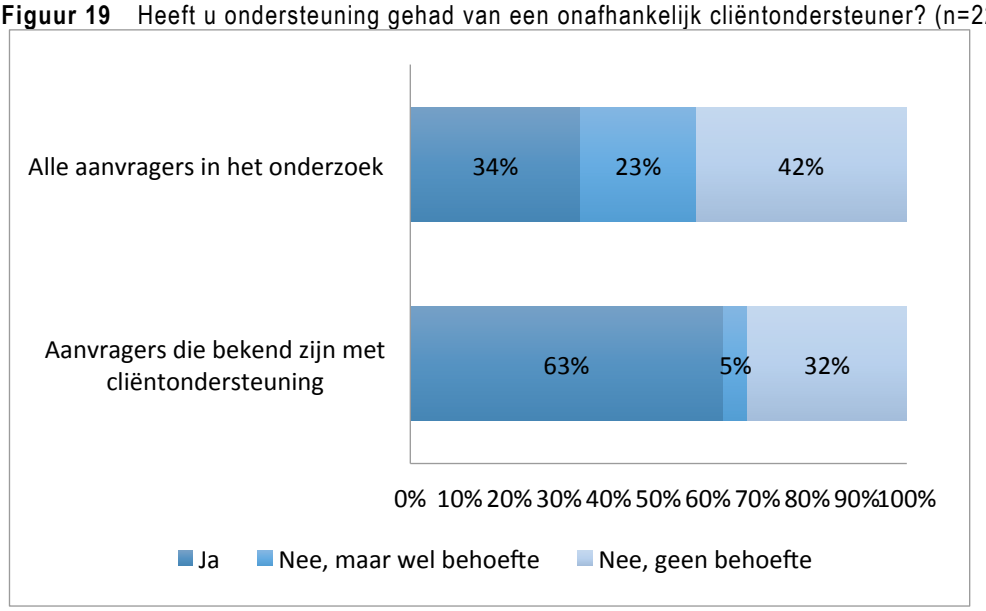
Een onafhankelijk cliëntondersteuner is er voor de zorgvrager om te helpen bij het vinden van passende zorg en ondersteuning door informatie, advies en bemiddeling. Bijna twee derde van de respondenten (63%) is hiermee niet bekend, 37% wel (n=624).
Onder respondenten die jonger zijn dan 65 jaar, is cliëntondersteuning vaker bekend dan onder respondenten van 65 jaar en ouder. Ook respondenten die de zorg thuis willen ontvangen, zijn vaker bekend met cliëntondersteuning in vergelijking met degenen die zorg in een instelling willen (zie tabel 38 in bijlage 1).

Het onderzoek onder het CIZ en de zorgkantoren levert eenzelfde beeld op. Van de respondenten van het CIZ geeft 57% aan dat aanvragers zelden of nooit op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot onafhankelijke cliëntondersteuning. Van de respondenten van zorgkantoren vindt 89% dat aanvragers onvoldoende op de hoogte zijn van onafhankelijke cliëntondersteuning.

Inzet onafhankelijk cliëntondersteuner

Van de aanvragers in dit onderzoek heeft 34% ondersteuning gehad van een onafhankelijk cliëntondersteuner. Bijna een kwart van de aanvragers heeft geen ondersteuning van een cliëntondersteuner gehad, maar had daar wel behoefte aan. Bij aanvragers die bekend zijn met de functie cliëntondersteuning, zijn de percentages respectievelijk 63% en 5%. Respondenten jonger dan 65 jaar hebben vaker ondersteuning gehad van een cliëntondersteuner. Respondenten die de zorg in een instelling willen ontvangen, hebben minder vaak behoefte aan cliëntondersteuning dan degenen die de zorg thuis willen ontvangen (zie tabel 39 in bijlage 1).

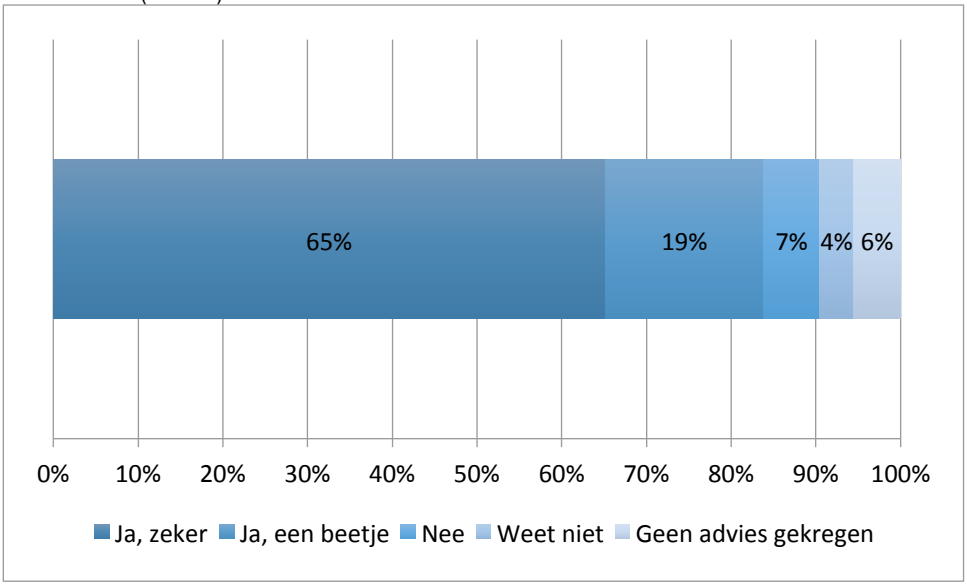
Figuur 19 Heeft u ondersteuning gehad van een onafhankelijk cliëntondersteuner? (n=220-544)



Een doel van cliëntondersteuning is om de cliënten de weg te wijzen in de procedures en te helpen met keuzes. Voor de meerderheid van de respondenten die cliëntondersteuning hebben gehad (65%), geldt dat deze ondersteuning hen heeft geholpen bij het maken van een keuze over de zorg.[29] Een klein deel (19%) vindt dat het een beetje heeft geholpen, 7% vindt van niet.

[29] Dit zijn respondenten die cliëntondersteuning hebben gehad, of die de routingvraag hebben overgeslagen en de rest wel hebben ingevuld.

Figuur 20 Heeft dit u geholpen bij het maken van een keuze over de zorg die u wilt ontvangen? (n=198)



3.5 Contact met het CIZ

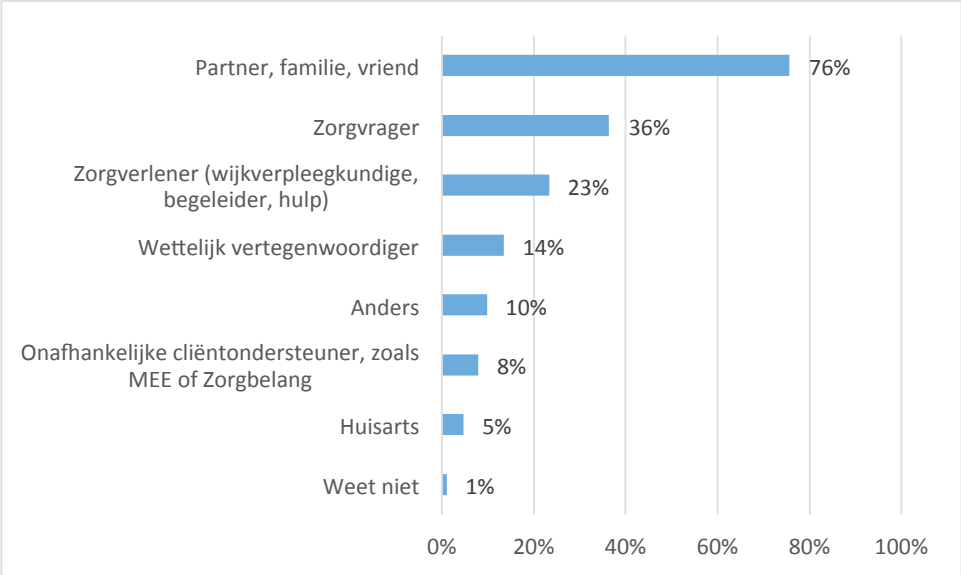
In haar rapportage over de Wlz in 2015 merkt het CIZ op dat bij 96,9% van de cliënt-geïnitieerde eerste aanvragen persoonlijk contact is geweest. Uit het onderzoek onder aanvragers blijkt dat in 58% van de gevallen de zorgvrager en/of de partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag, contact heeft gehad met het CIZ over de aanvraag; 29% heeft dit niet gehad en 13% weet het niet (zie tabel 40 in bijlage 1).
Een mogelijke verklaring voor het verschil in uitkomst tussen het percentage dat het CIZ noemt (96,6%) en dat uit dit onderzoek naar voren komt (58%), kan zijn dat degene die helpt bij het invullen van de vragenlijst, niet dezelfde persoon is als de contactpersoon die bij het CIZ bekend is. Het kan dus zijn dat er wel contact is geweest tussen het CIZ en de zorgvrager, maar dat degene die helpt bij het invullen van de vragenlijst hier niet van op de hoogte is.

Er zijn meerdere vormen van persoonlijk contact met het CIZ mogelijk (n=372).[30] In de meeste gevallen gaat het om telefonisch contact (69%) en persoonlijk contact bij de zorgvrager (47%). Daarnaast heeft 20% contact gehad per mail en 18% per brief. Van de respondenten heeft 5% persoonlijk contact gehad op het kantoor van het CIZ en 2% weet het niet (zie tabel 41 in bijlage 1).

Niet in alle gevallen heeft de zorgvrager zelf het persoonlijke contact met het CIZ. Uit het onderzoek blijkt dat in driekwart van de gevallen de partner, familie of vriend contact had met het CIZ, bij ruim een derde de zorgvrager zelf en in bijna een kwart van de gevallen de zorgverlener.[31]

[30] Degenen die geen persoonlijk contact hebben gehad met het CIZ, zijn buiten beschouwing gelaten. De respondenten die de routingvraag hebben overgeslagen, zijn wel meegenomen in de analyse.
[31] Idem

Figuur 21 Wie hadden er contact met de medewerkers van het CIZ? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=337)

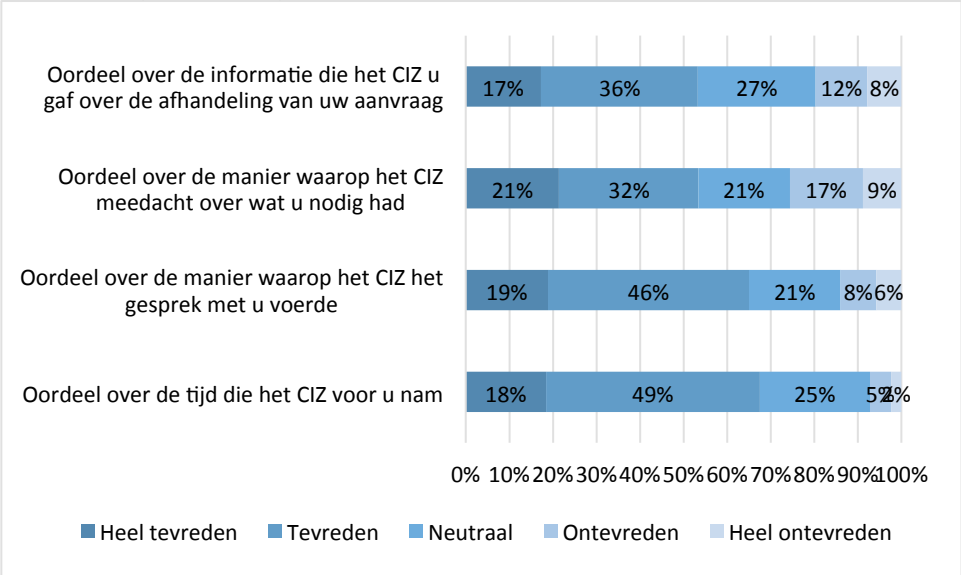


3.6 Ervaringen met de aanvraagprocedure bij het CIZ

Zowel de zorgvragers zelf als de partners, familieleden of vrienden die geholpen hebben bij de aanvraag, hebben hun oordeel gegeven over verschillende aspecten van de aanvraagprocedure. Aan de hand van het aantal respondenten per vraag ontstaat het vermoeden dan de partners, familieleden of vrienden soms ook het oordeel van de zorgvrager hebben gevraagd of ingeschat en de vragen die voor de zorgvrager alleen bedoeld waren, toch hebben ingevuld. Dit is helaas niet precies uit te splitsen.

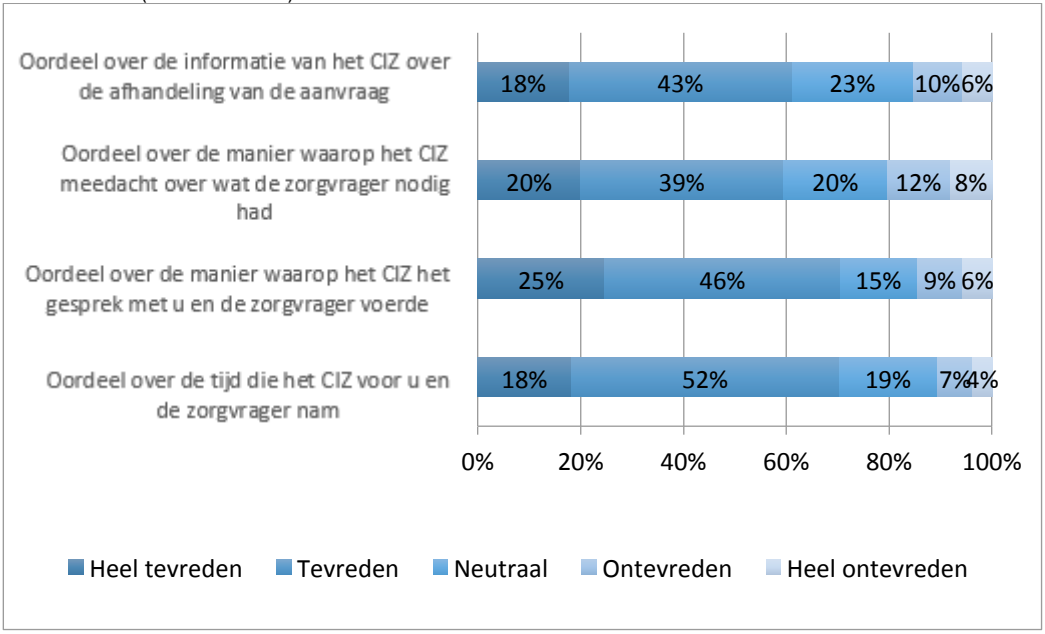
Ongeveer twee derde van de zorgvragers in dit onderzoek is (heel) tevreden over de tijd die voor hen werd genomen (67%) en over de manier waarop het CIZ het gesprek met hen voerde (65%); respectievelijk 7% en 14% is hier (heel) ontevreden over. Daarnaast is 53% (heel) tevreden over de geboden informatie over de afhandeling en over de manier waarop werd meegedacht; respectievelijk 20% en 26% zijn over deze laatste twee aspecten (heel) ontevreden.

Figuur 22 Alleen voor zorgvragers: Hoe tevreden/ontevreden bent u over... (n=238 - 249)



Dezelfde vraag is gesteld aan de partner/familie/vriend die heeft geholpen bij de aanvraag. Hieruit komt hetzelfde beeld naar voren als bij de zorgvragers. Zij zijn het meest tevreden over de manier waarop het gesprek werd gevoerd en de tijd die voor hen werd genomen. Iets minder tevreden zijn zij over de informatie over de afhandeling van de aanvraag en het meedenken over wat de zorgvrager nodig had.
De respondenten die zorgvragers van 65 jaar of jonger hielpen bij de aanvraag, zijn vaker ontevreden over de manier waarop het CIZ meedacht en over de informatie over de afhandeling dan degenen die zorgvragers van 65 jaar en ouder hebben geholpen (zie tabel 42 in bijlage 1).

Figuur 23 Alleen voor partner/familie/vriend: Hoe tevreden/ontevreden bent u over... (n= 425 - 456)

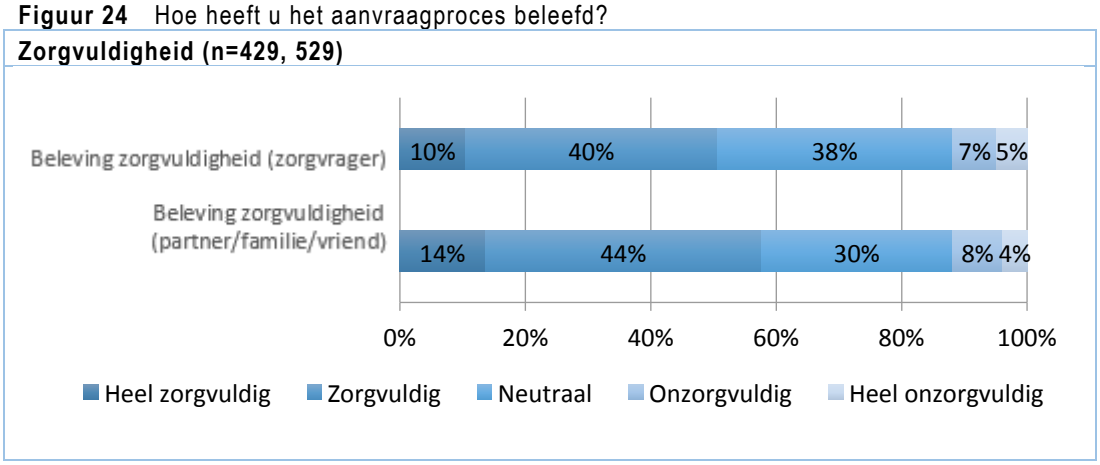


Aan de zorgvragers zelf en hun partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag, is gevraagd hoe zij het aanvraagproces beleefd hebben. De uitkomsten van de zorgvragers en de partner/familie/vrienden komen ongeveer overeen. Hoewel meer dan de helft van de respondenten de procedure als (heel) zorgvuldig beoordeelt, vindt toch ongeveer één op de acht respondenten dat de procedure (heel) onzorgvuldig is. Iets minder dan de helft vindt de procedure (heel) snel. Bijna een kwart vindt de procedure juist (heel) traag. Ongeveer de helft van de respondenten vindt de procedure (heel) klantgericht en (heel) duidelijk; een vijfde vindt dit (helemaal) niet.

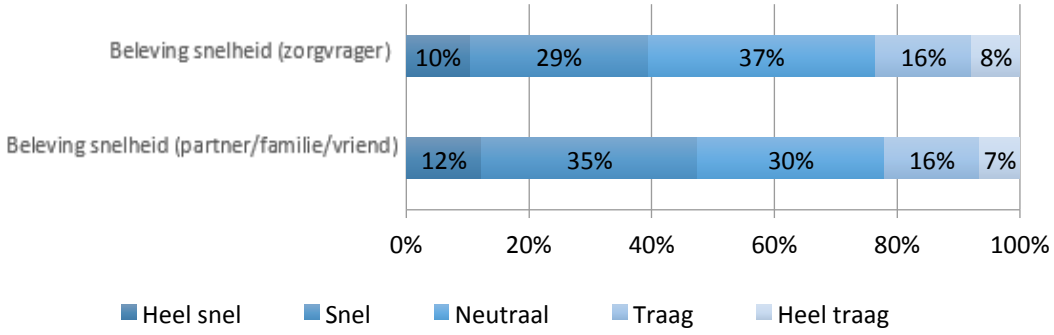
Wat opvalt, is dat de respondenten die hebben geholpen bij de aanvraag van een Wlz-indicatie van zorgvragers jonger dan 65 jaar, vaker vinden dat het aanvraagproces heel traag was en dat degenen die hebben geholpen bij de aanvraag van zorgvragers ouder dan 65 jaar juist vaker vinden dat het proces (heel) snel verliep. Ook vinden degenen die hielpen bij de aanvraag van zorgvragers jonger dan 65 jaar vaker dat het aanvraagproces helemaal niet klantgericht was (zie tabel 43 in bijlage 1). Onder de respondenten die zelf de zorgvrager zijn, zijn deze verschillen niet aanwezig.

Verder zijn de respondenten met een afwijzing negatiever over alle uitgevraagde aspecten dan respondenten met een toekenning. Dit geldt zowel voor de zorgvragers zelf als voor degenen die hielpen bij de aanvraag (zie tabel 44 en 45 in bijlage 1).

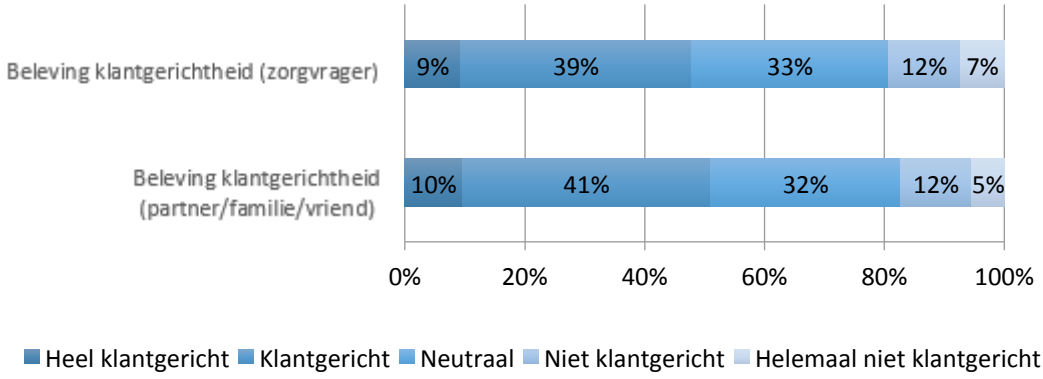
Figuur 24 Hoe heeft u het aanvraagproces beleefd?



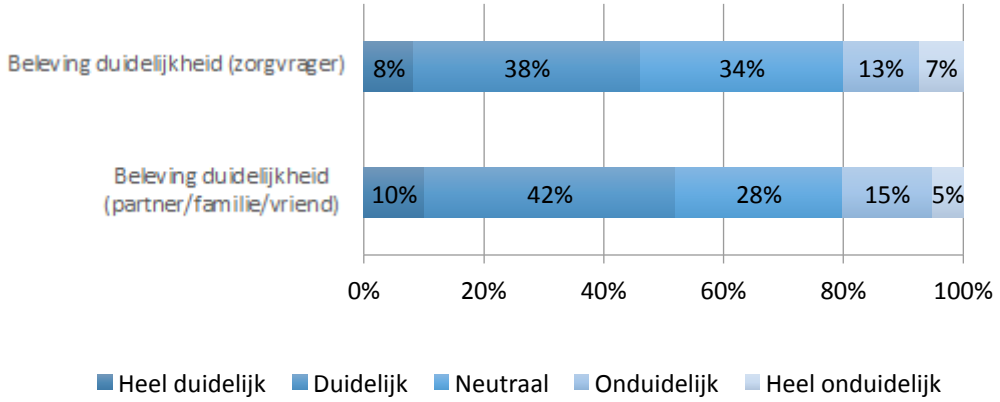
Snelheid (n=421, 503)



Klantgerichtheid (n=420, 498)



Duidelijkheid (n=420, 502)



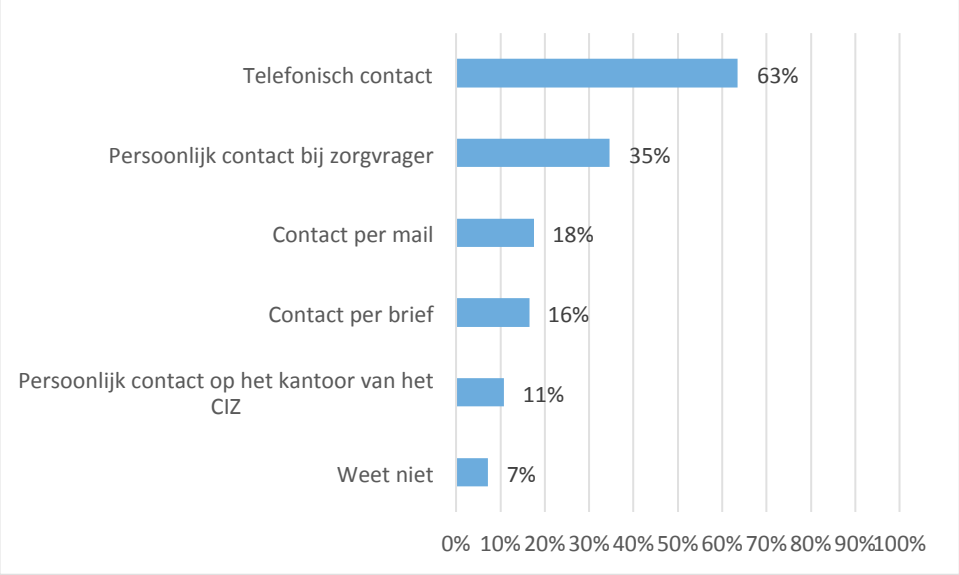
3.7 Contact met het zorgkantoor

Het zorgkantoor koopt zorg onder de Wlz in en helpt aanvragers bij het kiezen van passende zorg. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen over het contact met het zorgkantoor. Zorgvragers in dit onderzoek die geen positief Wlz-besluit hebben ontvangen, konden deze vragen overslaan of “niet van toepassing” aankruisen.

Van de aanvragers in dit onderzoek die de vragen over het contact met het zorgkantoor hebben ingevuld, heeft 36% persoonlijk contact gehad met het zorgkantoor, bijna de helft, 49%, had geen contact en 14% weet dat niet meer (n=508, zie tabel 46 in bijlage 1). Dat vrijwel de helft van de aanvragers geen contact heeft met het zorgkantoor, sluit aan op het gegeven dat veel zorgvragers al weten van welke aanbieder zij zorg thuis willen ontvangen of welk verzorgingshuis hun voorkeur heeft (zie paragraaf 3.3, keuzevrijheid).

De aanvragers die contact hebben gehad met het zorgkantoor, hebben hiermee voornamelijk telefonisch (63%) of persoonlijk contact (35%) gehad.[32]

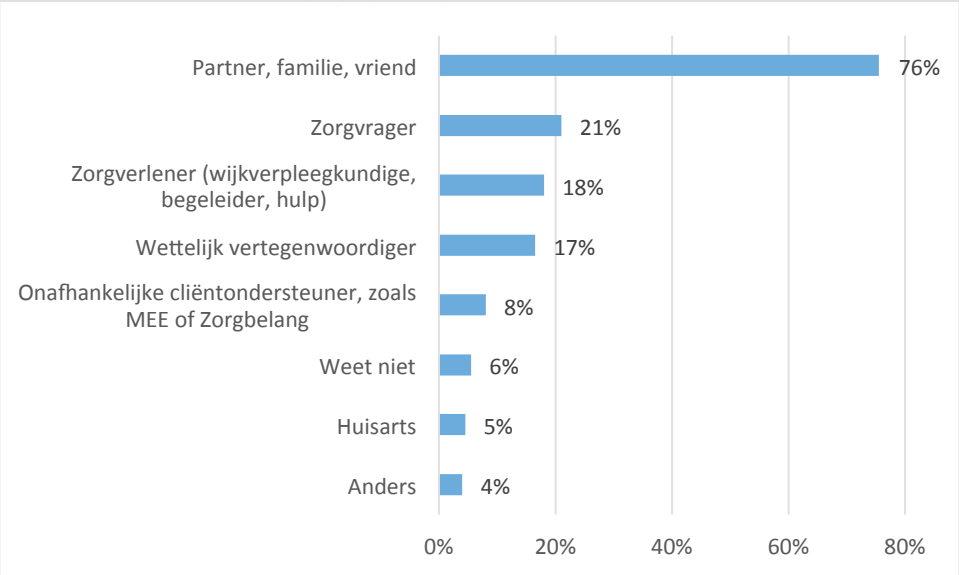
Figuur 25 Op welke manieren was er contact met het zorgkantoor? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=194)



Net zoals bij het contact met het CIZ speelt ook hier de partner/familie/vriend de belangrijkste rol in het contact met het zorgkantoor (76%). De zorgvrager zelf heeft in 21% van de gevallen contact met het zorgkantoor. Daarna volgt, net als bij het contact met het CIZ, de zorgverlener met 18%.[33]

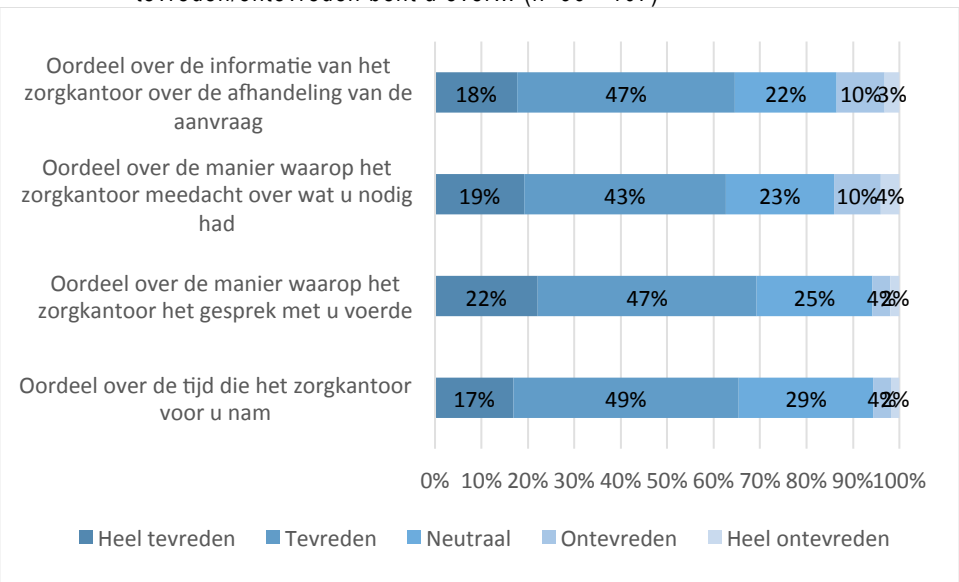
[32] Alleen de antwoorden van de respondenten die contact met het zorgkantoor hebben gehad, zijn meegenomen in de analyse. Daarnaast zijn ook de antwoorden meegenomen van degenen die de routingvraag hebben overgeslagen en de rest wel invulden.
[33] Alleen de antwoorden van de respondenten die contact met het zorgkantoor hebben gehad, zijn meegenomen in de analyse. Daarnaast zijn ook de antwoorden meegenomen van degenen die de routingvraag hebben overgeslagen en de rest wel invulden.

Figuur 26 Wie hadden er contact met de medewerkers van het zorgkantoor? – Meerdere antwoorden mogelijk (n=200)



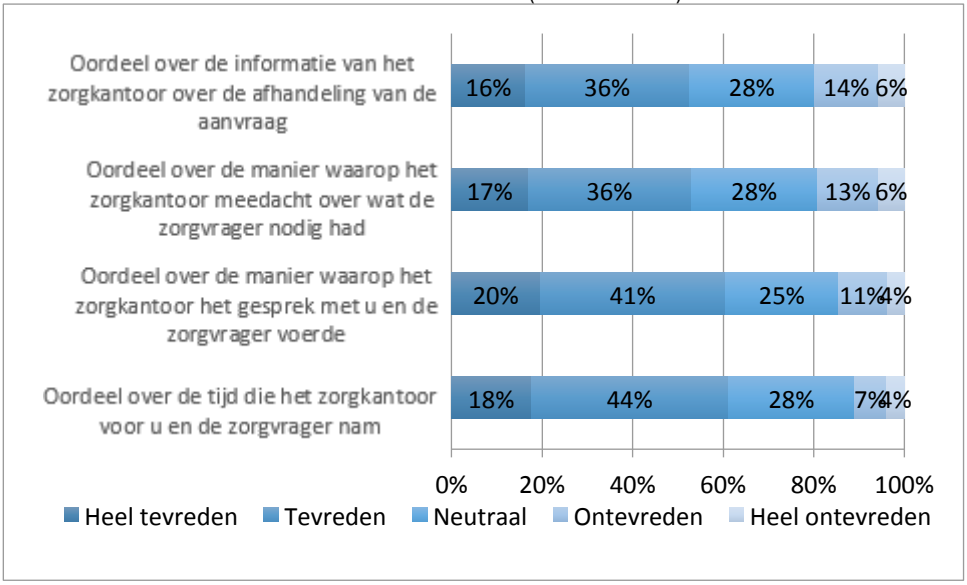
Over het algemeen is meer dan de helft van de respondenten die zelf de zorgvrager zijn, tevreden over de informatie over de afhandeling, de manier waarop er werd meegedacht, de manier waarop het gesprek gevoerd werd en de tijd die voor hen werd genomen. Wat opvalt, is dat toch 13% (heel) ontevreden is over de informatie over de afhandeling en dat 14% (heel) ontevreden is over de manier waarop het zorgkantoor meedacht over wat nodig was.

Figuur 27 Alleen voor zorgvragers die contact hebben gehad met het zorgkantoor: Hoe tevreden/ontevreden bent u over... (n=96 - 107)



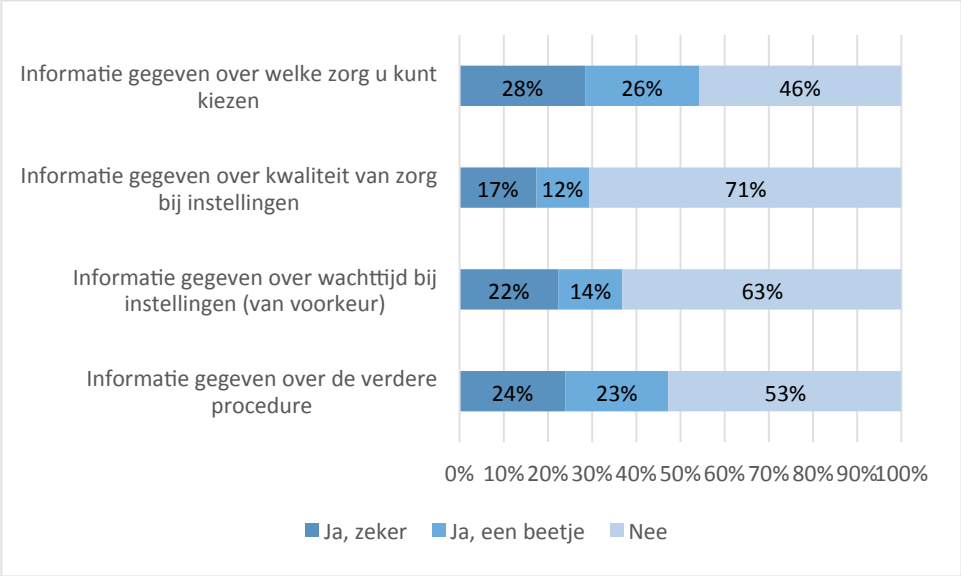
Hetzelfde is gevraagd aan de partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag. Dit levert hetzelfde beeld op. Ook meer dan de helft van deze respondenten is (heel) tevreden over de bevraagde aspecten. En net als de zorgvragers oordelen zij het vaakst negatief over de informatie over de afhandeling en het meedenken. Een vijfde van hen is hier (heel) ontevreden over.

Figuur 28 Alleen voor partner/familie/vriend die contact heeft gehad met het zorgkantoor: Hoe tevreden/ontevreden bent u over... (n= 261 - 273)



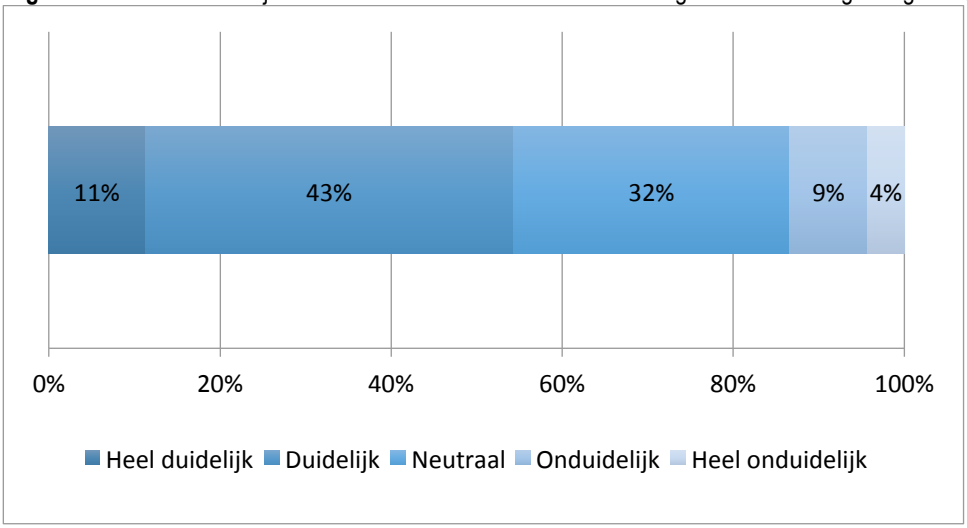
De respondenten hebben veelal informatie van het zorgkantoor ontvangen over welke zorg zij kunnen kiezen (54%) en de verdere procedure (47%). In mindere mate zijn zij geïnformeerd over eventuele wachttijden bij de instelling van voorkeur (36%) en de kwaliteit van zorg bij instellingen (29%). Ook de helft van de medewerkers van zorgkantoren geeft aan dat zij de aanvragers nooit of zelden inzicht kunnen geven in de wachttijden (zie paragraaf 5.8).

Figuur 29 Heeft het zorgkantoor u informatie gegeven over... (n=300 - 323)



Voor 54% van de respondenten is de informatie van het zorgkantoor (heel) duidelijk, 32% van de respondenten beoordeelt dit neutraal en 13% vindt de informatie (heel) onduidelijk.[34]

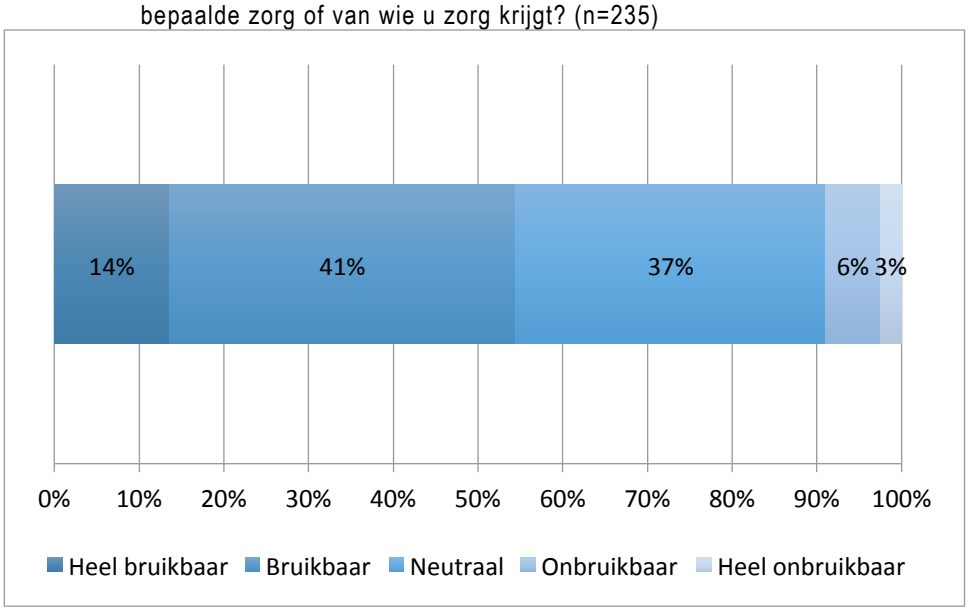
Figuur 30 Hoe duidelijk was de informatie die u van het zorgkantoor heeft gekregen? (n=276)



Ongeveer hetzelfde beeld is terug te zien als het gaat om de bruikbaarheid van de informatie bij het maken van keuzes. Voor iets meer dan de helft (55%) van de respondenten was de informatie (heel) bruikbaar.

[34] Deze vraag is alleen beantwoord door aanvragers die informatie hebben gekregen (n=172).

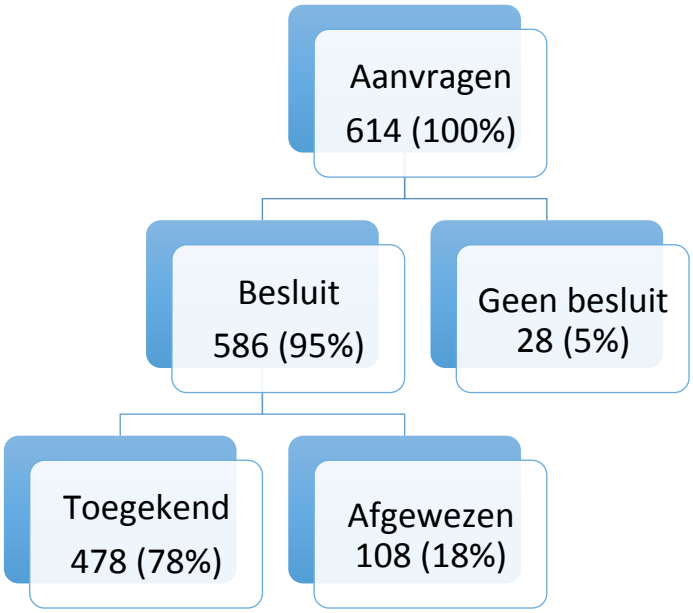
Figuur 31 Hoe bruikbaar was de informatie van het zorgkantoor bij het maken van een keuze voor bepaalde zorg of van wie u zorg krijgt? (n=235)



3.8 Het Wlz-besluit en advies bij afwijzing

Het CIZ beoordeelt of een aanvraag voor een Wlz-indicatie wordt toegekend of afgewezen. Voor 95% van de respondenten geldt dat het CIZ een besluit over hun aanvraag heeft genomen, bij 5% is er nog geen besluit. Van de aanvragen waarover het CIZ een besluit heeft genomen, is 78% toegekend en 18% afgewezen.[35]

Figuur 32 Welk besluit heeft het CIZ genomen over uw aanvraag voor langdurige zorg? (n=614)



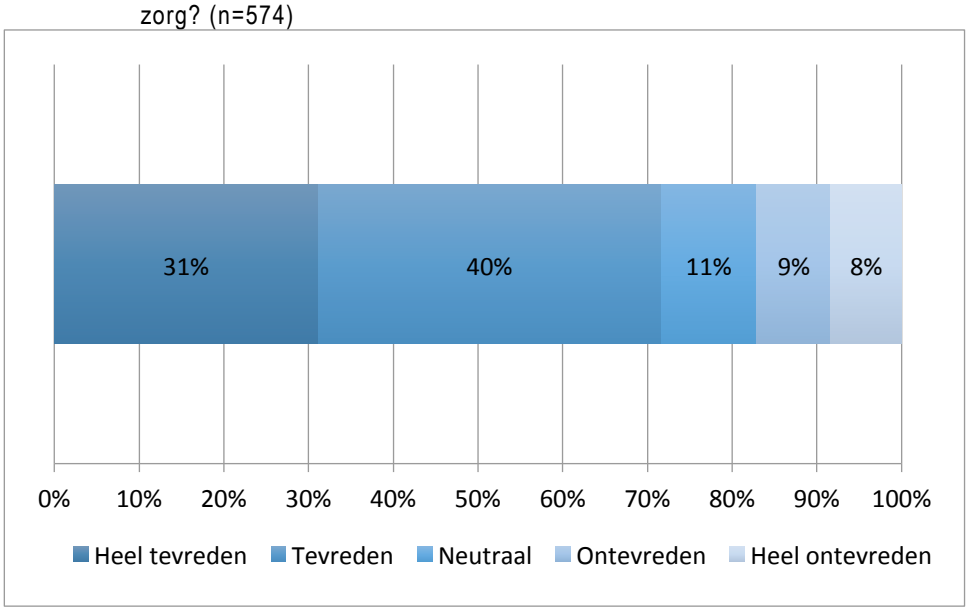
[35] Het percentage negatieve besluiten in de onderzoekspopulatie – ofwel alle zorgvragers die in de periode 1 april 2016 - 25 juli 2016 een eerste aanvraag hebben ingediend en/of hebben lopen – is 16%. Het percentage negatieve besluiten onder de respondenten is daarmee vergelijkbaar met de onderzoekspopulatie.

Bij de besluiten valt een aantal zaken op (zie tabel 47 t/m 50 in bijlage 1), namelijk:

- De aanvragen van respondenten die jonger zijn dan 65 jaar, zijn vaker afgewezen. Onder deze groep is 64% toegekend, 28% afgewezen en 8% nog in behandeling. Dit stemt overeen met het gegeven dat kinderen, met name de kinderen van 0 tot en met 5 jaar, vaker een negatief besluit ontvangen dan ouderen (zie paragraaf 2.3).
- Respondenten met geheugen- of oriëntatieproblemen hebben vaker een toegekende aanvraag dan zorgvragers zonder geheugen- of oriëntatieproblemen.
- Respondenten die naar eigen zeggen door de gemeente zijn geadviseerd om een Wlz-indicatie aan te vragen, hebben vaker een afwijzing ontvangen. Dit komt overeen met de resultaten van het onderzoek onder medewerkers van het CIZ (paragraaf 4.3). Deze respondenten merken op dat gemeenten geregeld cliënten doorverwijzen naar het CIZ, terwijl ze niet in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie.
- Respondenten met een afwijzing missen vaker informatie over de criteria om in aanmerking te komen en zorg thuis te krijgen. Zij vonden het aanvragen van Wlz-zorg vaker heel moeilijk. Het is moeilijk om op basis van de data uitspraken te doen over de werking van dit proces. Het zou kunnen dat mensen die onvoldoende op de hoogte zijn van de criteria, toch een aanvraag doen, en dan een afwijzing ontvangen. Het kan ook zijn dat mensen met een afwijzing achteraf zeggen dat zij informatie hebben gemist.

Over het besluit van het CIZ is 71% (heel) tevreden, 11% neutraal en 17% is (heel) ontevreden. Aanvragers die een positief besluit hebben gekregen, zijn hier vaker (heel) tevreden over dan aanvragers die een negatief besluit hebben ontvangen. Van de respondenten die ontevreden zijn, heeft driekwart een afgewezen aanvraag (zie tabel 51 in bijlage 1).

Figuur 33 Hoe tevreden/ontevreden bent u over het besluit over de aanvraag voor langdurige zorg? (n=574)

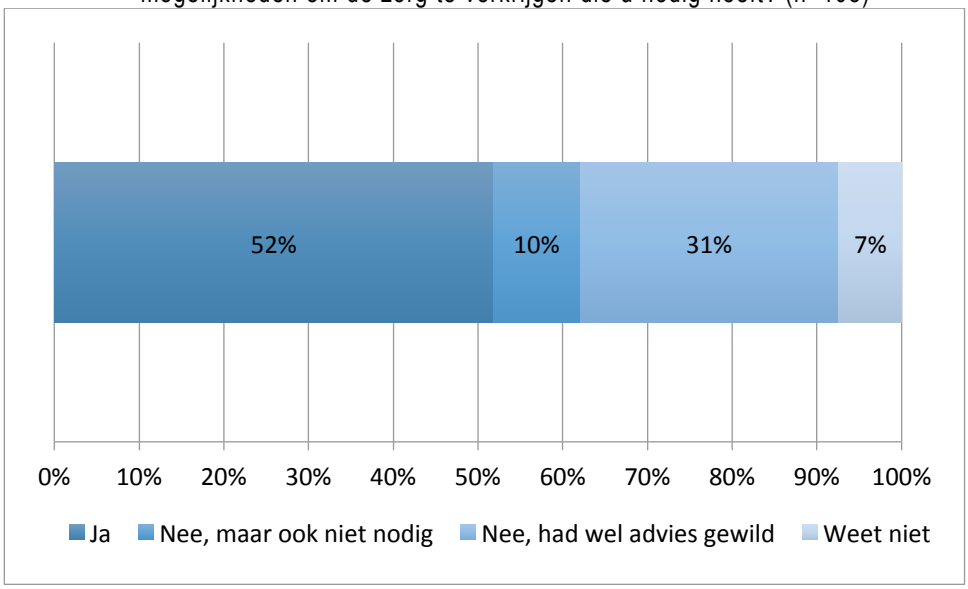


Na een afwijzing

Meestal stuurt het CIZ bij een afwijzing een brief met uitleg over waarom de zorgvrager niet in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie. Aan de respondenten is gevraagd hoe (on)duidelijk zij deze uitleg vonden. Ongeveer de helft (46%) van de 113 respondenten die deze vraag hebben beantwoord, vindt de uitleg (heel) duidelijk, 22% neutraal en 25% (heel) onduidelijk. De resterende 7% heeft geen brief ontvangen of weet het niet (zie tabel 52 in bijlage 1).

Aan de respondenten met een afwijzing is gevraagd of zij van het CIZ een advies hebben gekregen over andere mogelijkheden om de benodigde zorg te verkrijgen. Ongeveer de helft (52%) heeft advies ontvangen, 31% niet maar had dat wel gewild.

Figuur 34 Kreeg u na de afwijzing van uw aanvraag een advies van het CIZ over andere mogelijkheden om de zorg te verkrijgen die u nodig heeft? (n=108)

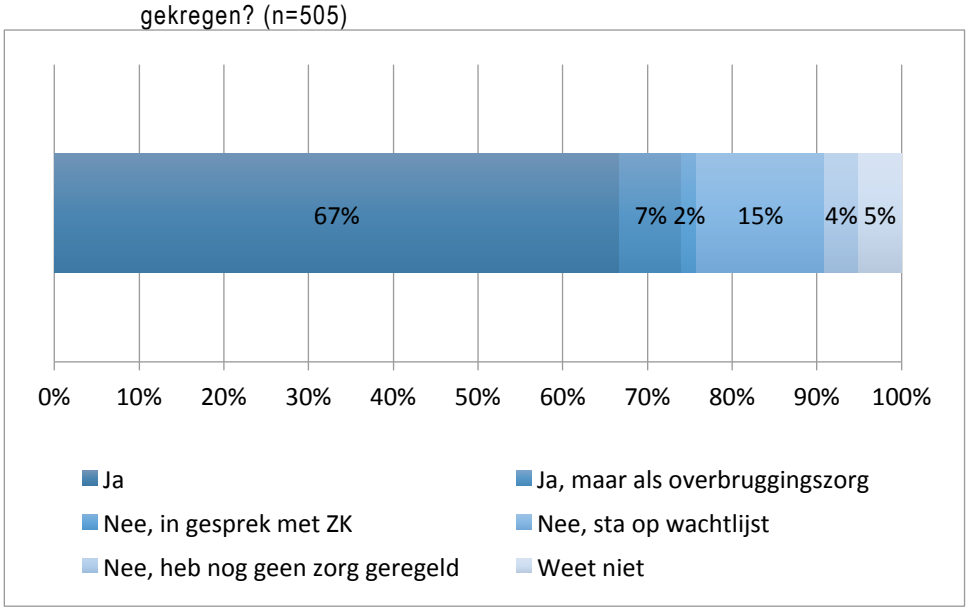


29% van de respondenten vond het ontvangen advies (heel) bruikbaar, 41% neutraal, 27% (heel) onbruikbaar en 4% weet het niet (zie tabel 53 in bijlage 1).

3.9 De geboden zorg

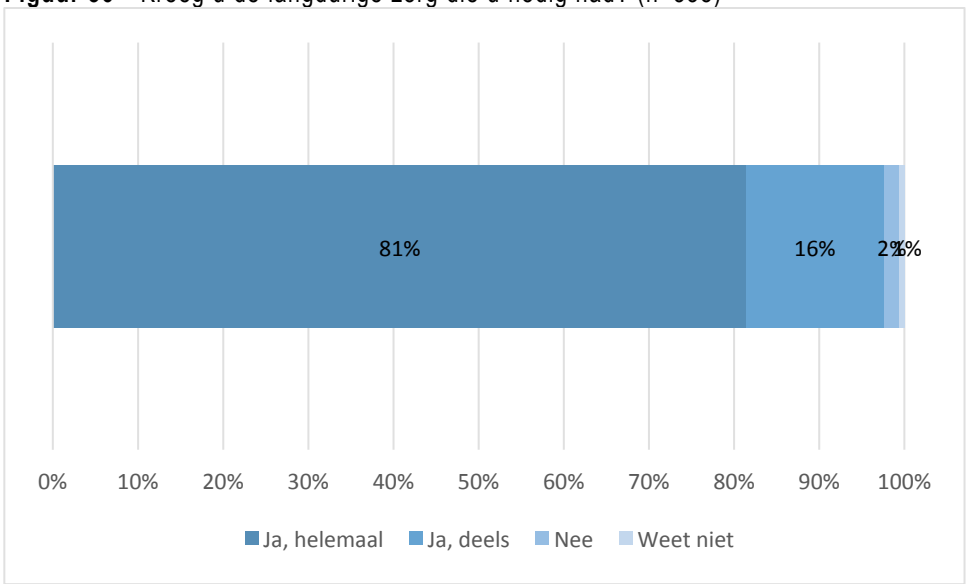
De vragenlijst bevat naast vragen over het contact met het CIZ en het zorgkantoor ook vragen over de zorg die de zorgvragers nu ontvangen. Aan de respondenten is gevraagd of zij op het moment van de enquête op basis van het besluit van het CIZ gebruikmaken van Wlz-zorg. Voor de meeste (67%) respondenten is dit het geval, 15% geeft aan op een wachtlijst te staan. Ook ontvangt 7% overbruggingszorg.

Figuur 35 Maakt u nu gebruik van langdurige zorg op basis van het besluit dat u van het CIZ heeft gekregen? (n=505)



81% is van mening dat zij – al met al – de langdurige zorg (vanuit de Wlz) hebben gekregen die zij nodig hebben, 16% deels. Respondenten die de zorg in een instelling wilden krijgen, vinden vaker dat zij de benodigde zorg ontvangen (zie tabel 54 in bijlage 1).

Figuur 36 Kreeg u de langdurige zorg die u nodig had? (n=338)



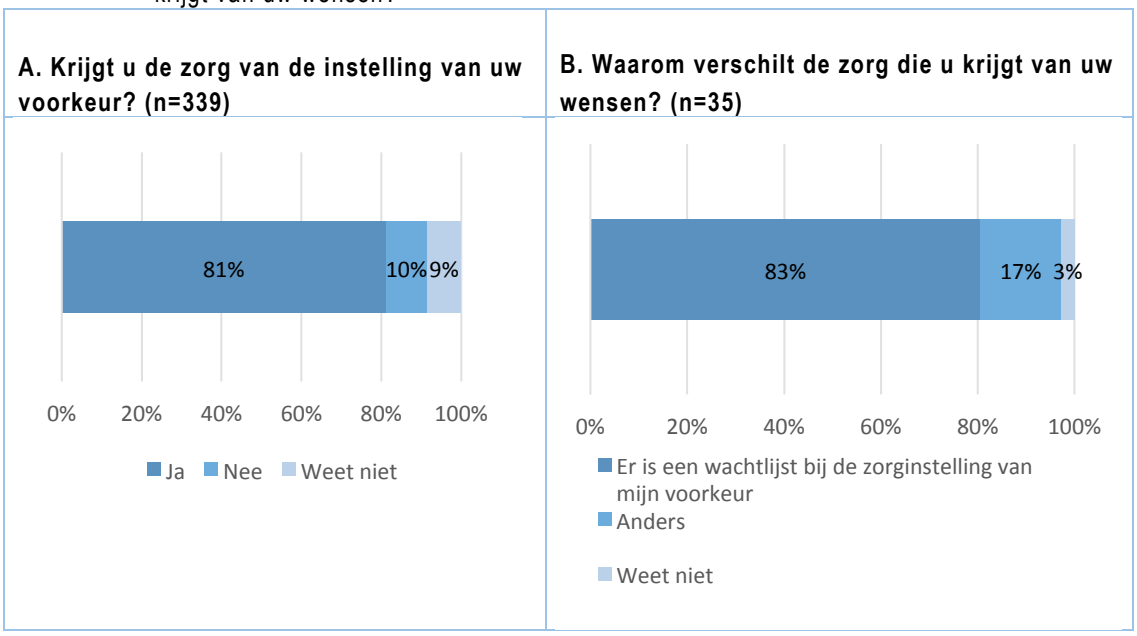
Bijna alle respondenten (94%) krijgen de zorg daar waar zij die wilden krijgen; 3% krijgt dat niet en 3% kan geen antwoord geven op de vraag.[36] De respondenten die de zorg niet kregen waar ze die wilden krijgen, is naar de reden gevraagd. De meest gekozen reden is ‘anders’ (wat niet nader kon worden toegelicht).[37] Ook is genoemd dat de zorginstelling van

[36] In de analyse zijn alleen de respondenten opgenomen die nu gebruik maken van de Wlz-zorg op basis van het besluit van het CIZ, of respondenten die de routingvraag hebben overgeslagen.
[37] Er is een aantal respondenten dat de routingvraag heeft overgeslagen en de vervolgvraag over de reden wel heeft beantwoord. Hierdoor is de n op de vervolgvraag hoger dan op de routingvraag.

voorkeur de benodigde zorg niet aan huis kan leveren of dat het zorgkantoor het niet verantwoord vindt om de zorg thuis te leveren (zie tabel 55 in bijlage 1).

Voor 81% van de respondenten geldt dat zij de zorg van de instelling van hun voorkeur ontvangen. Wachtlijsten zijn de belangrijkste verklaring wanneer respondenten niet de zorg van hun voorkeursinstelling ontvangen (zie figuur 39B).[38]

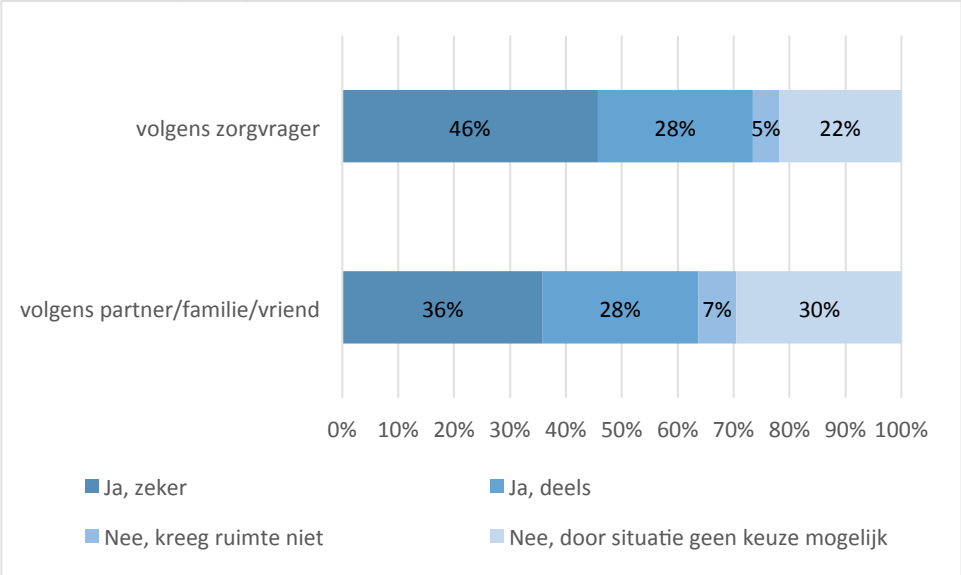
Figuur 37 Krijgt u de zorg van de instelling van uw voorkeur? Waarom verschilt de zorg die u krijgt van uw wensen?



Volgens 74% van de respondenten die zelf zorgvrager zijn en 64% van de respondenten die geholpen hebben bij de aanvraag, had de zorgvrager (deels) een keuze waar en hoe hij/zij de zorg kreeg. Bij respectievelijk 22% en 30% was een keuze niet mogelijk door de situatie. Dit zijn vaak respondenten die de zorg in een instelling willen ontvangen (zie tabel 56 in bijlage 1).

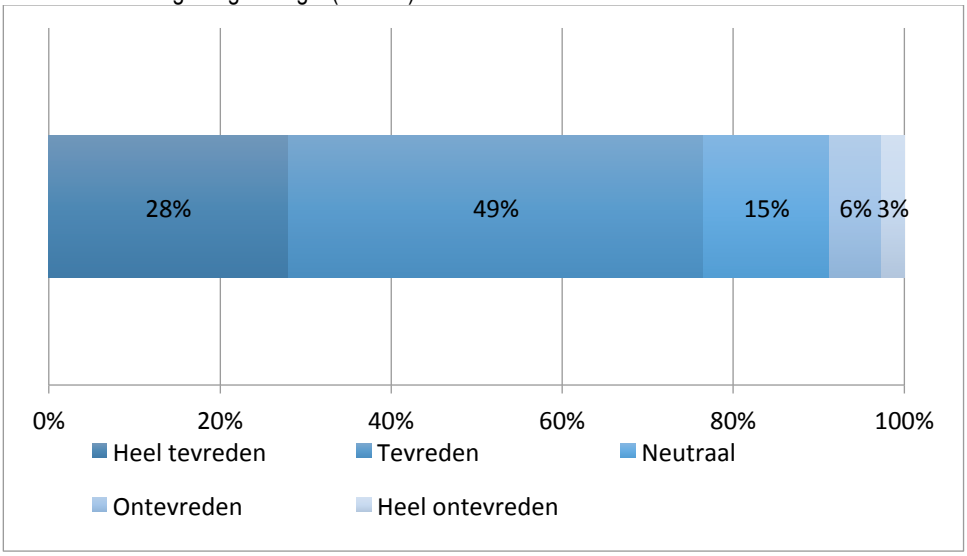
[38] Het ontbreken van een contract tussen de instelling en het zorgkantoor was voor 0% de reden van afwijking van de voorkeursinstelling. Deze antwoordcategorie is om die reden niet in de figuur opgenomen.

Figuur 38 Had de zorgvrager alles overziend de mogelijkheid om te kiezen waar en hoe hij/zij de zorg kreeg? (n=256, 487)



Het grootste deel van de respondenten, namelijk 77%, is alles overziend (heel) tevreden over de uitkomst van de aanvraag; 9% van hen is (heel) ontevreden.[39]

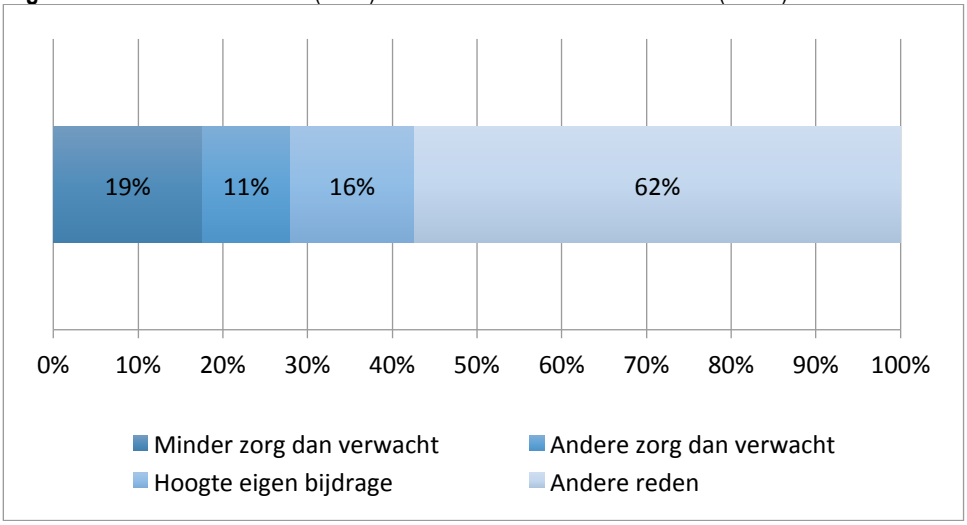
Figuur 39 Is de zorgvrager alles overziend tevreden over de uitkomst van de aanvraag voor langdurige zorg? (n=414)



De belangrijkste reden voor ontevredenheid komt in de uitkomsten helaas niet naar voren. Minder zorg dan verwacht, andere zorg dan verwacht en de hoogte van de eigen bijdrage spelen voor een deel van de respondenten een belangrijke rol in hun ontevredenheid, maar 62% geeft aan hier een andere (niet nader toegelichte) reden voor te hebben.[40] [41]

[39] De aanvragers die 'niet van toepassing' hebben ingevuld, zijn buiten beschouwing gelaten (n=77).
[40] Deze categorie is als gesloten antwoord opgenomen. Hierdoor kan niet worden ingezoomd op deze andere redenen.
[41] Een deel van de respondenten heeft de routingvraag overgeslagen en de vervolgvraag wel beantwoord. Hierdoor zijn er meer respondenten (63) die een reden voor de ontevredenheid hebben ingevuld dan respondenten (36) die ontevreden waren over de aanvraag.

Figuur 40 Waarom bent u (heel) ontevreden over de uitkomst? (n=63)



3.10 Conclusies

Rol mantelzorgers en zorgverleners in aanvraagproces
Zowel de partner, familie en vrienden van de zorgvrager in dit onderzoek als de reeds aanwezige zorgverleners spelen een grote rol als het gaat om het aanvraagproces. In elke fase van de aanvraag is dit terug te zien; van het advies om de zorg aan te vragen tot en met het contact met het zorgkantoor.

Oordeel over aanvraagproces
De meerderheid van de aanvragers in dit onderzoek is overwegend positief over het gesprek met de CIZ-medewerkers. Zij vinden het aanvraagproces klantgericht, zorgvuldig, snel en duidelijk. Tegelijkertijd vindt ruim een derde van deze respondenten het aanvragen van Wlz-zorg (heel) moeilijk.

Oordeel over de informatievoorziening
Over het algemeen zijn de respondenten tevreden over de vindbaarheid, duidelijkheid en volledigheid van de informatie over het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg. Toch vindt 20%-24% de informatie moeilijk te vinden, onduidelijk en/of onvolledig. Veel respondenten missen informatie over de criteria om in aanmerking te komen en over de hoogte van de eigen bijdrage. Met name de oudere respondenten missen de informatie over de eigen bijdrage, terwijl de respondenten die de zorg thuis willen ontvangen met name informatie missen over de mogelijkheden voor zorg thuis en de criteria om daarvoor in aanmerking te komen.

Bekendheid en gebruik onafhankelijke cliëntondersteuning
Een groot deel van de respondenten (63%) is niet bekend met de mogelijkheid tot onafhankelijke cliëntondersteuning. Wat hierbij opvalt, is dat respondenten die de zorg thuis willen ontvangen, vaker bekend zijn met deze mogelijkheid dan de respondenten die de zorg in een instelling willen ontvangen. Anderzijds lijkt er bij respondenten die de zorg in een instelling willen ontvangen, minder behoefte te zijn aan onafhankelijke cliëntondersteuning.

Van alle aanvragers in dit onderzoek heeft 34% ondersteuning gehad van een onafhankelijk cliëntondersteuner. Bijna een kwart van de aanvragers heeft geen ondersteuning van een cliëntondersteuner gehad, maar had daaraan wel behoefte. Bij aanvragers die bekend zijn met de functie cliëntondersteuning, zijn de percentages respectievelijk 63% en 5%.

Oordeel geboden zorg

De meerderheid van de respondenten (96%) wist tijdens de aanvraag waar zij de zorg wilden krijgen. De kwaliteit van zorg en het voorkomen van eenzaamheid zijn belangrijke redenen om voor zorg in een instelling te kiezen. De respondenten die zorg thuis willen ontvangen, vinden de vertrouwde omgeving, het verblijven bij hun partner of familie en de vrijheid/zelfstandigheid belangrijk.

Een meerderheid (81%) krijgt uiteindelijk de zorg van de voorkeursinstelling. Een klein deel van de respondenten (2%) vindt dat zij niet de benodigde zorg krijgen. Dit komt vaker voor bij de respondenten die de zorg thuis wilden ontvangen. Dit aantal respondenten is te klein om de achterliggende redenen te achterhalen.

Hoofdstuk 4
Ervaringen medewerkers van het CIZ

Dit hoofdstuk gaat in op de uitvoering van de Wlz door de medewerkers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). In de periode 11 april tot en met 2 mei 2016 hebben 278 medewerkers van het CIZ een online vragenlijst in gevuld over hun werkzaamheden in de toegang en hun ervaringen daarmee. De uitspraken in dit hoofdstuk zijn representatief voor de medewerkers van het CIZ, en geven het beeld weer van de uitvoering en ervaringen, zoals deze waren in het voorjaar van 2016.

Ook in dit hoofdstuk varieert het aantal respondenten per vraag. Sommige respondenten hebben een aantal vragen niet beantwoord, omdat deze vragen niet over hun werkzaamheden gingen. We geven dit per vraag aan.

4.1 Indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg

Het CIZ dient onafhankelijk te beoordelen of burgers recht hebben op zorg via de Wlz. Het CIZ heeft de Wlz vertaald in uniforme en objectieve criteria, de zogenoemde beleidsregels Deze beleidsregels zijn op hun beurt vertaald in een zogeheten afwegingskader. De medewerkers van het CIZ bekijken de aanvraag van de burger aan de hand van de beleidsregels en het afwegingskader en besluiten of iemand al dan niet recht heeft op toegang tot Wlz-zorg, de zogenoemde indicatie.

Functies en regio's binnen het CIZ

Binnen het CIZ zijn de volgende drie categorieën functionarissen betrokken bij de indicatiestelling.

- Beoordelaars verwerken voornamelijk vrijwel complete aanvragen, die veelal in Portero zijn ingediend door zorgaanbieders.
- Onderzoekers behandelen aanvragen die meer contact met de aanvrager behoeven, bijvoorbeeld met een huisbezoek.
- Juristen en juridisch medewerkers beoordelen in het geval van een bezwaar van een aanvrager de aanvraag opnieuw.

In het onderzoek zijn deze drie type functionarissen goed vertegenwoordigd. De respons is een goede afspiegeling van de populatie (zie tabel 4 in hoofdstuk 1).

4.2 De voorkennis van aanvragers

De medewerkers van het CIZ hebben een aantal vragen beantwoord over de voorkennis van aanvragers van een Wlz-indicatie. Volgens deze medewerkers zijn de aanvragers vaak tot altijd op de hoogte van het verschil tussen pgb en zorg in natura (71%) en van de rol van het CIZ bij de toegang tot de Wlz (71%). De minste voorkennis hebben de aanvragers volgens de CIZ-medewerkers over de financiële consequenties van de verzilvering van een Wlz-indicatie: 63% van de CIZ-medewerkers zegt dat aanvragers hiervan zelden of nooit op de hoogte zijn. Verder geeft 57% aan dat aanvragers zelden of nooit op de hoogte zijn van de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning. Dit komt overeen met de ervaringen van de aanvragers (zie paragraaf 3.5). Bijna twee derde van de aanvragers is niet bekend met de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning.

Tabel 8 Zijn aanvragers, wanneer zij contact opnemen met het CIZ, op de hoogte van de volgende onderwerpen? (n = 245 – 277)

	Nooit	*Zelden*	*Soms*	*Vaak*	*Altijd*	*Totaal*
De rol van het CIZ bij de toegang tot de Wlz	0%	2%	28%	65%	5%	100%
De rol van het zorgkantoor bij de toegang tot de Wlz	0%	34%	49%	16%	0%	100%
De rol van de zorgaanbieder bij de toegang tot de Wlz	0%	13%	50%	36%	1%	100%
De mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning	2%	55%	38%	5%	0%	100%
De inhoud van de zorgprofielen	3%	38%	48%	12%	0%	100%
Het verschil tussen zorg in natura en een pgb	0%	4%	26%	65%	5%	100%
De mogelijkheden om thuis Wlz-zorg te ontvangen (VPT, MPT of pgb)	1%	22%	52%	24%	0%	100%
De financiële consequenties van de verzilvering van een Wlz-indicatie	4%	60%	33%	3%	0%	100%

In een open vraag hebben de medewerkers van het CIZ kunnen aangegeven welke knelpunten zij zien in de informatievoorziening rondom de toegang tot de Wlz. Zij noemen de volgende aandachtspunten:

- Voor kwetsbare doelgroepen is het zorgstelsel erg complex. De afbakening tussen de wetten en de rollen van de verschillende partijen zijn onduidelijk voor aanvragers en hun omgeving. Medewerkers van het CIZ geven aan dat aanvragers of hun omgeving het moeilijk vinden de juiste vraag bij de juiste instantie neer te leggen (CIZ, zorgkantoor, zorgverzekeraar, gemeente, et cetera).
- Veel informatie over de toegang tot de langdurige zorg (vanuit de Wlz) is online te vinden. Volgens enkele medewerkers van het CIZ kunnen ouderen en mensen met een (licht) verstandelijke beperking deze informatie online moeilijk of niet vinden.
- De informatie over de toegang tot Wlz-zorg, zoals de criteria voor een Wlz-indicatie, vinden CIZ-medewerkers voor sommige doelgroepen te veel en te ingewikkeld. Dit komt overeen met de ervaringen van de aanvragers (zie paragraaf 3.4). Zij vinden de criteria voor toegang tot de Wlz vaak niet duidelijk.
- Ook merken enkele respondenten op dat gemeenten cliënten geregeld doorverwijzen naar het CIZ, waarna blijkt dat zij niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg. Deze mensen hebben soms hooggespannen verwachtingen van de mogelijkheden van de Wlz. Hoewel al snel duidelijk kan zijn dat een aanvrager niet aan de criteria voldoet voor toegang tot de Wlz, is het CIZ toch verplicht het onderzoek uit te voeren. Dit is vervelend voor alle betrokkenen, vooral voor de cliënt.
- Er is onder aanvragers veel onduidelijkheid over de financiële consequenties van een Wlz-indicatie. Veel respondenten van het CIZ noemen de onduidelijkheid over de eigen bijdrage als een aandachtspunt voor aanvragers. Ook dit komt overeen met de ervaringen van de aanvragers (zie paragraaf 3.4). Veel aanvragers rapporteren onduidelijkheden over de (hoogte van) de eigen bijdrage in de Wlz.

4.3 Het indicatieproces

De indicatiestelling door het CIZ gebeurt aan de hand van beleidsregels. Deze beleidsregels beogen indicatiestellers houvast te bieden bij het vaststellen van een indicatiebesluit. Over het algemeen is dit het geval, al geeft 44% van de CIZ-medewerkers aan dat de beleidsregels soms en 4% vaak onvoldoende houvast bieden. Vooral beoordelaars zijn

positief en juridisch medewerkers minder positief. Mogelijk is dit verschil te verklaren doordat deze medewerkers beroeps- en bezwaarzaken behandelen. Wellicht is de casuïstiek in deze gevallen complexer dan de aanvragen die beoordelaars en onderzoekers behandelen.

Tabel 9 Hoe vaak komt het volgens u voor dat de beleidsregels Wlz-indicatiestelling onvoldoende houvast bieden om tot een indicatiebesluit te komen?

	Beoordelaar (n=86)	*Onderzoeker (n=164)*	*Juridisch medewerker (n=17)*	*Totaal (n=267)*
Nooit	3%	3%	0%	3%
Zelden	62%	43%	41%	49%
Soms	33%	49%	47%	44%
Vaak	2%	5%	12%	4%
Altijd	0%	0%	0%	0%
Totaal	100%	100%	100%	100%

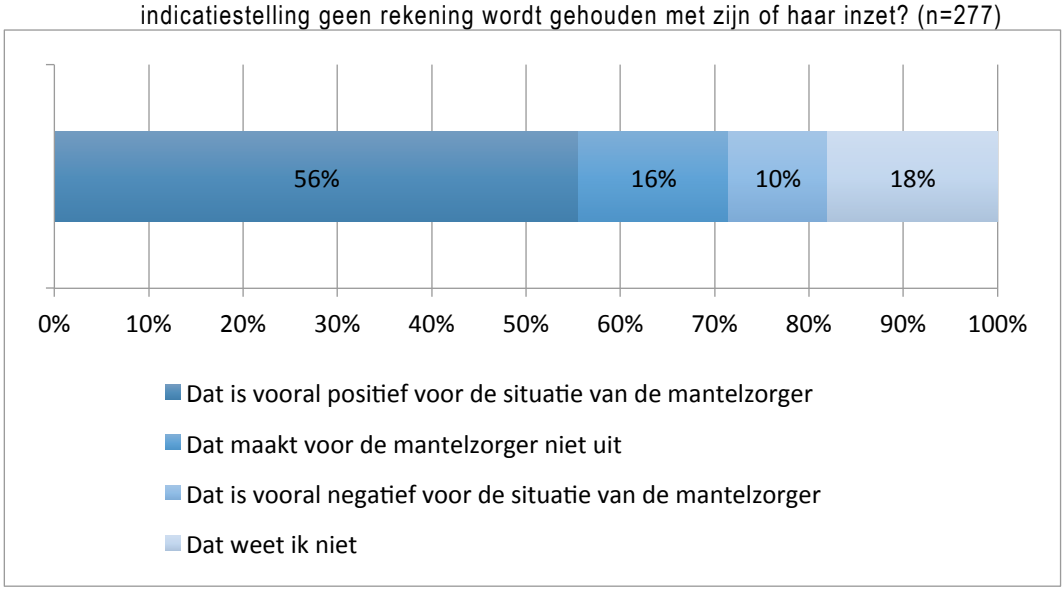
De medewerkers van het CIZ hebben een toelichting gegeven op welke onderdelen de beleidsregels Wlz-indicatiestelling volgens hen onvoldoende houvast bieden. Zij noemen de volgende groepen aanvragers:

- *Kwetsbare ouderen*. Het gaat hier om ouderen die cognitief weinig tot geen beperkingen hebben, maar die fysiek veel mankeren. Deze ouderen vallen volgens de medewerkers in een grijs gebied van de beleidsregels. Onder de beleidsregels krijgen zij geen toegang tot de Wlz omdat zij nog in staat zijn om hulp in te roepen en daarmee niet voldoen aan de criteria voor de Wlz. Medewerkers geven aan dat zij dergelijke aanvragen vaak ter beoordeling aan een medisch adviseur van het CIZ voorleggen.
- *Kinderen, jongeren en jongvolwassenen*. Volgens de respondenten is het voor deze doelgroep moeilijk vast te stellen of de zorgvraag blijvend is, omdat niet helder is in hoeverre deze jongeren leerbaar zijn (vaardigheden kunnen aanleren om zelfstandig te functioneren). Dit geldt met name voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking.
- *Combinatie verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek*. Als niet kan worden vastgesteld welke grondslag dominant is, bieden de beleidsregels volgens de respondenten onvoldoende houvast. Respondenten merken op dat dit soms leidt tot een ‘van het kastje naar de muureffect’ tussen gemeenten en CIZ.
- ‘*Ernstig nadeel’*. Respondenten van het CIZ noemen de terminologie ‘ernstig nadeel’ (zie ook paragraaf 2.1) in de beleidsregels voor verschillende interpretaties vatbaar.

Zorgaanbieders kunnen ook een aanvraag voor een indicatie invoeren in Portero. Daarbij kunnen zij een suggestie doen voor een zorgprofiel. Aan de medewerkers van het CIZ is gevraagd of de zorgaanbieders een te hoog profiel aanvragen voor hun cliënten. Ruim een derde van de CIZ-medewerkers (37%) geeft aan dat zorgaanbieders voor hun cliënt vaak een te hoog zorgprofiel aanvragen (zie tabel 58 bijlage 1).

Medewerkers van het CIZ wegen – conform de beleidsregels – een eventuele inzet van de mantelzorger niet mee bij het nemen van het indicatiebesluit. Een meerderheid van de respondenten (55%) geeft aan dat dit vooral positief is voor de situatie van de mantelzorger. Daar staat tegenover dat één op de tien denkt dat het niet meewegen van de situatie van de mantelzorger negatief uitpakt voor de mantelzorger (zie figuur 43).

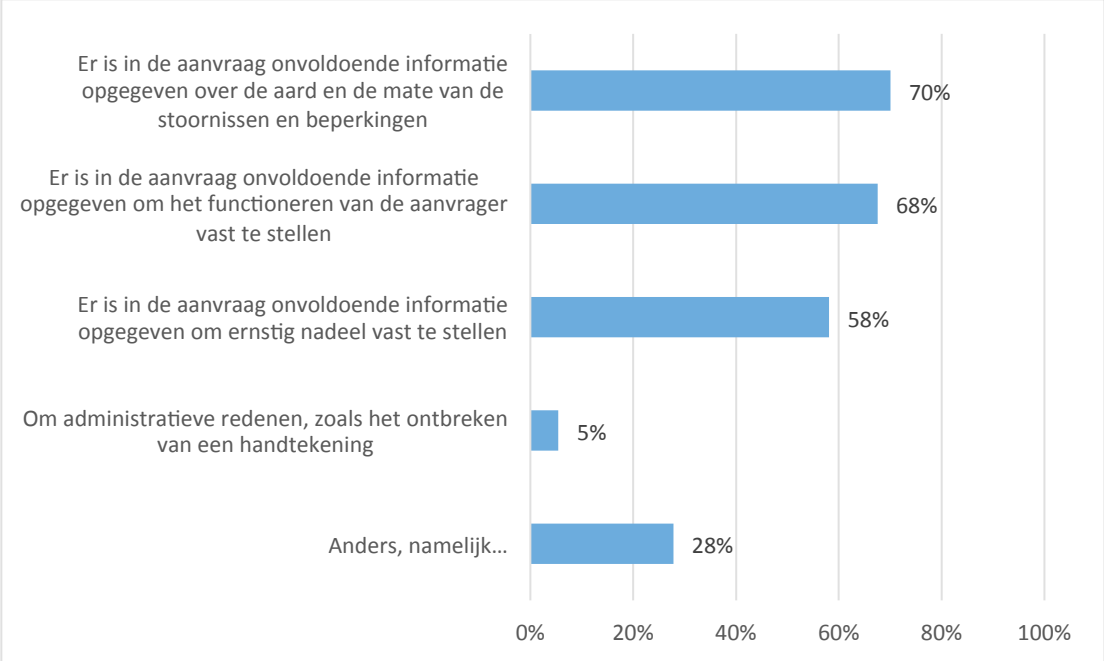
Figuur 41 Wat betekent het volgens u over het algemeen voor de mantelzorger dat bij de indicatiestelling geen rekening wordt gehouden met zijn of haar inzet? (n=277)



4.4 Huisbezoeken in het indicatieproces

In het indicatieproces kunnen onderzoekers van het CIZ op huisbezoek gaan bij de aanvrager van een Wlz-indicatie (beoordelaars leggen in principe geen huisbezoeken af). Belangrijke redenen om op huisbezoek te gaan zijn volgens de onderzoekers dat er in de aanvraag onvoldoende informatie is opgegeven over de aard en mate van de stoornissen en beperkingen (70%) en over het functioneren van de aanvrager (68%).

Figuur 42 Wat zijn volgens u de belangrijkste redenen om een huisbezoek te doen bij een aanvrager? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=277)



28% van de respondenten geeft door middel van de categorie ‘anders, namelijk’ aan dat ook andere redenen volgens hen belangrijk zijn voor het doen van een huisbezoek. De volgende redenen worden genoemd:

- *Wettelijke verplichting.*[42] Meerdere respondenten noemen dat het een wettelijke verplichting is om de aanvrager persoonlijk te spreken. Zij noemen dit als belangrijke reden.
- *Technische redenen*. Medewerkers die bezwaren afhandelen gaan altijd op huisbezoek als dit in de eerste aanvraag niet is gebeurd. Verder wordt door meerdere medewerkers een ‘bezwaargevoelige aanvraag’ als reden voor huisbezoeken genoemd. Ook de ID-check, een controle op de identiteit van de aanvrager, is een veelgenoemde reden.
- *Inhoudelijke redenen*. Het kan gaan om complexe aanvragen, vermoedens van fraude, of een discrepantie tussen gegevens in de aanvraag, bijvoorbeeld tussen de stoornissen en de beperkingen. Ook het ontbreken van een diagnose bij de aanvraag is een reden voor een huisbezoek.
- *Persoonlijk contact*. Het wordt door aanvragers gewaardeerd als zij iemand persoonlijk spreken. Een aantal respondenten noemt het klantvriendelijkheid, onder andere omdat er bij een huisbezoek meer voorlichting op maat kan worden geboden.

De medewerkers van het CIZ hoeven niet bij iedere aanvraag een huisbezoek af te leggen. Beoordelaars handelen veel aanvragen af zonder huisbezoeken, onderzoekers van het CIZ leggen voornamelijk huisbezoeken af bij aanvragen die zijn ingediend door de zorgvrager zelf, de omgeving van de zorgvrager (mantelzorger, familie) of door de wettelijk vertegenwoordiger van de zorgvrager. De respondenten geven aan dat bij aanvragen die door zorgaanbieders zijn gedaan voor een zorgvrager minder vaak huisbezoeken nodig zijn (zie tabel 59 bijlage 1).

Wanneer de onderzoeker van het CIZ op huisbezoek komt, dan is de aanvrager/cliënt zelf vrijwel altijd aanwezig en de mantelzorger vaak tot altijd. Van de respondenten geeft 28% aan dat er zelden tot nooit een onafhankelijke cliëntondersteuner aanwezig is bij de huisbezoeken. Verder is er volgens 76% van de respondenten zelden tot nooit een vrijwilliger aanwezig bij de huisbezoeken.

Tabel 10 Hoe vaak zijn de volgende personen bij het gesprek aanwezig wanneer u op huisbezoek gaat? (onderzoekers en juridisch medewerkers, n=170)

	Nooit	*Zelden*	*Soms*	*Vaak*	*Altijd*	*Totaal*
De cliënt zelf	0%	0%	0%	14%	86%	100%
De mantelzorger(s)	0%	1%	10%	81%	8%	100%
De wettelijke vertegenwoordiger	1%	3%	28%	45%	24%	100%
Een onafhankelijke cliëntondersteuner	4%	24%	61%	11%	1%	100%
Een professionele begeleider of verzorger/verpleger	0%	6%	69%	25%	1%	100%
Een vrijwilliger	14%	62%	24%	0%	0%	100%
Iemand anders	15%	55%	24%	5%	0%	100%

Respondenten konden in een open tekstvak weergeven welke andere personen er ook aanwezig zijn bij huisbezoeken. In de categorie ‘anders, namelijk …’ zijn de volgende personen genoemd:

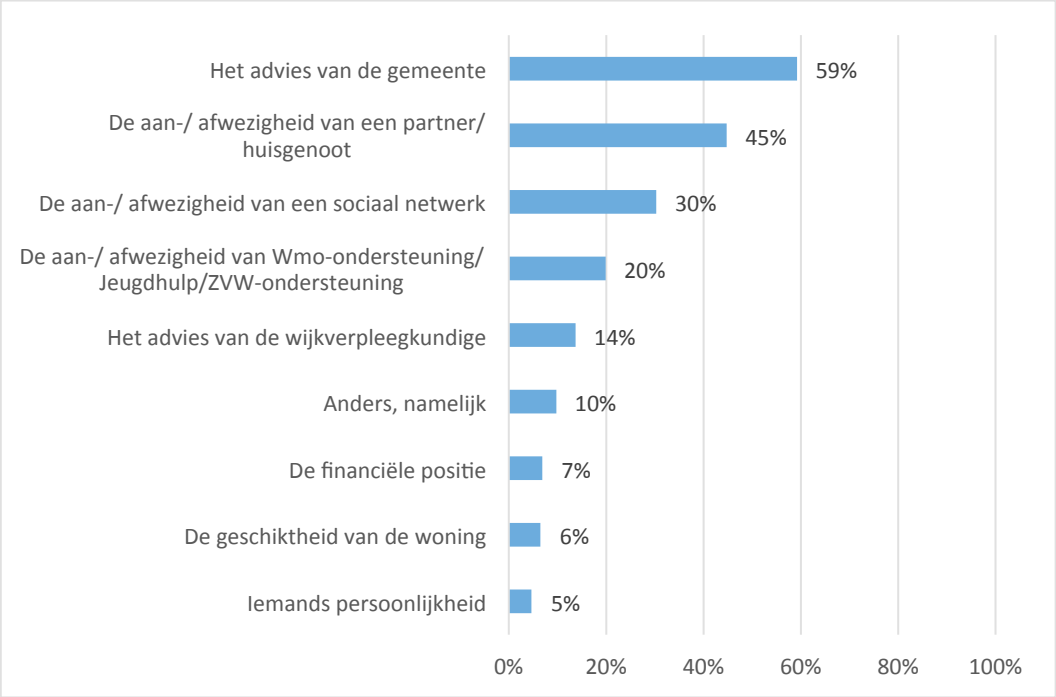
[42] Een huisbezoek is verplicht wanneer er (ook) een toets voor een Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen wordt uitgevoerd (BOPZ-toets). Volgens het CIZ komt dit in de V&V vaak voor in combinatie met aanvraag Wlz-zorg. Indien BOPZ en Wlz gelijktijdig wordt aangevraagd, worden deze vrijwel altijd door dezelfde persoon afgehandeld (en wordt de Wlz-aanvraag dus ook met een huisbezoek afgehandeld).

- de praktijkondersteuner huisartsen (POH);
- iemand van het wijkteam van de gemeente;
- een behandelaar;
- een tolk;
- familieleden die geen mantelzorger zijn.

4.5 Redenen om een Wlz-aanvraag te doen of de aanvraag uit te stellen

Respondenten geven aan dat, naast verslechterde gezondheid of toenemende beperkingen, de belangrijkste reden om een Wlz-indicatie aan te vragen, het advies van de gemeente is (59%). Ook de afwezigheid van een partner of huisgenoot (45%) en de afwezigheid van een sociaal netwerk (30%) worden vaak als belangrijkste reden genoemd. Dit wijkt af van de meningen van de aanvragers zelf. Zij noemen niet de afwezigheid van een partner, maar de toegenomen zorgvraag en de gevolgen voor de partner als belangrijke reden (zie paragraaf 3.3).

Figuur 43 Wat zijn volgens u de twee belangrijkste factoren die genoemd worden door de aanvrager om een Wlz-aanvraag te doen, naast de verslechterende gezondheid en/of toenemende beperkingen van de aanvrager? (maximaal 2 antwoorden mogelijk) (n=277)



In de categorie ‘anders, namelijk ...’ hebben meerdere respondenten aangegeven dat zij geen keuze kunnen maken tussen de twee belangrijkste redenen, omdat vaak meer van de mogelijkheden op één casus van toepassing zijn. Verder worden de volgende redenen veel genoemd door de medewerkers van het CIZ:

- overbelasting van de mantelzorger;
- hoge leeftijd van de aanvrager.

Enkele respondenten noemen daarnaast dat aanvragers behoefte hebben aan een levenslange indicatie voor de Wlz, omdat ze de onzekerheid en het jaarlijkse aanvragen en verantwoorden van Wmo-ondersteuning en Zvw-zorg onprettig vinden.

Stellingen: redenen om een Wlz-indicatie aan te vragen
De respondenten zijn twee stellingen voorgelegd over situaties die cliënten zouden kunnen aanzetten tot het aanvragen van een Wlz-indicatie. Bijna de helft van de medewerkers (45%) vindt dat het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod vaak mede bepaalt of iemand een Wlz-indicatie aanvraagt. Van de medewerkers vindt 41% dat aanvragers uit gemeenten waar het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod mager is, eerder een Wlz-indicatie aanvragen; 49% vindt dat zij dit soms eerder doen.

Tabel 11 Stellingen: redenen om een Wlz-aanvraag te doen (n=179, n= 236)

	Nooit	*Zelden*	*Soms*	*Vaak*	*Altijd*	*Totaa*
Het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod is in sommige gemeenten zo mager, dat aanvragers uit deze gemeenten eerder een aanvraag doen.	2%	6%	49%	41%	2%	100%
Het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod bepaalt mede of iemand een Wlz-indicatie aanvraagt.	5%	8%	41%	45%	1%	100%

Stellingen: redenen om geen Wlz-indicatie aan te vragen
Daarnaast zijn de CIZ-medewerkers twee stellingen voorgelegd over redenen die cliënten ervan zouden kunnen weerhouden om een Wlz-indicatie aan te vragen. Zowel de doelmatigheidstoets als de eigen bijdrage zijn volgens hen redenen voor sommige zorgvragers om geen Wlz-zorg aan te vragen.

- *Doelmatigheidstoets*. Deze stelling heeft betrekking op zorgvragers die zorg thuis ontvangen vanuit de Zvw. 20% van de respondenten geeft aan dat de situatie zich vaak voordoet dat zorgvragers geen Wlz-indicatie aanvragen, omdat de verwachte Wlz-zorgomvang thuis na de doelmatigheidstoets door het zorgkantoor lager wordt dan de huidige zorg thuis vanuit de Zvw. Een ruime meerderheid van 65% zegt dat dit soms voorkomt en 16% zegt dat deze situatie zich zelden tot nooit voordoet.
- *Eigen bijdrage*. 17% van de respondenten geeft aan dat de situatie zich vaak voordoet dat mensen geen Wlz-indicatie aanvragen vanwege de verwachtte hoogte van de eigen bijdrage. Een ruime meerderheid van 69% zegt dat dit soms voorkomt en 13% zegt dat deze situatie zich zelden tot nooit voordoet.

Tabel 12 Stellingen: redenen om geen Wlz aanvraag te doen (n=186, n= 235)

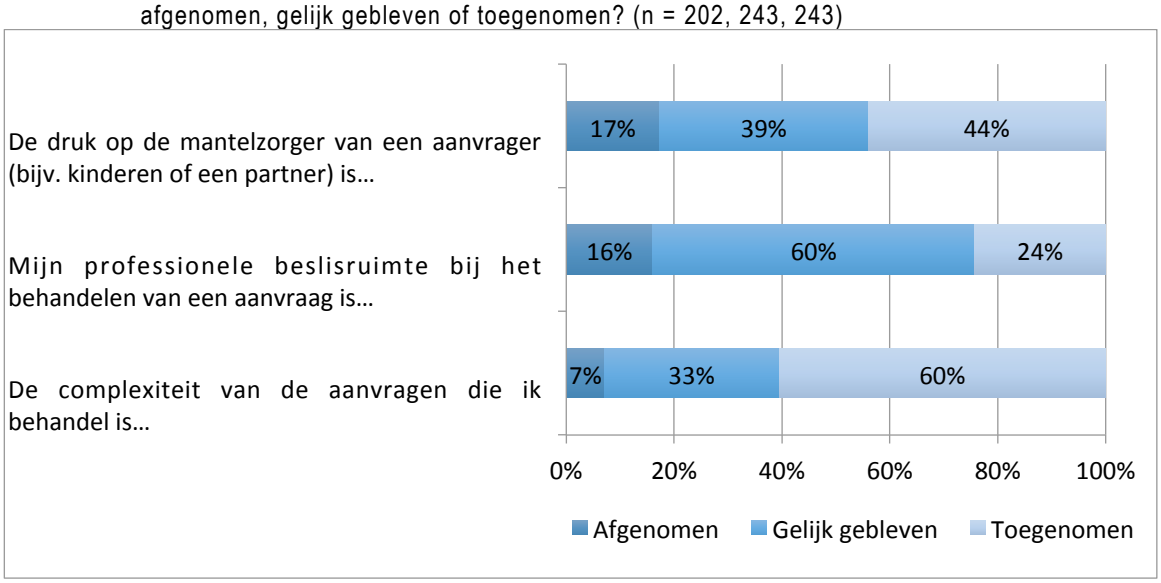
	Nooit	*Zelden*	*Soms*	*Vaak*	*Altijd*	*Totaa*
Cliënten willen geen Wlz-zorg aanvragen omdat verwachte zorgomvang thuis dan lager wordt i.v.m. doelmatigheidstoets.	4%	12%	65%	19%	1%	100%
Cliënten willen geen Wlz-zorg aanvragen vanwege verwachte hoogte eigen bijdrage bij verzilvering Wlz-indicatie.	0%	13%	69%	17%	0%	100%

4.6 Veranderingen sinds de komst van de Wlz

Medewerkers van het CIZ hebben drie vragen beantwoord over hun beleving van de gevolgen van de hervorming van de langdurige zorg. De volgende figuur toont de uitkomsten. Het is opvallend hoe verschillend de medewerkers de gevolgen van de hervormingen beoordelen.

- *Druk op mantelzorger.* 44% van de respondenten is van mening dat de druk op de mantelzorger van aanvragers is toegenomen. 39% meent dat deze druk gelijk is gebleven en 17% van de respondenten meent dat de druk op de mantelzorger is afgenomen.
- *Professionele beslisruimte bij indicatiestelling*. Meer dan de helft (60%) vindt dat de beslisruimte bij het behandelen van een aanvraag gelijk is gebleven. Van de overige respondenten vinden de meesten dat de beslisruimte is toegenomen (24% versus 16%).
- *Complexiteit van de aanvragen*. 60% van de respondenten die voor 1 januari 2015 al werkzaam waren als indicatiesteller, geeft aan dat de complexiteit van de aanvragen is toegenomen, een derde dat deze is gelijk is gebleven. Een minderheid (7%) vindt dat de complexiteit is afgenomen.

Figuur 44 Kunt u voor de volgende zaken aangeven of ze met de invoering van de Wlz zijn afgenomen, gelijk gebleven of toegenomen? (n = 202, 243, 243)



Aanvragers waarvoor geen positief Wlz-besluit kan worden afgegeven

Aan de medewerkers is gevraagd of er specifieke groepen aanvragers zijn voor wie zij geen positief Wlz-besluit kunnen afgeven, terwijl deze aanvragers naar hun mening niet thuis kunnen blijven wonen. Volgens 94% van de respondenten is dit het geval.

In een toelichtingsveld hebben de respondenten kunnen aangeven om welke groepen het daarbij gaat. De volgende groepen worden daarbij specifiek benoemd:

- *Kwetsbare ouderen, met veel fysieke beperkingen maar voldoende vermogen zelf de zorg te regisseren*. Daar voegen respondenten aan toe dat kwetsbare ouderen zonder sociaal netwerk snel vereenzamen.
- *Kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking*. Sommige CIZ-medewerkers vinden het lastig vast te stellen in welke mate de aanvrager later in het leven vaardigheden zal opdoen om zelfstandig te leven. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking.

- *Volwassenen met meervoudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven maar wel in staat zijn zelf de zorg te regisseren.* Deze groep krijgt geen toegang tot de Wlz, maar heeft wel zeer intensieve zorg nodig.
- *Mensen met psychiatrische aandoeningen* hebben geen directe toegang tot de Wlz, maar krijgen de eerste drie jaar zorg met verblijf vanuit de Zvw. Voor mensen met een combinatie van verstandelijke beperking en psychiatrische aandoening is de indicatiestelling niet eenduidig. Als de verstandelijke beperking niet kan worden vastgesteld, kan de toegang tot de Wlz niet bepaald worden en zal in eerste instantie gebruik moeten worden gemaakt van zorg vanuit de Zvw.

Om de benodigde zorg te krijgen dienen deze groepen zorgvragers een aanvraag in te dienen bij de Wmo, Jeugdwet en/of Zvw. Opvallend is dat deze groepen zorgvragers deels gelijk zijn aan de groepen waarvan de CIZ-medewerkers zeggen dat de beleidsregels Wlz hen onvoldoende houvast bieden om de indicaties te stellen (zie paragraaf 4.3).

4.7 Samenhang tussen verschillende wetten

De respondenten hebben gereageerd op een aantal stellingen over de samenhang tussen de verschillende wetten en de hervorming van de langdurige zorg. De uitkomsten zijn opgenomen in de volgende tabel.

Tabel 13 Stellingen: samenhang tussen de verschillende wetten (n=267, 274, 273, 273)

	Nooit	*Zelden*	*Soms*	*Vaak*	*Altijd*	*Totaal*
U moet cliënten (terug)verwijzen naar de Wmo/Jeugdwet/Zvw omdat ze bij u niet aan het juiste adres zijn.	0%	7%	62%	32%	0%	100%
Gemeenten verwijzen vaak cliënten naar de Wlz, die terugverwezen worden naar de Wmo.	1%	5%	57%	36%	0%	100%
Gemeenten nemen contact met u op om te overleggen of/wanneer cliënten bij de Wmo/Jeugdwet of bij de Wlz thuishoren.	18%	36%	29%	16%	0%	100%
Het is lastig te bepalen of iemand onder de Wlz of de Wmo/Jeugdwet/Zvw/IKZ valt.	3%	32%	58%	7%	0%	100%

Van de deelnemende CIZ-medewerkers vindt bijna een derde (32%) dat zij *vaak* cliënten moeten (terug)verwijzen naar de Wmo/Jeugdwet/Zvw. Bijna twee derde (62%) is van mening dat dit *soms* het geval is.
Hiermee in lijn vindt een derde van de CIZ-medewerkers (36%) dat zij *vaak* cliënten moeten terugverwijzen naar de Wmo, wanneer deze cliënten door de gemeenten zijn verwezen naar het CIZ. Meer dan de helft van de medewerkers (57%) vindt dat dit *soms* gebeurt.
Telefonisch contact om te overleggen of een cliënt bij de Wmo/Jeugdwet of bij de Wlz thuishoort, kan helpen voorkomen dat het CIZ cliënten moet terugverwijzen. Slechts een beperkt aantal CIZ-medewerkers (16%) geeft aan dat gemeenten vaak hierover contact opnemen en bijna een derde (29%) dat dit soms gebeurt. Bij deze stelling is er een onderscheid tussen de verschillende functies binnen het CIZ. Beoordelaars geven minder vaak dan onderzoekers aan dat deze situatie zich nooit voordoet (5% van de beoordelaars ten opzichte van 25% van de onderzoekers). Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat beoordelaars ook de telefonische aanvraag- en advieslijn beheren. Hier bellen gemeenten met vragen naartoe.
Over het algemeen geven de medewerkers aan dat de afbakening tussen de wettelijke domeinen (Wlz, Wmo, Jeugdwet, Zvw en IKZ) helder is. Slechts 7% van de CIZ-

medewerkers vindt dat het *vaak* lastig is te bepalen of een cliënt onder de Wlz of een ander domein valt, 58% vindt dit soms en 35% zelden of nooit.

4.8 Mogelijkheden voor verbetering volgens medewerkers CIZ

Medewerkers van het CIZ is gevraagd welke mogelijkheden zij zien voor de verbetering van de toegang tot de langdurige zorg (vanuit de Wlz). Zij noemen de volgende mogelijkheden:

Informatievoorziening aan stakeholders zorgstelsel verbeteren
De informatievoorziening voor stakeholders in het nieuwe zorgstelsel is veruit het meest genoemd als mogelijkheid ter verbetering. CIZ-medewerkers geven aan dat er onder een aantal betrokken partijen (zorgvragers en hun omgeving, gemeenten, zorgverzekeraars) veel onduidelijkheid is over de voorwaarden voor toegang tot de Wlz. De medewerkers zeggen dat gemeenten en zorgverzekeraars geregeld onterecht cliënten verwijzen naar het CIZ voor een Wlz-indicatie.

Informatievoorziening voor kwetsbare doelgroepen verbeteren
Ook de informatievoorziening voor bepaalde doelgroepen kan volgens meerdere CIZ-medewerkers worden verbeterd. Online informatie is niet voor iedereen toegankelijk en de wet- en regelgeving is erg complex voor een aantal doelgroepen. De medewerkers raden aan om voor een aantal groepen gerichter informatiemateriaal te ontwikkelen. Zij noemen ouderen en mensen met een licht verstandelijke beperking vaak als doelgroep waarvoor de huidige informatie niet duidelijk is.

Duidelijkere kaders voor indicatiestelling
De CIZ-medewerkers geven aan dat zij het belangrijk vinden objectief een indicatie te (kunnen) stellen. Hiervoor hebben zij duidelijke kaders nodig, waarvan zij nu menen dat die soms ontbreken, met name waar het gaat om de termen ‘ernstig nadeel’, ’24 uur zorg in de nabijheid’ en ‘permanent toezicht’ in de beleidsregels.

De afbakening tussen wetten is niet altijd duidelijk
De afbakening tussen verschillende wetten is volgens de CIZ-medewerkers niet altijd duidelijk, in het bijzonder wanneer er meerdere grondslagen van toepassing zijn op een aanvrager (bijvoorbeeld verstandelijke beperkingen en psychiatrie), waardoor cliënten zowel onder de Wlz als onder de Jeugdwet/Zvw/Wmo vallen.

Korte Wlz-indicaties voor jongeren mogelijk maken
Een aantal CIZ-medewerkers geeft aan dat zij indicaties met een beperkte geldigheid (bijvoorbeeld vijf jaar) voor jeugd en jongeren een goede toevoeging zouden vinden. In deze periode kunnen cliënten binnen de Wlz werken aan bijvoorbeeld meer zelfstandigheid of regievermogen.

De ondersteuning door mantelzorgers meewegen bij indicatiestelling
Volgens een aantal CIZ-medewerkers dient de rol van de mantelzorger te worden meegewogen in de Wlz-aanvraag. Zij geven aan dat dit ook gebeurt in de Wmo. Langer thuis blijven wonen kan soms alleen dankzij de ondersteuning van de mantelzorger, en daarom dient de inspanning van de mantelzorger volgens enkele medewerkers ook te worden meegewogen bij het Wlz-besluit.

Indicatiestelling door zorgprofessionals weer mogelijk maken
De CIZ-medewerkers noemen verder dat het opnieuw invoeren van indiceren door ziekenhuizen en zorgaanbieders een verbetering zou betekenen van de toegang tot de Wlz. Dit verlicht de administratieve lasten voor alle partijen.

4.9 Conclusies

Mate waarin cliënten op de hoogte zijn van (de toegang tot) de Wlz
Volgens de CIZ-medewerkers zijn cliënten op bepaalde onderwerpen onvoldoende op de hoogte van (de toegang tot) de Wlz. Volgens hen zijn cliënten vaak tot altijd op de hoogte van het verschil tussen pgb en zorg in natura (70%) en van de rol van het CIZ bij de toegang tot de Wlz (70%), maar van de financiële consequenties van de verzilvering van een Wlz-indicatie en de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning zijn zij zelden tot nooit op de hoogte (respectievelijk 64% en 57%). Dit komt overeen met de ervaringen van de aanvragers.

Terugverwijzen van cliënten
Bijna een derde van de CIZ-medewerkers merkt op dat zij *vaak* cliënten moeten verwijzen naar andere wettelijke domeinen, zoals de Wmo en de Zvw, omdat zij niet voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz. Ruim een derde van de medewerkers (36%) verwijst vaak cliënten terug naar de Wmo, nadat zij zich al hebben gemeld bij het gemeentelijk loket.

Redenen om een Wlz aanvraag te doen of hier vanaf te zien
Volgens de respondenten van het CIZ is - naast afnemende gezondheid of toenemende beperkingen - een advies van de gemeente de meest voorkomende reden waarom burgers een aanvraag voor Wlz-zorg doen, gevolgd door de afwezigheid van een partner/huisgenoot en de afwezigheid van een sociaal netwerk.
Circa een vijfde van de CIZ-medewerkers is van mening dat het vaak voorkomt dat cliënten afzien van een Wlz-aanvraag vanwege de hoogte van de eigen bijdrage in de Wlz, of omdat zij verwachten onder de Wlz minder zorg thuis te kunnen ontvangen dan vanuit de Zvw het geval is.

Beoordeling indicatiestelling voor de Wlz
Ruim de helft van de CIZ-respondenten (52%) geeft aan dat de beleidsregels zelden tot nooit *onvoldoende* houvast bieden om een indicatie te stellen. Volgens een meerderheid van de respondenten (55%) is het positief voor de positie van de mantelzorger dat er geen rekening wordt gehouden met zijn of haar inspanningen; volgens 10% pakt dit echter negatief uit voor de mantelzorger. Aanvragen die zijn voorbereid en ingediend door zorgaanbieders worden eenvoudiger verwerkt door het CIZ dan aanvragen die worden ingediend door de zorgvrager zelf of door een naaste. Het CIZ legt vaak een huisbezoek af wanneer de zorgvrager en/of naaste de aanvraag voor een Wlz-indicatie indienen.

Indicatiestelling specifieke groepen
De respondenten van het CIZ noemen vier groepen aanvragers die onder de huidige beleidsregels geen toegang krijgen tot de Wlz, maar volgens hen ook niet zelfstandig thuis kunnen wonen:

- *Kwetsbare ouderen*. Dit zijn ouderen met lichamelijke beperkingen, ouderdomsklachten, die cognitief geen beperkingen hebben.
- *Kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking*. Bij deze groep is het niet altijd mogelijk om vast te stellen of er een blijvende behoefte aan

permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking.
- *Volwassenen met meervoudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven maar wel in staat zijn zelf de zorg te regisseren*
- *Mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen.*

Deze groepen cliënten krijgen geen zorg vanuit de Wlz, maar zijn aangewezen op andere wettelijke kaders, zoals de Wmo, de Zvw en/of de Jeugdwet.

Veranderingen ten opzichte van de AWBZ

De respondenten zijn gevraagd te bepalen of de onderstaande drie thema's zijn veranderd sinds de komst van de Wlz.

- *Druk op mantelzorger*. Bijna de helft van de CIZ-medewerkers (44%) is van mening dat de druk op de mantelzorgers van zorgvragers is toegenomen; volgens 17% is de druk echter afgenomen.
- *Professionele beslisruimte bij indicatiestelling*. Bijna een kwart van de CIZ-medewerkers (24%) vindt dat de beslisruimte bij het behandelen van een aanvraag is toegenomen, en 16% vindt dat niet. Het merendeel van de respondenten (60%) ervaart op dit punt geen verandering.
- *Complexiteit van de aanvragen*. Bijna twee derde (60%) van de respondenten die voor 1 januari 2015 al werkzaam waren als indicatiesteller, geeft aan dat de complexiteit van de aanvragen is toegenomen. Een minderheid (7%) vindt dat de complexiteit is afgenomen.

Hoofdstuk 5
Ervaringen medewerkers van de zorgkantoren

Dit hoofdstuk behandelt de uitvoering van de Wlz door de zorgkantoren. In de periode 11 april tot en met 9 mei 2016 hebben 86 medewerkers van de acht concessiehouders van zorgkantoren een online vragenlijst ingevuld over hun werkzaamheden in het kader van de Wlz en hun ervaringen daarmee. De uitspraken in dit hoofdstuk zijn representatief voor de ervaringen van de medewerkers van de zorgkantoren, zoals deze waren in het voorjaar van 2016, tenzij er uitsplitsingen worden gemaakt.

Ook in dit hoofdstuk varieert het aantal respondenten per vraag. Sommige respondenten hebben een aantal vragen niet beantwoord over pgb's en aanverwante zaken, omdat deze vragen niet over hun werkzaamheden gingen. We geven dit per vraag aan.

5.1 Zorgkantoren en klantadviseurs

Wanneer het CIZ een Wlz-indicatie heeft verstrekt, valt een cliënt onder een zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht. Het moet ervoor zorgen dat verzekerden hun recht op zorg tot gelding kunnen brengen. Tot die taak behoort ook ervoor te zorgen dat passende zorg daadwerkelijk wordt verleend. Deze laatste service wordt zorgbemiddeling genoemd. Deze zorgbemiddelingstaak moet onder de Wlz actief worden opgepakt door de medewerkers van de zorgkantoren.

Verschillende functietitels

De benamingen van de medewerkers die de cliënt ondersteunen verschillen per zorgkantoor, van 'klantmanagers' tot 'klantadviseurs' of 'zorgadviseurs'. Ook zijn de taken in de verschillende zorgkantoren vaak over meerdere functies verdeeld en soms ook belegd bij verschillende afdelingen. Zo hebben zorgkantoren de afdeling pgb soms apart van zorg in natura georganiseerd. Ook hebben zorgkantoren de taken algemeen klantadvies en zorgbemiddeling op casusniveau belegd bij verschillende afdelingen.

Informatie en advies over leveringsvormen en bemiddelen met zorgaanbieder

Het is de taak van het zorgkantoor om de cliënten in hun regio te wijzen op de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning en hen te ondersteunen bij het tot gelding brengen van hun recht op zorg. Het gaat daarbij onder meer om het verstrekken van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod, de verschillen tussen de gecontracteerde aanbieders, wachttijden, en over de mogelijkheden om thuis zorg te ontvangen met een volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) of persoonsgebonden budget (pgb). Desgevraagd dient het zorgkantoor te bemiddelen dat een cliënt zorg (en verblijf) krijgt bij een zorginstelling. De dienstverlening vindt in belangrijke mate op afstand plaats (telefoon, internet).

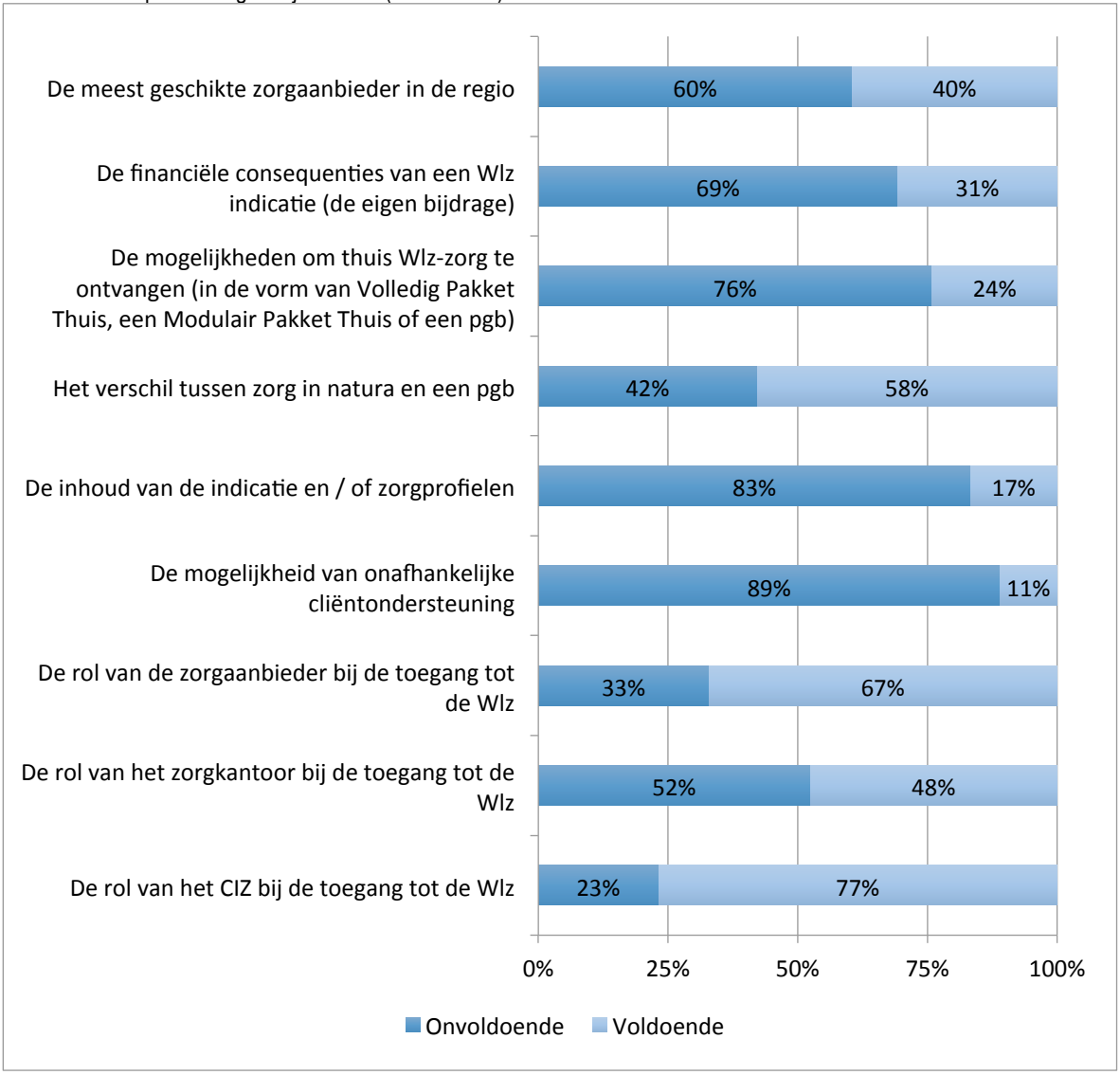
5.2 Voorkennis van cliënten die contact opnemen met het zorgkantoor

Medewerkers van zorgkantoren hebben voornamelijk telefonisch contact met de cliënten. 35% van de respondenten geeft aan bij cliënten thuis te komen, 42% heeft ook gesprekken met cliënten op kantoor. Dit komt overeen met de ervaringen van de aanvragers. Een ruime meerderheid van de aanvragers heeft telefonisch contact gehad met het zorgkantoor (zie paragraaf 3.7 en tabel 59 bijlage 1).

De medewerkers van de zorgkantoren hebben een aantal vragen beantwoord over de voorkennis van cliënten wanneer deze contact opnemen met het zorgkantoor. Er is volgens

de medewerkers van het zorgkantoor vooral voldoende kennis over de rol van het CIZ (76%), de rol van de zorgaanbieder (69%) en het verschil tussen pgb en zorg in natura (58%). Onvoldoende voorkennis is er volgens de medewerkers over de onafhankelijke cliëntondersteuning (89%). Dit komt overeen met de ervaringen van de aanvragers (zie paragraaf 3.5) en het beeld van de medewerkers van het CIZ (paragraaf 4.3); ook zij menen dat er onvoldoende kennis is van de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning. Verder zijn cliënten onvoldoende bekend met de inhoud van de indicatie en de zorgprofielen (83%), de mogelijkheden om thuis Wlz-zorg te ontvangen met een VPT of een MPT (76%) en financiële consequenties (69%).

Figuur 45 Kunt u aangeven in hoeverre cliënten, wanneer zij contact hebben met het zorgkantoor, op de hoogte zijn van... (n=73 – 82)



Aandachtspunten in de informatievoorziening aan cliënten.
Respondenten hebben een vraag beantwoord of zij aandachtspunten zien in de informatievoorziening aan cliënten. 69% van de respondenten beantwoordt deze vraag bevestigend. In de toelichting noemen zij de volgende aandachtspunten:

- Respondenten geven aan dat de informatie over de langdurige zorg (vanuit de Wlz) voor veel cliënten niet eenvoudig te vinden is. Niet iedereen heeft toegang tot internet en

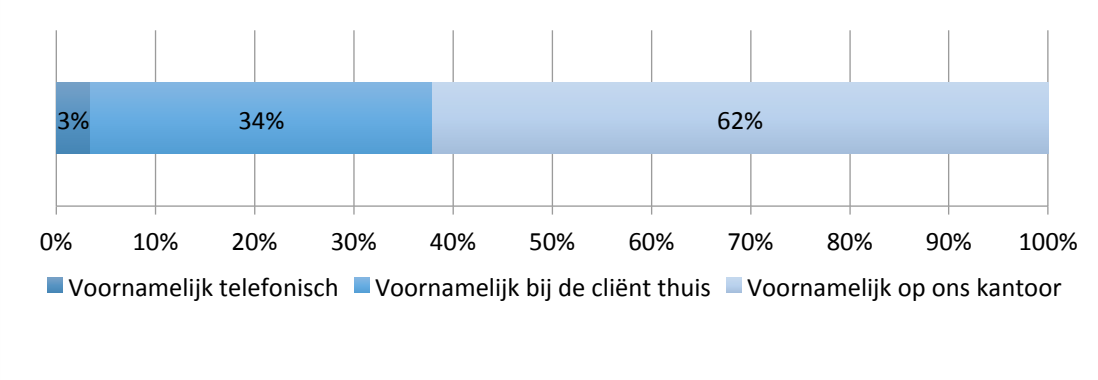
cliënten (of hun vertegenwoordigers) weten niet welke informatie bij welke partij beschikbaar is.
- De beschikbare informatie is volgens respondenten te complex voor cliënten (of hun vertegenwoordigers) en er wordt veel vakjargon in gebruikt.
- Volgens medewerkers van zorgkantoren worden cliënten geregeld verkeerd of onvolledig voorgelicht door medewerkers van gemeenten en/of het CIZ. Dit leidt tot verkeerde verwachtingen of verwarring wanneer men contact opneemt met het zorgkantoor, bijvoorbeeld over leveringsvormen van de zorg, zoals een pgb, VPT of MPT. Ook aanvragers en de medewerkers van het CIZ geven aan dat aanvragers niet beschikken over correcte en/of volledige informatie (zie paragraaf 3.3 en 4.3).
- Cliënten hebben onvoldoende inzicht in de financiële consequenties van een Wlz-indicatie en de verschillende leveringsvormen.

5.3 Persoonsgebonden budget

Zorgkantoren voeren bewustekeuzegesprekken met cliënten die een pgb aanvragen. In dit gesprek verkennen zorgkantoren of de cliënt bewust kiest voor een pgb, bekend is met de plichten die horen bij het beheren van een pgb en of de cliënt in staat is om het pgb te beheren, of dat er iemand in de omgeving van de cliënt is die het budgetbeheer op zich kan nemen. Ook gebruiken zorgkantoren deze gesprekken voor het bespreken van de mogelijkheden voor zorg, wanneer een cliënt nog niet weet hoe hij de zorg wil organiseren.

De respondenten die bewustekeuzegesprekken voeren (34% van de respondenten, ofwel 29 respondenten), geven aan dat deze gesprekken voornamelijk op het zorgkantoor plaatsvinden (62%). Volgens een derde van de respondenten vinden de gesprekken voornamelijk plaats bij de cliënt thuis (34%).

Figuur 46 Waar vinden de bewustekeuzegesprekken plaats? (n=29)



De respondenten die bewustekeuzegesprekken voeren is gevraagd of zij in de gesprekken rekening houden met de belasting van de mantelzorger. Dit blijkt het geval: 58% van respondenten die bewustekeuzegesprekken voeren houdt hier enigszins rekening mee en 42% veel.[43]

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom een cliënt kiest voor een pgb in plaats van voor zorg in natura. 57% van de respondenten van zorgkantoren die bewustekeuzegesprekken voeren geeft aan dat de belangrijkste reden hiervoor is dat cliënten de zorg graag willen ontvangen van een naaste.

[43] De antwoorden ‘weinig’ en ‘geen’ zijn niet gegeven door de respondenten.

Tabel 14 Wat is volgens u de meest voorkomende reden dat cliënten kiezen voor een pgb in plaats van zorg in natura? (beantwoord door pgb-medewerkers zorgkantoren, n=28)

	Aantal	*Percentage*
De cliënt wil de zorg graag ontvangen van een naaste	16	57%
De cliënt wil graag zelf de regie voeren over de zorg	12	42%
De gewenste zorg is in de regio van de cliënt niet beschikbaar in natura	0	0%
Totaal	28	100%

In aanvulling op de bestaande antwoordcategorieën konden de respondenten andere redenen noemen waarom aanvragers kiezen voor een pgb. Zij hebben de volgende (aanvullende) redenen genoemd:

- *Financiële prikkel*. Cliënten gebruiken het pgb als inkomen voor zichzelf en hun naasten.
- *Zorg van specifieke (eventueel niet-gecontracteerde) zorgaanbieder*: indien een cliënt wil verblijven in een kleinschalig wooninitiatief dat geen contract heeft met het zorgkantoor, kan dit via een pgb. Ook bijzondere vormen van dagbesteding zijn voor cliënten een reden om voor een pgb te kiezen.
- *Flexibiliteit*. Met een pgb-aanbieder kan een cliënt afspraken maken over onregelmatige tijden, zorg op afroep of ondersteuning bij het volgen van onderwijs of andere dagactiviteiten.
- *Vaste en ervaren zorgprofessionals*. Cliënten met een pgb kunnen vaste en ervaren professionals inhuren, waardoor er geen onbekenden in huis komen en de hulp niet wordt geboden door jonge/onervaren krachten.

Over het algemeen kan een voorkeur voor een pgb gehonoreerd worden na een bewustekeuzegesprek. Aan de medewerkers van zorgkantoren die zich bezig houden met de toekenning van pgb's, is gevraagd hoe vaak het voorkomt dat een voorkeur voor een pgb niet gehonoreerd kan worden. Deze 26 medewerkers geven allen aan dat dit 'zelden' tot 'soms' het geval is (zie tabel 63 bijlage 1).

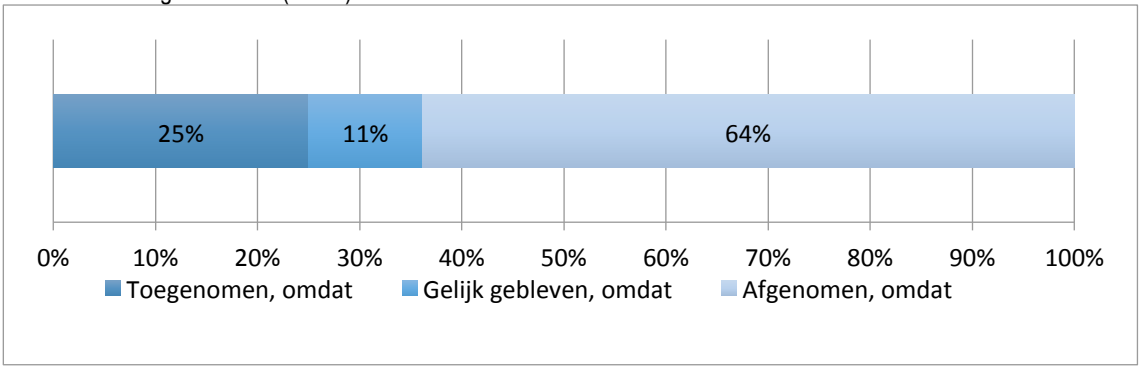
Redenen waarom een voorkeur voor pgb niet gehonoreerd kan worden
64% van de respondenten geeft aan dat de belangrijkste reden voor het niet honoreren van een pgb-aanvraag is dat de cliënt niet het vermogen heeft om de regie over het budget te voeren, of dat er niemand in de omgeving van de cliënt beschikbaar is om dit te doen. Verder geeft 34% aan dat er andere redenen zijn waarom een pgb-aanvraag niet gehonoreerd kan worden. Dit zijn schulden bij de cliënt of deelname aan een WNSP- traject (Wet Sanering Natuurlijke Personen). Ook wordt hier genoemd dat cliënten eerder een pgb hebben gehad en toen niet aan hun verplichtingen voldeden, waardoor een nieuwe aanvraag voor een pgb niet gehonoreerd kan worden.

5.4 Wlz-zorg thuis ontvangen met VPT of MPT

Ook voor 1 januari 2015 konden cliënten met een AWBZ-indicatie voor zorg met verblijf hun zorg thuis ontvangen, bijvoorbeeld via een pgb, een modulair pakket thuis (MPT) of een volledig pakket thuis (VPT).

Aan de respondenten is de vraag voorgelegd of, in vergelijking met de situatie voor 1 januari 2015, de mogelijkheden voor zorg thuis zijn toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen. Een meerderheid van de respondenten is van mening dat deze mogelijkheden zijn afgenomen (64%). Deze vraag is alleen voorgelegd aan de 41 respondenten die al voor 1 januari 2015 werkzaam waren als medewerker 'zorgtoewijzing'.

Figuur 47 Zijn onder de Wlz de mogelijkheden voor zorg thuis volgens u toegenomen of afgenomen? (n=36)



De respondenten geven de volgende redenen waarom de mogelijkheden voor zorg thuis zijn afgenomen sinds begin 2015:

- De doelmatigheidstoets voor VPT of MPT leidt voor sommige cliënten tot minder uren zorg dan zij ontvingen op grond van de Zvw.
- Cliënten betalen in de Wlz een (hoge) eigen bijdrage. Door deze kosten zien sommige cliënten af van bepaalde zorg.
- Zorgkantoren hanteren het toetsingskader voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis. In dit kader zijn maximale tarieven en budgetten opgenomen voor zorg thuis en voor overbruggingszorg. Op basis van het toetsingskader kunnen zorgkantoren besluiten dat de wens om thuis te blijven wonen niet kan worden gehonoreerd.
- Er zijn in de Wlz minder logeermogelijkheden als respijtzorg beschikbaar dan in de AWBZ.

Een kwart van de respondenten meent dat de mogelijkheden voor zorg thuis sinds begin 2015 zijn toegenomen. Zij geven de volgende toelichtingen:

- Cliënten hebben met het MPT de mogelijkheid gekregen om een pgb en zorg in natura te combineren.
- Het CIZ indiceert niet meer in afzonderlijke functies zoals in de AWBZ, maar in pakketten van zorg (zorgprofielen).

Doelmatigheidstoets

Wanneer cliënten aangeven dat zij een voorkeur hebben voor de leveringsvormen VPT of MPT, dan voert het zorgkantoor eerst een doelmatigheidstoets uit. Dit gebeurt aan de hand van het toetsingskader voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis, opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Onderdeel van het toetsingskader is de rekenmodule voor het toetsen van de doelmatigheid van zorg thuis. Twee derde van de respondenten van de zorgkantoren meent dat het toetsingskader vaak tot altijd helpt om tot een voor de cliënt passend besluit te komen.

Tabel 15 Hoe vaak helpt het toetsingskader voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis u in de afweging tot een voor de cliënt passend besluit? (n=49)

	Aantal	*Percentage*
Nooit	2	4%
Zelden	5	10%
Soms	8	16%
Vaak	25	51%
Altijd	9	18%
Totaal	49	100%

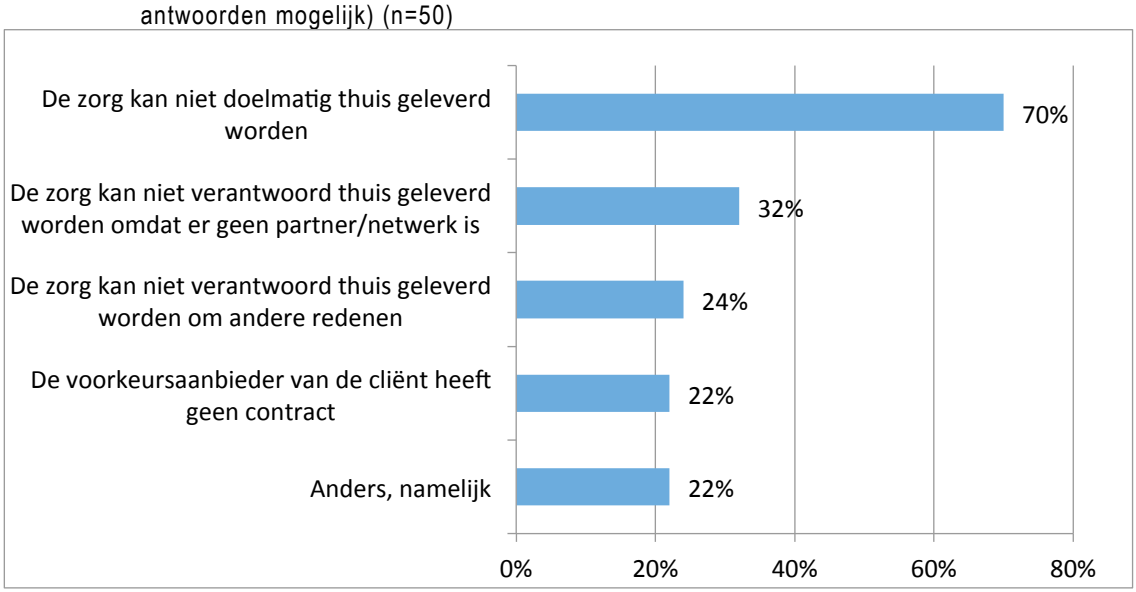
Ook is de respondenten gevraagd hoe vaak het voorkomt dat het toetsingskader onvoldoende ruimte biedt voor maatwerk voor de cliënt. Volgens driekwart van de respondenten komt dit zelden tot soms voor en kan op grond van het kader over het algemeen maatwerk worden geboden.

Tabel 16 Hoe vaak komt het volgens u voor dat het toetsingskader voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis onvoldoende ruimte biedt om maatwerk te leveren voor de cliënt? (n=48)

	Aantal	*Percentage*
Nooit	0	0%
Zelden	12	25%
Soms	25	52%
Vaak	11	23%
Altijd	0	0%
Totaal	48	100%

Redenen voor zorgkantoren om geen VPT of MPT te verstrekken
Ondanks dat een cliënt kiest voor een VPT of MPT kunnen zorgkantoren besluiten deze leveringsvorm niet te verstrekken. Aan dit besluit kunnen verschillende redenen aan ten grondslag liggen. De belangrijkste reden is volgens de respondenten van de zorgkantoren dat de zorg niet doelmatig bij de cliënt thuis geleverd kan worden (70%).

Figuur 48 Wat zijn volgens u veel voorkomende redenen dat een Volledig Pakket Thuis of een Modulair Pakket Thuis niet gehonoreerd kan worden voor een cliënt? (maximaal 3 antwoorden mogelijk) (n=50)



Volgens 22% is er een andere reden waarom een VPT of MPT niet gehonoreerd kan worden. Zij noemen de volgende redenen:

- De zorgaanbieder waarvoor de cliënt kiest levert geen VPT of MPT op het adres van de cliënt.
- De cliënt ontvangt veel zorg thuis vanuit de Zvw. Bij het omrekenen naar Wlz-zorg blijkt dat deze zorg niet doelmatig geleverd kan worden of zijn voor de cliënt de mogelijkheden binnen het profiel en budget te beperkt.

5.5 De rol van zorgaanbieders bij de toegang

Zorgaanbieders kunnen cliënten ondersteunen bij het doen van een Wlz-aanvraag. Daarbij kunnen aanbieders ook aangeven welk profiel zij nodig achten voor de cliënt.
De medewerkers van zorgkantoren is gevraagd of het voorkomt dat zorgaanbieders een te hoog zorgprofiel aanvragen. Volgens meer dan de helft van de ondervraagde medewerkers (56%) komt dit soms voor en volgens 17% van de medewerkers gebeurt dit vaak. Daar staat tegenover dat ruim een kwart van mening is dat dit zelden of nooit voorkomt.

Tabel 17 Hoe vaak komt het volgens u voor dat zorgaanbieders voor hun cliënt een te hoog zorgprofiel aanvragen? (n=48)

	Aantal	*Percentage*
Nooit	1	2%
Zelden	12	25%
Soms	27	56%
Vaak	8	17%
Altijd	0	0%
Totaal	48	100%

5.6 Zorgprofielen en zorgbehoefte

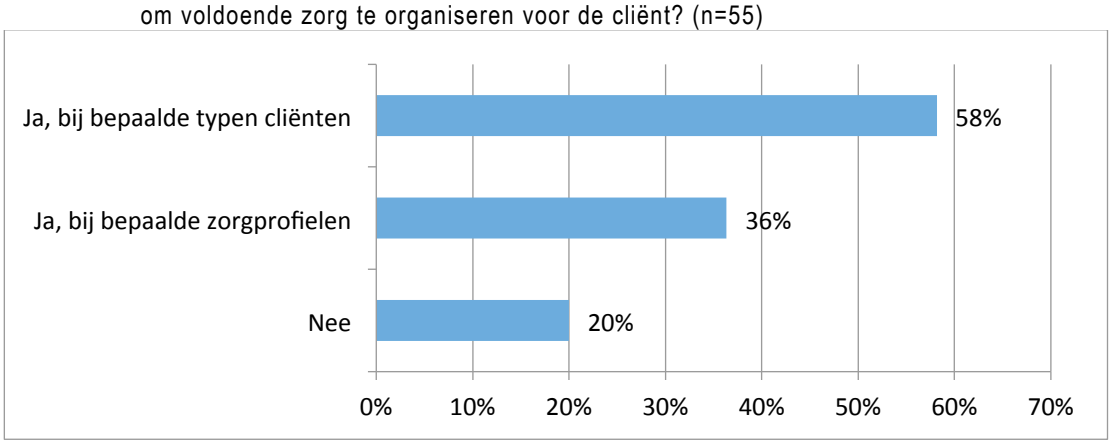
Het CIZ indiceert een zorgprofiel voor cliënten. Aan medewerkers van zorgkantoren is gevraagd hoe vaak het geïndiceerde zorgprofiel niet aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. Dit blijkt bijvoorbeeld als er kort na aanvang van de zorg een herindicatie wordt aangevraagd. Volgens 86% van de medewerkers komt dit zelden tot nooit voor.

Tabel 18 Hoe vaak komt het volgens u voor dat het geïndiceerde zorgprofiel niet aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt? (n=21)

	Aantal	*Percentage*
Nooit	1	5%
Zelden	17	81%
Soms	0	0%
Vaak	3	14%
Altijd	0	0%
Totaal	21	100%

Aan de medewerkers van de zorgkantoren is gevraagd of het in bepaalde gevallen moeilijk is om voldoende zorg te organiseren voor de cliënt. 55 respondenten hebben deze vraag beantwoord. Volgens 31 van hen geldt dit bij bepaalde cliëntgroepen en zeventien van hen zijn van mening dat dit geldt voor bepaalde zorgprofielen. Acht respondenten geven aan dat dit niet het geval is.

Figuur 49 Zijn er zorgprofielen en/of typen cliënten waarvoor volgens u geldt dat het moeilijk is om voldoende zorg te organiseren voor de cliënt? (n=55)



De respondenten noemen de volgende type cliënten waarvoor het moeilijker is om zorg voor te organiseren:

- *Gedragsproblematiek*. Iets meer dan de helft van de respondenten van de zorgkantoren noemt de component ‘gedragsproblematiek’ als bemoeilijkende factor. Dit geldt zowel voor cliënten met psychogeriatrische grondslag als voor cliënten met een (licht) verstandelijke beperking. Plaatsing van deze cliënten is vaak moeilijk. Er zijn wachtlijsten, en aanbieders verlangen hiervoor ook relatief zware zorgprofielen die zelden worden geïndiceerd.
- *Geen probleeminzicht*. Wanneer een cliënt geen probleeminzicht heeft, kan het zijn dat hij niet akkoord gaat met zorg die hij wel nodig heeft.
- *Terminale cliënten*. Voor terminale cliënten kan de zorgvraag snel veranderen; dit maakt het moeilijk om passende zorg te organiseren.

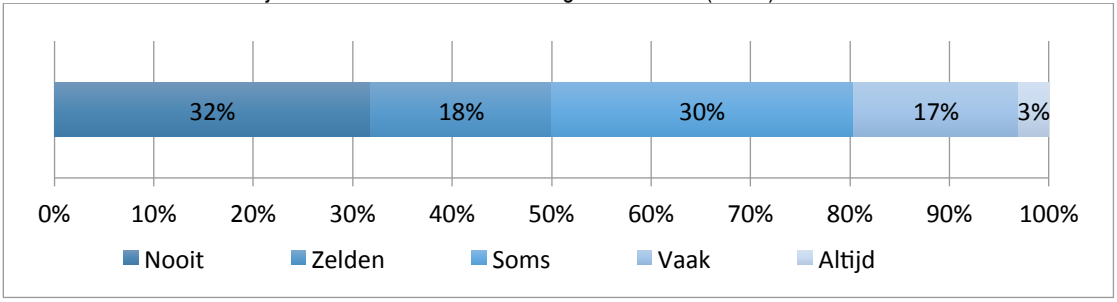
In de toelichtingen wordt zorgprofiel VV5 door enkele respondenten genoemd als een zorgprofiel waarbinnen het moeilijk is om voldoende zorg te organiseren. Deze cliënten kunnen volgens de respondenten moeilijker geplaatst worden, waardoor cliënten langer thuisblijven. Dit leidt volgens deze respondenten tot overbelasting van mantelzorgers. Het profiel biedt bijvoorbeeld onvoldoende financiële ruimte voor tijdelijke extra dementiezorg in de thuissituatie om de mantelzorger te ontlasten[44].

5.7 Informatievoorziening van zorgkantoren aan cliënten

Om inzicht te krijgen in de informatievoorziening van zorgkantoren aan cliënten zijn de medewerkers van zorgkantoren twee stellingen voorgelegd.

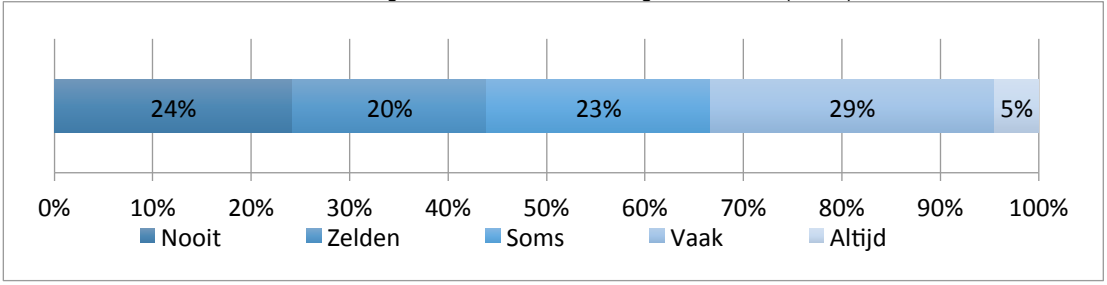
De eerste stelling gaat over de mate waarin zorgkantoren cliënten inzicht kunnen geven in de wachttijden voor verschillende zorgaanbieders. De helft van de respondenten van de zorgkantoren geeft aan dat zij dit inzicht nooit tot zelden kunnen geven. Dit is in lijn met de uitkomsten van het onderzoek onder aanvragers (zie paragraaf 3.7). De helft van de aanvragers geeft aan dat zij van het zorgkantoor geen informatie hebben ontvangen over wachttijden bij zorgaanbieders.

Figuur 50 Stelling: Ik kan cliënten (of hun mantelzorger of vertegenwoordigers) ... inzicht geven in de wachttijden voor verschillende zorgaanbieders (n=66)



Daarnaast is aan de medewerkers een stelling voorgelegd over het inzicht kunnen bieden aan cliënten in de kwaliteit van zorg van verschillende aanbieders. Een derde van de medewerkers zegt dit vaak tot altijd te kunnen geven (34%). Opvallend is dat 44% van de medewerkers zegt de cliënten hier zelden tot nooit over te kunnen informeren.

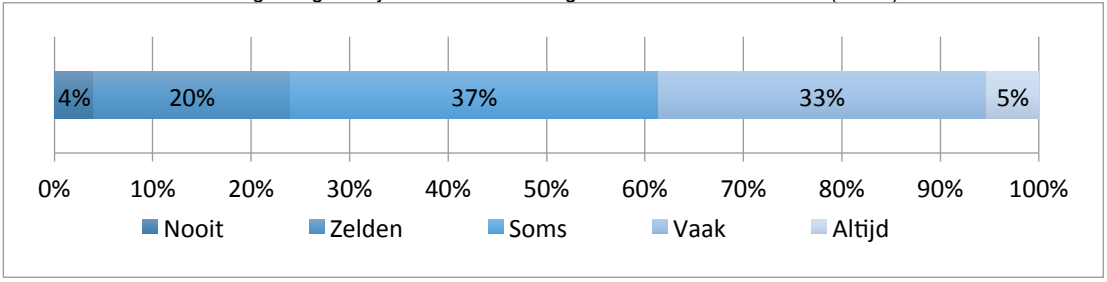
Figuur 51 Stelling: Ik kan cliënten (of hun mantelzorger of vertegenwoordigers) ... inzicht geven in de kwaliteit van de zorg van verschillende zorgaanbieders (n=66)



[44] Vanaf 1 januari 2017 kan het profiel VV5 tijdelijk worden opgehoogd en gecombineerd met het profiel VV7, om in genoemde situaties passende zorg te kunnen verlenen.

Inzicht van cliënten in financiële consequenties van de Wlz
De derde stelling gaat over de mate waarin cliënten op de hoogte zijn van de financiële consequenties van het verzilveren van een Wlz-indicatie. Er blijkt veel onduidelijkheid over te zijn bij cliënten, zo constateren de zorgkantoormedewerkers. Volgens twee derde van de respondenten beseffen cliënten nooit tot soms wat de financiële consequenties zijn van het verzilveren van een Wlz-indicatie.

Figuur 52 Stelling: Cliënten (of hun mantelzorger of vertegenwoordigers) beseffen ... wat de financiële gevolgen zijn van verzilvering van een Wlz-indicatie (n=75)

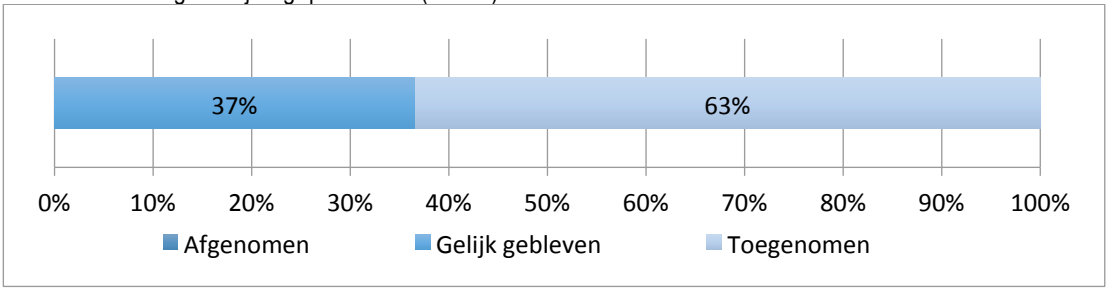


5.8 Veranderingen ten opzichte van de AWBZ

41 respondenten die ook voor 1 januari 2015 bij het zorgkantoor werkten als medewerker zorgtoewijzing, hebben gereageerd op vier stellingen over de gevolgen van de hervorming van de langdurige zorg. Daarnaast hebben zij een toelichting kunnen geven op hun antwoord op de stelling.

De complexiteit van het zorgtoewijzingsproces
Volgens twee derde van de respondenten (63%) die al voor 1 januari 2015 werkzaam waren als medewerker 'zorgtoewijzing', is de complexiteit van het zorgtoewijzingsproces door de hervormingen in de langdurige zorg toegenomen. Geen van de respondenten is van mening dat de complexiteit is afgenomen.

Figuur 53 Door de hervormingen in de langdurige zorg is de complexiteit van het zorgtoewijzingsproces.... (n= 41)



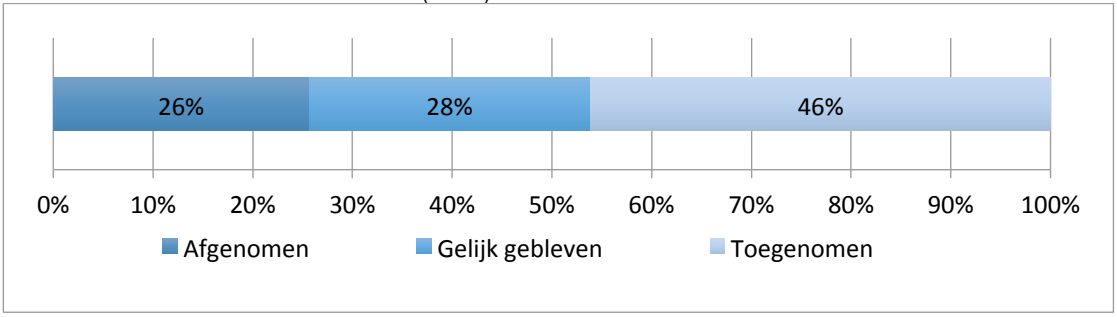
Redenen waarom de complexiteit van het zorgtoewijzingsproces volgens de respondenten is toegenomen, zijn:

- Het vele 'rekenwerk' dat volgens de respondenten nodig is om te bepalen of zorg thuis geleverd kan worden, met name voor het VPT.
- Toename van het aantal regelingen, formulieren, subsidies en uitzonderingsgroepen. Dit maakt zorgtoewijzing complexer.
- Onduidelijkheid over afbakening van wettelijke domeinen. Het is niet altijd duidelijk welke onderdelen van zorg en ondersteuning onder welke wet vallen. Dit geeft onduidelijkheid voor zowel professionals als cliënten en hun vertegenwoordigers.

- Onder de Wlz en de Wmo moet de cliënt een eigen bijdrage betalen. De financiële consequenties hiervan zijn niet altijd duidelijk. Dit blijkt ook uit de ervaringen van aanvragers (zie paragraaf 3.4).

Maatwerk voor de cliënt
Ook is aan de respondenten die al voor 1 januari 2015 werkzaam waren als medewerker 'zorgtoewijzing', gevraagd hoe de mogelijkheden om maatwerk te leveren voor een cliënt zich hebben ontwikkeld. Bijna de helft van de medewerkers (46%) vindt dat deze mogelijkheden zijn toegenomen, een kwart is echter van mening dat de mogelijkheden zijn afgenomen (26%).

Figuur 54 Door de hervormingen in de langdurige zorg zijn de mogelijkheid om maatwerk te leveren voor een cliënt... (n=39)



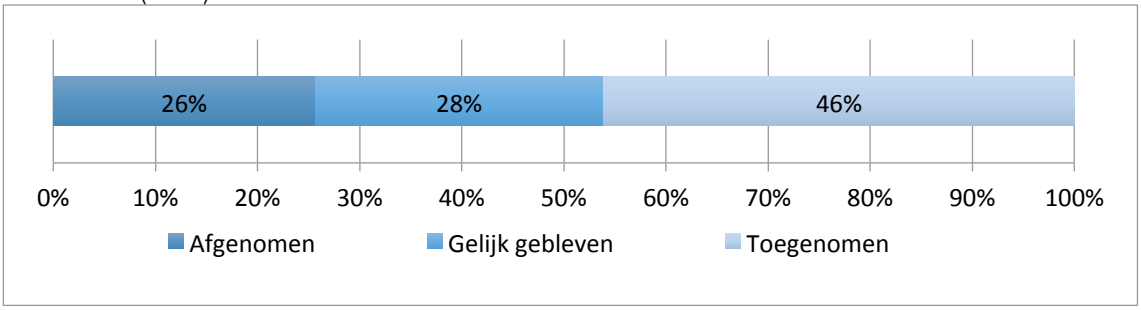
Respondenten geven de volgende toelichtingen waarom de mogelijkheden om maatwerk te leveren voor de cliënt, zijn toegenomen:
- De combinatie van pgb en zorg in natura, het MPT, biedt meer mogelijkheden voor maatwerk.
- Aanbieders kunnen meerzorg[45] aanvragen voor bepaalde cliënten waarvoor dat (tijdelijk) nodig is.

Respondenten die menen dat de mogelijkheden voor het leveren van maatwerk is afgenomen, geven als toelichting dat de tarieven voor zorg thuis gebaseerd zijn op pgb-tarieven, waarvoor men soms ook zorg in natura moet inkopen. Zij menen dat maatwerk leveren maar 'tot op bepaalde hoogte' mogelijk is binnen de zorgprofielen, omdat binnen de tarieven niet altijd passende zorg kan worden georganiseerd.

Keuzevrijheid voor de cliënt
Aan de medewerkers van de zorgkantoren is gevraagd wat de gevolgen zijn van de hervormingen in de langdurige zorg voor de keuzevrijheid van cliënten. De meningen zijn verdeeld: bijna de helft van de medewerkers vindt dat de keuzevrijheid is toegenomen. Van de overige medewerkers vinden vrijwel evenveel medewerkers dat de keuzevrijheid gelijk is gebleven of is afgenomen (respectievelijk 28% en 26%).

[45] Het is voor aanbieders mogelijk om voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag 'meerzorg' aan te vragen bij het zorgkantoor. Een zeer intensieve zorgvraag betekent dat de totale zorgvraag niet binnen het geïndiceerde zorgprofiel past. De zorg wordt aanvullend op het zorgprofiel geleverd. Niet bij alle zorgprofielen is meerzorg mogelijk. De meerzorgregeling kan worden aangevraagd voor alle leveringsvormen (ZIN, pgb, VPT en MPT).

Figuur 55 Door de hervormingen in de langdurige zorg is de keuzevrijheid voor een cliënt... (n=38)

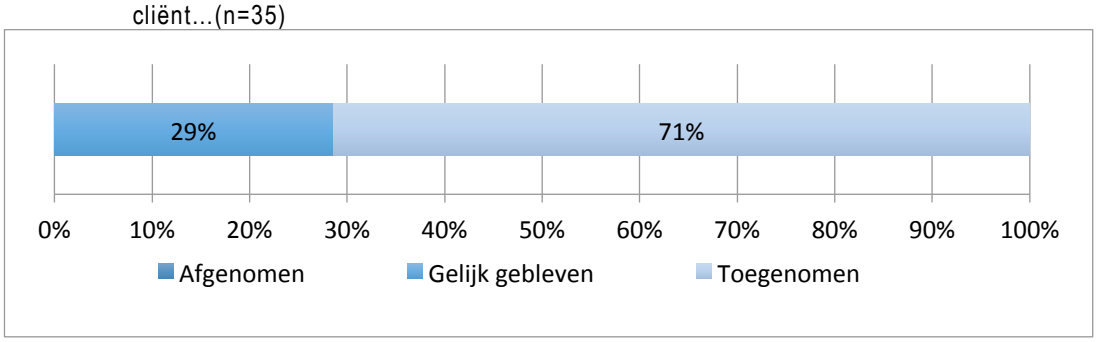


Medewerkers van de zorgkantoren die menen dat de keuzevrijheid voor de cliënt is toegenomen, schrijven dit toe aan de nieuwe leveringsvormen, waardoor een cliënt langer thuis kan blijven wonen.

Een aantal respondenten geeft aan dat de keuzevrijheid van cliënten beperkt wordt door het voorliggende en levenslange karakter van een Wlz-indicatie. Wanneer een cliënt een indicatie voor de Wlz heeft, is het volgens deze respondenten niet mogelijk om de indicatie te combineren met zorg vanuit de Zvw of de Wmo. Vanwege de hoge eigen bijdrage in de Wlz kiezen sommige cliënten volgens een aantal respondenten van de zorgkantoren ervoor om geen Wlz-indicatie aan te vragen.

Druk op mantelzorgers
Eenduidiger in hun beoordeling zijn de medewerkers waar het gaat om de druk op mantelzorgers: 71% van de respondenten is van mening dat door de hervormingen in de langdurige zorg de druk op mantelzorgers is toegenomen. 29% van de respondenten meent dat de druk op mantelzorgers gelijk is gebleven.

Figuur 56 Door de hervormingen in de langdurige zorg is de druk op de mantelzorger van een cliënt...(n=35)



De medewerkers van zorgkantoren geven een aantal toelichtingen op de volgens hen toegenomen druk op de mantelzorger van de cliënt:
- De toegang voor minder zware zorgvragen tot zorg met verblijf is afgebouwd. De zorg voor deze mensen wordt nu thuis verricht door mantelzorgers.
- Voor het ontvangen van Wlz-zorg thuis worden administratieve en organisatorische taken vaak opgevangen door mantelzorgers.

5.9 Mogelijkheden voor verbetering volgens medewerkers zorgkantoren

Medewerkers van de zorgkantoren is gevraagd welke mogelijkheden zij zien voor de verbetering van de zorgtoewijzing voor cliënten met een Wlz-indicatie. De respondenten noemen de volgende mogelijkheden.

Informatievoorziening aan cliënten en hun vertegenwoordigers
Veel respondenten geven aan dat de informatievoorziening aan cliënten (en hun vertegenwoordigers) verbeterd kan worden. Volgens hen zijn wet- en regelgeving en het proces van zorgtoewijzing voor veel cliënten niet duidelijk. Dit komt omdat informatie niet eenvoudig te vinden is en ook (voor niet-zorgprofessionals) niet eenvoudig te begrijpen. In aansluiting daarop merken sommige respondenten van zorgkantoren op dat het belangrijk is dat cliënten eerder in het proces informatie krijgen over bijvoorbeeld de financiële consequenties van zorg vanuit de Wlz.

Inzicht in de hoogte van eigen bijdragen voor cliënten
Ook zien de respondenten verbetermogelijkheden waar het gaat om de eigen bijdrage. Er is volgens respondenten onduidelijkheid over de hoogte van de eigen bijdrage bij cliënten. Daarnaast noemen respondenten dat cliënten in de Wlz een (hoge) eigen bijdrage voor de geïndiceerde zorg betalen terwijl in de Zvw aan wijkverpleging geen kosten zijn verbonden en deze zorg niet onder het eigen risico valt.

Samenhang en informatie-uitwisseling tussen de domeinen
De samenhang en informatie-uitwisseling tussen het gemeentelijk domein (Wmo), de zorgverzekeraar (Zvw) en de uitvoerders van de Wlz (CIZ en zorgkantoren) worden als verbeterpunt genoemd door veel respondenten. Met name bij de overgang vanuit de andere domeinen naar de Wlz is er volgens respondenten onduidelijkheid voor cliënten over de zorg die zij thuis kunnen ontvangen (binnen de Wlz).

5.10 Conclusies

Mate waarin cliënten op de hoogte zijn van (de toegang tot) de Wlz
De respondenten van de zorgkantoren zien de informatievoorziening aan cliënten als een verbeterpunt. Cliënten zijn volgens hen op bepaalde onderwerpen onvoldoende op de hoogte van (de toegang tot) de Wlz. Over het algemeen hebben cliënten volgens de respondenten voldoende kennis over de rol van het CIZ en de zorgaanbieder bij de toegang tot de Wlz (respectievelijk 76% en 69%) en het verschil tussen pgb en zorg in natura (58%). Over de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning (83%), de mogelijkheden om Wlz-zorg thuis te krijgen (76%) en de financiële consequenties van een Wlz-indicatie (69%) hebben cliënten volgens de medewerkers onvoldoende kennis.

De helft van de respondenten van zorgkantoren geeft aan dat zij cliënten geen inzicht kunnen geven in de wachttijden bij verschillende zorgaanbieders en 44% kan cliënten geen inzicht bieden in de kwaliteit van de zorg van verschillende zorgaanbieders.

Bewustekeuzegesprekken
Medewerkers van zorgkantoren voeren bewustekeuzegesprekken met cliënten die een voorkeur voor een pgb hebben. In deze gesprekken betrekken de medewerkers de positie van mantelzorgers in het besluit om al dan niet een pgb te verstrekken. Indien een pgb niet toegekend wordt, is dit veelal omdat de cliënt zelf niet in staat is om regie te voeren over de zorg en/of geen naaste heeft om dat voor hem/haar te doen (64%). Een andere veelgenoemde reden om een pgb-aanvraag niet te honoreren is wanneer een aanvrager eerdere pgb-verplichtingen niet is nagekomen.

Mogelijkheden voor zorg thuis
Bijna twee derde van de respondenten (64%) vindt dat de mogelijkheden voor zorg thuis zijn afgenomen sinds 1 januari 2015. Als belangrijkste reden noemen zij het verschil in beschikbare zorg thuis vanuit de Wlz (VPT of MPT) ten opzichte van de zorg thuis vanuit de Zvw. In de Wlz betalen cliënten een (hoge) eigen bijdrage voor wijkverpleging terwijl in de Zvw hieraan geen kosten verbonden zijn en deze zorg niet onder het eigen risico valt . Hierdoor komt Wlz-zorg voor cliënten duurder uit dan zorg vanuit de Zvw. Bovendien ontvangen sommige cliënten vanuit de Wlz minder zorg thuis dan zij voorheen zorg kregen vanuit de Zvw. Voor de respondenten is de belangrijkste reden om een voorkeur voor Wlz-zorg thuis in plaats van in een instelling niet te honoreren dat de zorg thuis niet doelmatig geleverd kan worden (70%).

Veranderingen ten opzichte van de AWBZ
De respondenten van de zorgkantoren is een aantal aspecten voorgelegd met de vraag in hoeverre deze zijn veranderd sinds de komst van de Wlz.

- *Complexiteit.* De complexiteit van het zorgtoewijzingsproces is volgens respondenten van zorgkantoren sinds 2015 toegenomen. De respondenten geven onder meer als redenen dat er veel ‘rekenwerk’ is in het geval van een aanvraag voor een VPT en dat het aantal regelingen, formulieren, subsidies en uitzonderingsgroepen is toegenomen.
- *Maatwerk:.* De mogelijkheden om maatwerk te leveren en de keuzevrijheid van de cliënt zijn volgens bijna de helft van de respondenten van de zorgkantoren (beide 46%) ook toegenomen.
- *Druk op mantelzorg.* Bijna driekwart van de respondenten van de zorgkantoren (71%) is van mening dat de druk op mantelzorgers is toegenomen sinds 2015. Mensen blijven volgens hen nu langer thuis wonen en wonen daar met zwaardere problematiek. Voor de mantelzorger betekent dit een verzwaring van de belasting.

Hoofdstuk 6
Ervaringen van zorgaanbieders en transferverpleegkundigen

Dit hoofdstuk behandelt het perspectief van zorgaanbieders en transferverpleegkundigen bij de ondersteuning van indicatieaanvragen en het proces van de toeleiding tot langdurige zorg (vanuit de Wlz) Tijdens de testinterviews met zorgvragers en mantelzorgers bleek dat zij sommige vragen niet konden beantwoorden, omdat de aanbieder namens hen de aanvraag had ingediend. Om die reden is besloten een aanvullend onderzoek te doen naar de rol die aanbieders en transferverpleegkundigen vervullen bij eerste aanvragen van Wlz-zorg.

In tegenstelling tot voorgaande hoofdstukken beschrijft dit hoofdstuk de resultaten van een *kwalitatief* onderzoek. In totaal zijn er 39 interviews gehouden met medewerkers van zorgaanbieders binnen de sector Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT) en de sector Verstandelijk Gehandicapten (VG) en met transferverpleegkundigen (zie ook paragraaf 1.3). De resultaten zijn niet representatief voor de werkwijze van alle aanbieders in de genoemde sectoren en transferverpleegkundigen, maar schetsen een (indicatief) beeld.

6.1 Organisatie van ondersteuning

De website van het CIZ meldt dat aanbieders aanvragers van Wlz-zorg kunnen ondersteunen door hen te informeren over het proces van aanvragen en door hen te helpen bij het indienen van de aanvraag. Op een enkeling na beleggen de aanbieders deze functie centraal binnen de eigen organisatie, omdat de zichtbaarheid en bereikbaarheid van de organisatie zo beter tot stand komt dan bij losse contactpunten, zo blijkt uit de interviews met de aanbieders. De termen voor het centrale punt variëren tussen ‘Klantadviesbureau’, ‘Cliëntservicebureau’ en ‘Klantcontactpunt’ (VVT & VG); de medewerker aldaar heet ‘klantadviseur’ of ‘klantbemiddelaar’. De enkeling die de functie niet centraal heeft belegd, is wel bezig om de functie alsnog centraal te organiseren omdat dit naar verwachting de dienstverlening ten goede komt.

Wijkverpleegkundigen mogen de indicatiestelling en zorgtoewijzing regelen voor de Zvw, maar niet voor de Wlz. De wijkverpleegkundige kan wel helpen bij de Wlz-aanvraag. Uit de interviews met aanbieders blijkt dat er weinig tot geen contact is tussen het klantadviesbureau en de wijkverpleegkundige.

De transferverpleegkundige is verantwoordelijk voor het organiseren van zorg voor patiënten die niet langer in het ziekenhuis kunnen blijven, maar die wel verzorging, verpleging of medische behandeling nodig hebben ná de ziekenhuisopname. Het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg maakt daarbij onderdeel uit van het takenpakket van de transferverpleegkundigen. De geïnterviewde transferverpleegkundigen verzorgen vanuit het Bureau Nazorg of het Transferpunt in een ziekenhuis de bemiddeling van en toeleiding naar zorg elders. Zij hebben vaak te maken met patiënten die plotseling worden opgenomen en vaak snel weer (dienen te) worden ontslagen uit het ziekenhuis.

6.2 Ondersteuning bij het doen van een aanvraag

Inzet VVT en VG-aanbieders

Zorgvragers benaderen zorgaanbieders wanneer zij op zoek zijn naar een plek (zowel intra- als extramuraal) waar zij de verzorging, verpleging en/of ondersteuning kunnen krijgen die zij nodig hebben, in sommige gevallen voor de rest van hun leven. Het overgrote deel van de geïnterviewde aanbieders helpt deze zorgvragers door informatie te geven over het aanvragen van een Wlz-indicatie; ook geven zij inzicht in de kans op een positieve Wlz-indicatie. Deze hulp bieden de meeste geïnterviewde aanbieders alleen wanneer de zorgvrager de aanbieder bij het CIZ als voorkeuraanbieder heeft genoemd of wanneer de zorgvrager zelf bij de aanbieder komt melden dat hij/zij daar zorg wil afnemen.

Eerst bespreekt de klantadviseur in het intakegesprek de wensen rondom wonen en zorg en bepaalt of de zorgaanbieder deze diensten kan leveren. Daarna stelt de klantadviseur samen met de zorgvrager en eventueel zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger of mantelzorger een diagnose en profielschets op voor het CIZ. Ook verzamelt de klantadviseur alle benodigde documenten en medische rapporten. Het daadwerkelijk verzenden van de aanvraag naar het CIZ verschilt onder de aanbieders: in de meeste gevallen verzenden aanbieders de aanvraag ook naar het CIZ, omdat dit makkelijker is voor de cliënt. Zij worden dan niet belast met het technische gedeelte van de aanvraag.

Binnen de sectoren VG en VVT ontvangt een groot deel van de cliënten al enige vorm van zorg van de betreffende aanbieder wanneer de cliënt bij de klantadviseur komt. Cliënten hebben dan bijvoorbeeld al zorg thuis (via Zvw) of dagbesteding (via Wmo) bij deze aanbieder, en stromen zo door naar zorg met verblijf bij dezelfde aanbieder, maar dan gefinancierd vanuit de Wlz. Het kan ook zijn dat zij al Wlz-zorg ontvangen (bijvoorbeeld dagbesteding) en daarna *intramuraal* willen gaan wonen. Dan zorgt de aanbieder ook voor een passende Wlz-aanvraag, namelijk een indicatie voor zorg met verblijf.

Door het vooraf incalculeren van de mogelijke kans op een Wlz-indicatie door de klantadviseur (wat bijna altijd aan de orde is), registreren aanbieders weinig afwijzingen, enkele (bijzondere) gevallen uitgesloten. Bij de kleine groep mensen binnen de VVT waarvan de aanvraag wordt afgewezen, is vooral sprake van sociale problematiek (eenzaamheid, geborgenheid), en de behoefte aan 24 uur zorg in de nabijheid. Deze groep mensen is op zoek naar een veiligere omgeving en hebben niet direct zorg nodig.
De groep mensen die binnen de VG-sector wordt afgewezen, heeft vaak een dubbele grondslag (met bijvoorbeeld GGZ/autisme) of heeft een te hoog IQ (licht verstandelijke beperking). Daarnaast merken veel VG-aanbieders op dat aanvragen van jongeren die van het 17e naar het 18e levensjaar gaan of die 23 worden en een lichte verstandelijke beperking hebben, vaak worden afgewezen binnen de Wlz. Deze mensen zijn dan aangewezen op ondersteuning vanuit de Wmo en dienen daarvoor een aanvraag in te dienen bij de gemeente.

"Het wordt moeilijk wanneer men ook GGZ problematiek heeft, dan worden cliënten vaak eerst naar de Zvw gewezen." Respondent 20, klantadviseur, VG

"Wij weten vaak na een paar gesprekken al welke problematiek er speelt bij de cliënt. Gebaseerd op die gesprekken vullen we de aanvraag in". Respondent 4, klantadviseur, VG

"Inmiddels spreken we 'de taal' van indicatiestellers en weten we ook hoe we de juiste problematiek moeten omschrijven." Respondent 33, klantadviseur, VVT

Inzet transferverpleegkundigen
Alle geïnterviewde transferverpleegkundigen maken een inschatting in welk domein (Zvw, Wlz of Wmo) de zorgvraag van een patiënt valt. Nadat de zorgvraag en de wensen in kaart zijn gebracht, checken transferverpleegkundigen of de vraag van de patiënt binnen de kaders van de Wlz valt. De geïnterviewde transferverpleegkundigen zeggen weinig aanvragen Wlz te doen voor patiënten, omdat zorg vaak tijdelijk van aard is en de Zvw dan het aangewezen domein is. Zij zien de Wlz als allerlaatste optie. Op grond van ervaring hebben zij geleerd welke patiënten over het algemeen wel kans maken op toegang tot de Wlz en welke niet.

'Het lijkt wel of de Zorgverzekeringswet per definitie altijd de weg is", "Als ik weet dat het een 'grijs gebied' is, pak ik automatisch een Zvw. Want Wlz honoreren ze [CIZ] *toch niet.'* Respondent E, transferverpleegkundige, ziekenhuis

'Wij weten wel welke [indicaties] gehonoreerd worden en niet, anders kost het weer allemaal extra tijd en ligt de patiënt daar maar te wachten.' Respondent D, transferverpleegkundige, ziekenhuis

'De Wlz is permanent, dat is toch wel een hele heftige analyse. Dat is bepalend en vooral wanneer je uit ziekenhuiszorg komt, want dat gaat over 'herstel'. Daardoor leidt dat voor ons al vaak naar het "geven van de voordeel van de twijfel". Ook door de strengere criteria rondom de Wlz kan dat voor vele (nadelige) consequenties voor de cliënt leiden en men wordt niet zo snel meer toegelaten. Daardoor stromen heel veel cliënten door naar de thuissituatie.' Respondent C, transferverpleegkundige, ziekenhuis

Voor die patiënten die kans maken op een positief Wlz-besluit, zetten de geïnterviewde transferverpleegkundigen zich in om alle benodigde (medische) documenten te verzamelen en de diagnose op papier te zetten (vaak samen met arts, geriater of specialist ouderengeneeskunde). Dit gaat altijd in samenspraak met de cliënt, wettelijk vertegenwoordiger en/of mantelzorger. De transferverpleegkundigen nemen vaak het hele proces uit handen voor cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger of mantelzorger.
Wanneer geen positief Wlz-besluit valt te verwachten, dan organiseren deze transferverpleegkundigen de zorg vanuit een ander domein (de Zvw en/of de Wmo).

6.3 Betrokkenheid mantelzorgers en cliëntondersteuners

Mantelzorgers of wettelijk vertegenwoordigers
Alle zorgaanbieders en transferverpleegkundigen onderstrepen de betrokkenheid van mantelzorgers en/of wettelijke vertegenwoordigers binnen het aanvraagproces. Bij zorgaanbieders in de VVT en de VG zijn zij betrokken bij het maken van de keuze over hoe het wonen en zorg wordt vormgegeven.

Wettelijk vertegenwoordigers of mantelzorgers (vaak ouders of familieleden) zijn bijna altijd de gesprekspartner van de klantadviseur. Zij zijn actief betrokken bij het maken van beslissingen over de toekomst van hun kind of naaste, omdat deze niet altijd zelf in staat is om te bepalen wat goed voor hem/haar is. Zij helpen mee bij het in kaart brengen van de wensen, en ook bij het omschrijven van de beperkingen van hun kind/naaste. Vooral het samen met wettelijk vertegenwoordigers/mantelzorgers beschrijven van de beperkingen vinden klantadviseurs moeilijk. In het volgende kader staat hoe één van de geïnterviewde klantadviseurs dit specificeert.

'Het CIZ denkt toch in beperkingen, terwijl ouders vaak (willen) vinden dat hun kind heel veel kan. Het is tenslotte hun kind waar ze trots op zijn. Maar dit werkt averechts bij het aanvragen van een indicatie.' Respondent 14, klantbemiddelaar, VG

Op de transferafdeling van een ziekenhuis treedt de mantelzorger of wettelijk vertegenwoordiger vaak op als tekenbevoegd voor bijvoorbeeld de aanvraag van een BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) of bij de keuze voor een verzorging/verpleegtehuis. Mantelzorgers hebben deze rol omdat de patiënt in sommige gevallen niet in staat is zelf te kiezen of deze keuze nog niet heeft gemaakt (door een verwarde periode, delier of psychose). Volgens de geïnterviewde transferverpleegkundigen vindt er altijd afstemming plaats met de mantelzorger/wettelijk vertegenwoordiger over de zorgbehoefte en de beperkingen die de patiënt heeft na opname in het ziekenhuis.

Onafhankelijk cliëntondersteuner

De rol van de onafhankelijk cliëntondersteuner vanuit het zorgkantoor binnen het aanvragen van indicaties is nog diffuus, voornamelijk voor de VVT-sector. Vrijwel alle geïnterviewde klantadviseurs binnen de VVT zeggen niet helemaal helder te hebben wat de rol van de onafhankelijk cliëntondersteuner binnen het proces van aanvragen betekent voor VVT-cliënten, omdat de zorgkantoren cliënten hier pas over informeren wanneer er een positief besluit is afgegeven door het CIZ. Een aantal VVT-aanbieders merkt hierover op dat de cliënt dan vaak al *'het moeilijkste gedeelte'* achter de rug heeft: de Wlz-aanvraag, uitleg over het proces en het omschrijven van de 'beperkingen en/of aandoeningen' voor de aanvraag. Ook hoeft er vaak geen keuze meer gemaakt te worden voor een aanbieder, omdat de cliënt vaak al een voorkeur heeft uitgesproken.

In de VG-sector hebben de geïnterviewde klantadviseurs meer ervaring met onafhankelijke cliëntondersteuning. In deze sector zijn MEE en – in mindere mate – Zorgbelang bekende cliëntondersteuners, al merken verschillende aanbieders op dat "*veel cliënten of ouders wel weten waar ze zorg willen afnemen"*. De meeste geïnterviewde aanbieders geven aan dat de cliënt vaak zelf al een keuze heeft gemaakt voor de aanbieder waar hij/zij in zorg wil. Deze aanbieders zeggen te verwijzen naar onafhankelijk cliëntondersteuners wanneer de cliënt en/of ouders nog in de oriënterende fase zitten en er nog geen indicatie ligt. Zo willen de geïnterviewde aanbieders voorkomen dat zij de aanvraag organiseren en de cliënt vervolgens bij een andere zorgaanbieder de zorg gaat inkopen.

6.4 Oordeel contact met het CIZ

Het CIZ heeft zes weken de tijd om een reguliere aanvraag voor zorg vanuit de Wlz af te handelen.[46] De geïnterviewde aanbieders binnen de VVT en VG vinden de termijn van zes weken *"lang wachten"* maar *"meestal zijn ze [het CIZ] dan wel sneller"*. Wanneer er sprake is van een aanvraag in het kader van bijzondere omstandigheden (spoed en/of crisis), dan heeft het CIZ twee weken de tijd om de aanvraag af te handelen. In 2015 is besloten dat het CIZ aanvragen vanuit het ziekenhuis binnen 48 uur behandelt.[47] Twee van de zes geïnterviewde transferverpleegkundigen merken op dat het CIZ deze tijdslimiet van 48 uur vaak overschrijdt.

Vrijwel alle geïnterviewde aanbieders en transferverpleegkundigen zeggen een vast contactpersoon te hebben binnen het CIZ. Dat zorgt ervoor dat de communicatie beter

[46] www.ciz.nl
[47] www.ciz.nl

verloopt tussen zorgaanbieder en het CIZ en dat er een betere afstemming is over welke aanvragen onder de Wlz vallen en welke niet. Bij de enige aanbieder die géén vast contactpersoon heeft, is dit wel een wens. Zij geeft aan dat persoonlijk contact een succesfactor blijkt voor (snel) contact met het CIZ: *"Je hebt nooit echt één persoon die het voor ons regelt. Dus liever korte lijntjes*".

Enkele aanbieders en transferverpleegkundigen plaatsen een kritische kanttekening als het gaat om *'de transparantie en objectiviteit over de aanvraag en beoordeling van (een medewerker van) het CIZ'*. Veel aanbieders geven aan dat het *'wel uitmaakt wie je tegenover je hebt zitten'* voor de beoordeling van een aanvraag. Zij menen verschillen te zien in de beoordeling van de Wlz-aanvraag door verschillende medewerkers bij het CIZ. Mogelijk zijn deze verschillen het gevolg van de professionele ruimte van de CIZ-medewerkers (zie paragraaf 4.6).

6.5 Veranderingen ten opzichte van de AWBZ

De geïnterviewde aanbieders en transferverpleegkundigen zijn gevraagd naar veranderingen die zij ervaren in het proces van zorgtoewijzing sinds de komst van de Wlz. Over het algemeen zijn de aanbieders positief over de verminderde administratieve lasten omdat indicaties nu levenslang geldig zijn. Een aanbieder meldt hierover het volgende.

> *"Een aantal jaren geleden was een indicatie nog maar een aantal maanden tot een aantal jaren geldig. En wij moesten voor 300 mensen nieuwe indicaties aanvragen. Wij waren heel erg blij dat de indicaties levenslang zijn. Deze kunnen ze ook behouden".* Respondent 18, klantbemiddelaar, VG

Tegelijkertijd hebben de geïnterviewde aanbieders en transferverpleegkundigen moeite met het gegeven dat 24-uur (intensieve) zorg binnen de Wlz alleen beschikbaar is voor mensen die blijvend deze zorg in de nabijheid nodig hebben. Hierdoor vallen groepen cliënten die tijdelijk deze '24-uur zorg in de nabijheid' nodig hebben, buiten de Wlz. Dit zijn bijvoorbeeld verwarde mensen en mensen met GGZ-problematiek. Deze mensen zijn aangewezen op de Wmo of Zvw (mét behandeling) en moeten deze zorg keer op keer toegewezen krijgen. Voor deze groep cliënten zou het, volgens zorgaanbieders, het beste zijn om een meerjarige of zelfs levenslange indicatie te hebben. Een zorgaanbieder zegt hierover het volgende.

> *"Sommige cliëntgroepen vallen nu tussen wal en schip omdat deze exclusiecriteria hebben voor de Wlz, zoals GGZ of verslaving, terwijl het duidelijk is dat deze persoon altijd zorg nodig heeft".* Respondent 12, klantbemiddelaar, VG

6.6 Oplossingsrichtingen

Aanbieders en transferverpleegkundigen zijn gevraagd welke mogelijkheden zij zien voor de verbetering van de toegang tot Wlz-zorg. Zij noemen de volgende mogelijkheden:

Een tussenvorm na ziekenhuisopname (omdat de Wlz vaak uitgesloten wordt)
De zes geïnterviewde transferverpleegkundigen geven aan dat zij behoefte hebben aan een 'tussenvorm' voor mensen die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis, maar voor wie herstel een intramurale verpleeghuis/verzorgingstehuis setting (zonder behandeling) passend zou zijn voor een aantal weken of maanden. Deze tijdelijke vorm is aanvankelijk geregeld binnen de subsidieregeling Eerstelijnsverblijf en sinds 1 januari 2017 in de Zvw.

Organiseren van 24-uur nabijheid

Veel geïnterviewde aanbieders en transferverpleegkundigen geven aan dat sommige groepen ’24 uur zorg in nabijheid’ nodig hebben, maar deze niet krijgen. Binnen de Wmo en de Zvw is het niet of maar moeilijk mogelijk ondersteuning te regelen die 24 uur beschikbaar is, terwijl er wel groepen cliënten zijn die niet onder de Wlz vallen, maar wel behoefte hebben aan deze beschikbaarheid. Het gaat dan vooral om de groep jongeren met lichtverstandelijke beperking en/of GGZ-problematiek. Deze groep heeft geregeld niet genoeg aan de ambulante begeleiding, zoals wordt geboden in het gemeentelijk domein, en meer ondersteuning nodig om bijvoorbeeld verslaving, verward gedrag of terugval te voorkomen. Daarnaast noemen de transferverpleegkundigen ouderen die niet in staat zijn ‘s nachts alleen naar het toilet te gaan of uit bed te komen.

6.7 Conclusies

Uit de 39 interviews die gehouden zijn onder transferverpleegkundigen, VVT- en VG-aanbieders is het duidelijk dat zij alle drie een rol hebben in het aanvraagproces van een Wlz-indicatie. Als de geïnterviewde transferverpleegkundige een Wlz-indicatie regelen dan is dit vaak de eerste Wlz-indicatie voor cliënten. Bij de geïnterviewde VVT- en VG-aanbieders gaat het vaak om herindicaties Wlz en *soms* om een eerste aanvraag voor Wlz-zorg.

Alle geïnterviewde aanbieders VVT en VG informeren potentiële klanten over het proces van Wlz-aanvragen en de kans op een Wlz-indicatie. Wanneer een zorgvrager ook bij hen zorg wil afnemen, dan bieden zij ondersteuning bij het indienen van de aanvraag. De transferverpleegkundige heeft vaak te maken met acute of ongeplande trajecten, waarbij zij alles op alles moet zetten om de cliënt snel van passende zorg te voorzien. De geïnterviewde transferverpleegkundigen checken daarbij eerst of een Wlz-indicatie mogelijk is. Als dat het geval is, dan regelen zij de aanvraag voor Wlz-zorg.

Veel aanbieders geven aan dat persoonlijk contact met een vaste contactpersoon bij het CIZ bevorderlijk is voor het verloop van het aanvraagproces van een indicatie. Bijna alle aanbieders en transferverpleegkundigen zeggen een vast contactpersoon (of enkele) te hebben voor de organisatie of de regio.

Bijlage 1
Tabellen

Tabellen bij hoofdstuk 3: aanvragers Wlz-zorg

(*=significant met 95% betrouwbaarheid en 5% foutmarge)

Tabel 19 Achtergrondkenmerken partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag: geslacht, leeftijd, relatie, woonsituatie, mantelzorg

	Aantal	***Percentage***
Geslacht		
Man	195	36%
Vrouw	344	64%
Leeftijd		
18 jaar en jonger	1	0%
Tussen 18 en 64 jaar	362	67%
65 jaar en ouder	180	33%
Relatie met zorgvrager		
Echtgenoot/partner	126	24%
(Schoon)ouder	82	15%
(Schoon)dochter/-zoon	229	43%
(Schoon)zus/-broer	29	5%
Andere familie	29	5%
Vriend(in)	10	2%
Buurman/-vrouw	3	1%
Anders	28	5%
Woonsituatie		
Samenwonend met zorgvrager	234	43%
Niet samenwonend met zorgvrager	310	57%
Mantelzorg		
Ja	468	87%
Nee	69	13%
Aantal uren mantelzorg		
0 t/m 4 uur	51	11%
5 t/m 8 uur	101	21%
9 t/m 12 uur	68	14%
13 t/m 16 uur	38	8%
17 uur of meer	201	43%
Weet niet	12	3%

Tabel 20 Relatie partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag, met de zorgvrager, uitgesplitst naar leeftijd

	Tot 65 jaar	**65 jaar en ouder**
Echtgenoot/partner	12%	28%*
(Schoon)ouder	47%*	2%
(Schoon)dochter/-zoon	8%	57%*
(Schoon)zus/-broer	10%*	4%
Andere familie	6%	5%
Vriend(in)	3%	2%
Buurman/-vrouw	0%	1%
Anders	14%*	2%

Tabel 21 Beperking en leeftijd (n=647)

	Tot 65 jaar	***65 jaar en ouder***
Verstandelijk	62%*	8%
Lichamelijk	43%	71%*
Psychiatrisch/ Psychisch	32%*	18%*
Geheugen- en/of oriëntatieproblemen	24%	63%
Zintuigelijk (zien/horen)	11%	14%
Anders	15%	8%
Totaal	100%	100%

Tabel 22 Beperking en voorkeurslocatie (n=426)

	Zorginstelling	***Thuis***
Lichamelijk	66%*	52%
Geheugen- en/of oriëntatieproblemen	65%*	44%
Psychiatrisch/ Psychisch	20%	23%
Verstandelijk	14%	37%*
Zintuigelijk (zien/horen)	12%	15%
Anders	9%	10%
Totaal	100%	100%

Tabel 23 Ondersteuning en leeftijd (n=650)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Ja, hulp van partner, familie of, vrienden	57%	67%*
Ja, persoonlijke verzorging of verpleging (bijvoorbeeld hulp bij wassen, aankleden, medicatie)	34%	59%*
Ja, individuele begeleiding (bijvoorbeeld woonbegeleiding, hulp bij administratie)	36%*	9%
Ja, begeleiding in groepsverband (dagbesteding)	28%*	21%
Ja, vervoersvoorziening van de gemeente (scootmobiel, rolstoel, regiotaxi e.d.)	21%	25%
Ja, namelijk…	16%*	10%
Ja, hulp bij het huishouden van de gemeente	9%	37%*
Ja, particuliere, door uzelf betaalde hulp	3%	11%*
Ja, via RIBW of maatschappelijke opvang	0%	0%
Nee, geen zorg of ondersteuning	8%	7%
Totaal	100%	100%

Tabel 24 Reden aanvragen langdurige zorg en leeftijd (n=646)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Partner, familie of vrienden kunnen geen (extra) hulp geven	37%	39%
Een verslechtering van de gezondheid	36%	82%*
Angst om te vallen of ziek te worden en dan geen hulp te kunnen inroepen	9%	24%*
Verlies van partner	2%	5%
Een ongeval	1%	12%*
Anders	53%*	13%
Totaal	100%	100%

Tabel 25 Reden aanvragen meer zorg en leeftijd (n=642)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Ik had meer professionele zorg en ondersteuning nodig	60%	64%
Ik had zoveel hulp nodig dat partner en/of familie dit niet aankon	33%	52%*
Ik kon of durfde niet meer alleen thuis te zijn	17%	23%
Mijn woning was ongeschikt (bijvoorbeeld trappen, geen aanpassingen)	6%	15%*
Ik had geen partner of familie die kon helpen	3%	6%
Ik heb niet langer een partner/huisgenoot	1%	9%*
Andere reden	31%*	15%
Totaal	100%	100%

Tabel 26 Wie adviseerde langdurige zorg aan te vragen en leeftijd (n=647)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Gemeente/Wmo-consulente	37%*	9%
Partner, familie, vrienden	28%	47%*
Zorgverlener (wijkverpleegkundige, begeleider, hulp)	28%	41%*
Onafhankelijke cliëntondersteuner, zoals MEE of Zorgbelang	21%*	5%
Huisarts	15%	51%*
Zorgbemiddelaar (van een zorginstelling)	15%	19%
Specialist/verpleegkundige in het ziekenhuis of revalidatiekliniek	15%	31%*
CIZ	10%	13%
Zorgverzekeraar	1%	0%
Anders	15%*	6%
Niemand	3%	1%
Totaal	100%	100%

Tabel 27 Informatiebron en leeftijd (n=648)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Via gemeente, Wmo-loket	25%*	10%
Via zorgverlener (wijkverpleegkundige, begeleider, casemanager dementie, hulp)	23%	46%*
Via onafhankelijke cliëntondersteuner, zoals MEE of Zorgbelang	22%*	4%
Via internet, krant, radio of televisie	19%*	11%
Via CIZ	18%	12%
Via partner, familie, vrienden	16%	24%*
Via zorgbemiddelaar (van een zorginstelling)	12%	18%
Door een eerdere aanvraag bij het CIZ	8%	11%
Via huisarts	7%	31%*
Via ziekenhuis of revalidatiekliniek	7%	23%*
Via de patiëntenvereniging, ouderenbond	3%*	0%
Via zorgverzekeraar	1%	0%
Ik had geen informatie	3%	4%
Anders	10%*	4%
Weet niet	2%	1%
Totaal	100%	100%

Tabel 28 Oordeel over volledigheid informatie en voorkeurslocatie (n=330)

	Zorginstelling	*Thuis*
Heel volledig	8%*	1%
Volledig	37%	34%
Neutraal	42%	37%
Onvolledig	10%	18%*
Heel onvolledig	4%	10%*

Tabel 29 Wist u aan welke voorwaarden u moest voldoen om in aanmerking te komen voor langdurige zorg, toen u uw aanvraag indiende bij het CIZ? (n=594)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
De criteria om in aanmerking te komen	37%	38%
Hoe zorg aan te vragen	23%	25%
De (hoogte van de) eigen bijdrage	22%	37%*
De criteria waaraan je moet voldoen om zorg thuis te krijgen	17%	18%
Wanneer ik het besluit te horen zou krijgen na de aanvraag	14%	17%
De mogelijkheden om zorg thuis te krijgen	10%	15%
Anders	6%	7%
Weet niet	12%	8%
Niet van toepassing: ik miste niks	26%	21%
Totaal	100%	100%

Tabel 30 Wist u aan welke voorwaarden u moest voldoen om in aanmerking te komen voor langdurige zorg, toen u uw aanvraag indiende bij het CIZ? (n=594)

	Zorginstelling	*Thuis*
De (hoogte van de) eigen bijdrage	34%	27%
De criteria om in aanmerking te komen	32%	35%
Hoe zorg aan te vragen	22%	33%*
Wanneer ik het besluit te horen zou krijgen na de aanvraag	14%	21%
De criteria waaraan je moet voldoen om zorg thuis te krijgen	11%	22%*
De mogelijkheden om zorg thuis te krijgen	5%	25%*
Anders	7%	7%
Weet niet	10%	8%
Niet van toepassing: ik miste niks	29%	22%
Totaal	100%	100%

Tabel 31 Wist u aan welke voorwaarden u moest voldoen om in aanmerking te komen voor langdurige zorg, toen u uw aanvraag indiende bij het CIZ? (n=594)

	Percentage
Kende voorwaarden goed	17%
Kende voorwaarden deels	35%
Nee	48%
Totaal	100%

Tabel 32 Wist u tijdens de aanvraag bij het CIZ waar u de zorg wilde krijgen, thuis of in een zorginstelling? (n=500)

	Percentage
Ja, in zorginstelling	62%
Ja, thuis	24%
Deels thuis, deels zorginstelling	10%
Nee	4%
Totaal	100%

Tabel 33 Keuze zorginstelling of thuis en leeftijd (n=498)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Ja, in zorginstelling	32%	73%*
Ja, thuis	39%*	18%
Deels thuis, deels zorginstelling	24%*	5%
Nee	5%	3%
Totaal	100%	100%

Tabel 34 Wist u tijdens de aanvraag bij het CIZ van welke instelling u zorg wilde krijgen? (n=502)

	Percentage
Ja	74%
Nee	26%
Totaal	100%

Tabel 35 Wie heeft geholpen bij de aanvraag en leeftijd (n=641)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Partner, familie, vriend	41%	53%*
Zorgverlener (wijkverpleegkundige, begeleider, hulp)	24%	32%*
Onafhankelijke cliëntondersteuner, zoals MEE of Zorgbelang	23%*	7%
Wettelijk vertegenwoordiger	17%*	2%
Instelling waarvan zorgvrager Wlz-zorg wilde krijgen	16%	13%
Gemeente/Wmo-consulente	15%*	8%
Zorgvrager	8%	7%
Ziekenhuis of revalidatiekliniek	7%	23%*
Huisarts	5%	23%*
Anders	13%	9%
Totaal	100%	100%

Tabel 36 Wie heeft geholpen bij de aanvraag en voorkeurslocatie (n=425)

	Zorginstelling	*Thuis*
Partner, familie, vriend	48%	49%
Zorgverlener (wijkverpleegkundige, begeleider, hulp)	32%	27%
Ziekenhuis of revalidatiekliniek	26%*	7%
Instelling waarvan zorgvrager Wlz-zorg wilde krijgen	18%	10%
Huisarts	17%	14%
Onafhankelijke cliëntondersteuner, zoals MEE of Zorgbelang	9%	13%
Gemeente/Wmo-consulente	8%	18%*
Zorgvrager	6%	9%
Wettelijk vertegenwoordiger	4%	12%*
Anders	9%	6%
Totaal	100%	100%

Tabel 37 Hoeveel tijd heeft de aanvraag gekost en leeftijd (n=470)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
0 t/m 4 uur	33%	43%*
5 t/m 8 uur	27%	29%
9 t/m 12 uur	15%	12%
13 t/m 16 uur	6%	3%
17 uur of meer	20%*	13%
Totaal	100%	100%

Tabel 38 Wist u dat een onafhankelijk cliëntondersteuner u kan helpen bij de aanvraag? – Leeftijd – Voorkeurslocatie (n=624, 623, 415)

	Totaal	*Tot 65 jaar*	*65 jaar en ouder*	*Zorginstelling*	*Thuis*
Ja	37%	61%*	26%	30%	50%*
Nee	63%	39%	74%*	70%*	50%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 39 Gebruik van onafhankelijk cliëntondersteuner naar leeftijd (n=543) en voorkeurslocatie (n=363)

	Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*	*Zorginstelling*	*Thuis*
Ja	46%*	29%	32%	41%
Nee, maar wel behoefte	16%	26%*	19%	27%
Nee, geen behoefte	38%	45%	48%*	32%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 40 Heeft de zorgvrager en/of degene die geholpen heeft bij de aanvraag, persoonlijk of telefonisch contact gehad met het CIZ over de aanvraag? (n=635)

	Percentage
Ja	58%
Nee	29%
Weet niet	13%
Totaal	100%

Tabel 41 Op welke manieren was er contact met het CIZ? (n=372)

	Percentage
Telefonisch contact	69%
Persoonlijk contact bij zorgvrager	47%
Contact per mail	20%
Contact per brief	18%
Weet niet	5%
Persoonlijk contact op het kantoor van het CIZ	2%
Totaal	100%

Tabel 42 Alleen voor partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag (n=428, 456)

		Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Oordeel over de manier waarop het CIZ meedacht over wat u de zorgvrager nodig had	Heel tevreden	16%	22%
	Tevreden	34%	42%
	Neutraal	16%	22%
	Ontevreden	19%*	9%
	Heel ontevreden	15%*	5%
	Totaal	100%	100%
Oordeel over de informatie van het CIZ over de afhandeling van de aanvraag	Heel tevreden	14%	20%
	Tevreden	39%	45%
	Neutraal	21%	25%
	Ontevreden	17%*	6%
	Heel ontevreden	10%*	4%
	Totaal	100%	100%

Tabel 43 Alleen voor partner/familie/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag (n=503, 498)

		Tot 65 jaar	*65 jaar en ouder*
Beleving snelheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel snel	7%	15%*
	Snel	28%	38%*
	Neutraal	36%	28%
	Traag	18%	14%
	Heel traag	11%*	5%
	Totaal	100%	100%
Beleving klantgerichtheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel klantgericht	7%	11%
	Klantgericht	38%	43%
	Neutraal	30%	32%
	Niet klantgericht	16%	10%
	Helemaal niet klantgericht	9%*	4%
	Totaal	100%	100%

Tabel 44 Alleen voor zorgvrager: Hoe heeft u het aanvraagproces beleefd? (n=384 - 396)

		Toegekend	*Afgewezen*
Beleving zorgvuldigheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel zorgvuldig	13%*	2%
	Zorgvuldig	47%*	22%
	Neutraal	34%	44%
	Onzorgvuldig	4%	17%*
	Heel onzorgvuldig	2%	15%*
	Totaal	100%	100%
Beleving snelheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel snel	13%*	4%
	Snel	33%*	20%
	Neutraal	36%	37%
	Traag	12%	28%*
	Heel traag	6%	12%
	Totaal	100%	100%
Beleving klantgerichtheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel klantgericht	11%*	4%
	Klantgericht	46%*	21%
	Neutraal	31%	33%
	Niet klantgericht	8%	22%*
	Helemaal niet klantgericht	3%	20%*
	Totaal	100%	100%
Beleving duidelijkheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel volledig	10%	4%
	Volledig	45%	23%
	Neutraal	31%	37%
	Onvolledig	10%	21%
	Heel onvolledig	4%	15%
	Totaal	100%	100%

Tabel 45 Alleen voor partner/familielid/vriend die geholpen heeft bij de aanvraag: Hoe heeft u het aanvraagproces beleefd? (n=462 - 487)

		Toegekend	*Afgewezen*
Beleving zorgvuldigheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel zorgvuldig	17%*	1%
	Zorgvuldig	50%*	22%
	Neutraal	26%	42%*
	Onzorgvuldig	5%	24%*
	Heel onzorgvuldig	2%	11%*
	Totaal	100%	100%
Beleving snelheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel snel	15%*	3%
	Snel	41%*	17%
	Neutraal	28%	41%*
	Traag	12%	26%*
	Heel traag	5%	13%*
	Totaal	100%	100%
Beleving klantgerichtheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel klantgericht	12%*	3%
	Klantgericht	48%*	13%
	Neutraal	31%	34%
	Niet klantgericht	7%	33%*
	Helemaal niet klantgericht	3%	17%*
	Totaal	100%	100%
Beleving duidelijkheid aanvraagproces van langdurige zorg	Heel volledig	13%*	1%
	Volledig	48%*	19%
	Neutraal	24%	40%*
	Onvolledig	12%	29%*
	Heel onvolledig	4%	11%*
	Totaal	100%	100%

Tabel 46 Heeft de zorgvrager en/of degene die geholpen heeft bij de aanvraag, persoonlijk of telefonisch contact gehad met het zorgkantoor? (n=508)

	Percentage
Ja	36%
Nee	49%
Weet niet	14%
Totaal	100%

Tabel 47 Welk besluit heeft het CIZ genomen over uw aanvraag voor langdurige zorg? - Leeftijd – Lichamelijke beperking – Geheugenproblemen (n=613, 614, 614)

	Tot 65 jaar	***65+***	***Geen lichamelijke beperkingen***	***Wel lichamelijke beperkingen***	***Geen geheugen-problemen***	***Wel geheugen-problemen***
Toegekend	64%	83%*	79%	77%	69%	86%*
Afgewezen	28%*	13%	14%	20%*	26%*	10%
Nog in behandeling	8%*	3%	7%*	3%	5%	4%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 48 Welk besluit heeft het CIZ genomen over uw aanvraag voor langdurige zorg? – Wie heeft geadviseerd? (n=584)

	Toegekend	***Afgewezen***
Partner, familie, vrienden	41%	48%
Huisarts	41%	39%
Zorgverlener (wijkverpleegkundige, begeleider, hulp)	37%	44%
Specialist/verpleegkundige in het ziekenhuis of revalidatiekliniek	28%	21%
Zorgbemiddelaar (van een zorginstelling)	18%	15%
Gemeente/Wmo-consulente	15%	30%*
CIZ	15%*	4%
Onafhankelijke cliëntondersteuner, zoals MEE of Zorgbelang	9%	13%
Zorgverzekeraar	1%	0%
Anders	8%	11%
Niemand	1%	2%
Totaal	100%	100%

Tabel 49 Welk besluit heeft het CIZ genomen over uw aanvraag voor langdurige zorg? – Ontbrekende informatie (n=471)

	Toegekend	*Afgewezen*
De (hoogte van de) eigen bijdrage	34%	27%
De criteria om in aanmerking te komen	32%	64%*
Hoe zorg aan te vragen	26%	19%
Wanneer ik het besluit te horen zou krijgen na de aanvraag	15%	13%
De criteria waaraan je moet voldoen om zorg thuis te krijgen	15%	28%*
De mogelijkheden om zorg thuis te krijgen	12%	17%
Anders	8%	5%
Weet niet	8%	7%
Niet van toepassing: ik miste niks	28%*	11%
Totaal	100%	100%

Tabel 50 Welk besluit heeft het CIZ genomen over uw aanvraag voor langdurige zorg? – Hoe makkelijk of moeilijk vond u het aanvragen van langdurige zorg? (n=496)

	Toegekend	*Afgewezen*
Heel makkelijk	2%	2%
Makkelijk	18%	14%
Neutraal	44%*	32%
Moeilijk	25%	32%
Heel moeilijk	11%	21%*
Totaal	100%	100%

Tabel 51 Welk besluit heeft het CIZ genomen over uw aanvraag voor langdurige zorg? – Hoe tevreden of ontevreden bent u over het besluit over de aanvraag voor langdurige zorg? (n=567)

	Toegekend	**Afgewezen**
Heel tevreden	38%	1%
Tevreden	48%	7%
Neutraal	9%	21%
Ontevreden	3%	32%
Heel ontevreden	2%	39%
Totaal	100%	100%

Tabel 52 Meestal stuurt het CIZ bij een afwijzing een brief met uitleg over waarom u niet in aanmerking komt voor langdurige zorg. Hoe duidelijk of onduidelijk was die uitleg? (n=113)

	Percentage
Heel duidelijk	6%
Duidelijk	40%
Neutraal	22%
Onduidelijk	16%
Heel onduidelijk	9%
Geen brief ontvangen	3%
Weet niet	4%
Totaal	100%

Tabel 53 Hoe bruikbaar was dit advies? (n=56)

	Percentage
Heel duidelijk	4%
Duidelijk	25%
Neutraal	41%
Onduidelijk	18%
Heel onduidelijk	9%
Weet niet	4%
Totaal	100%

Tabel 54 Kreeg u de langdurige zorg die u nodig had - Voorkeurslocatie (n=203, 78)

	Zorginstelling	***Thuis***
Ja, helemaal	89%*	67%
Ja, deels	10%	29%*
Nee	1%	4%
Totaal	100%	100%

Tabel 55 Waarom krijgt u de zorg niet daar waar u die wenste? (n=11)

	Percentage
De zorginstelling van mijn voorkeur kan de benodigde zorg niet aan leveren	9%
Het zorgkantoor vindt het niet verantwoord om de zorg thuis te leveren.	9%
Anders	73%
Weet niet	9%
Totaal	100%

Tabel 56 Had de zorgvrager alles overziend de mogelijkheid om te kiezen hoe en waar hij de zorg kreeg? (volgens partner/familie/vriend) - Voorkeurslocatie (n=262, 88)

	Zorginstelling	*Thuis*
Ja, zeker	36%	61%
Ja, deels	30%	22%
Nee, kreeg ruimte niet	3%	2%
Nee, geen keuze door situatie	31%	15%
Totaal	100%	100%

Tabellen bij hoofdstuk 4: medewerkers CIZ

Tabel 57 Worden in uw team de aanvragen onder de collega's verdeeld op basis van specialisme (bijvoorbeeld naar doelgroepen zoals Jeugd, V&V, VG, et cetera)? (n=277)

	Beoordelaar	*Onderzoeker*	*Juridisch medewerker*	*Totaal*
Ja, dit gebeurt vaak	4%	8%	0%	16%
Ja, dit gebeurt geregeld	16%	17%	6%	25%
Ja, dit gebeurt soms	28%	32%	22%	34%
Nee, dit gebeurt niet	52%	43%	72%	25%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 58 Hoe vaak komt het volgens u voor dat zorgaanbieders voor hun cliënt een te hoog zorgprofiel aanvragen?

	Beoordelaar (n=91)	*Onderzoeker (n=162)*	*Juridisch medewerker (n=17)*	*Totaal (n=267)*
Nooit	0%	0%	0%	0%
Zelden	8%	1%	0%	3%
Soms	65%	59%	41%	60%
Vaak	26%	40%	59%	37%
Altijd	1%	1%	0%	1%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 59 Hoe vaak moet u bij de volgende groepen aanvragers een huisbezoek afleggen? (Onderzoekers en Juridisch medewerkers, n=170)

	Nooit	*Zelden*	*Soms*	*Vaak*	*Altijd*	*Totaal*
Bij aanvragers die zelf een aanvraag hebben ingediend	0%	1%	5%	52%	42%	100%
Bij aanvragers voor wie de omgeving van cliënten de aanvraag hebben ingediend	0%	0%	4%	61%	35%	100%
Bij aanvragers voor wie de Wlz-zorgaanbieder de aanvraag heeft ingediend	0%	2%	55%	42%	2%	100%
Bij aanvragers voor wie de wettelijk vertegenwoordigers van cliënten de aanvraag hebben ingediend	0%	0%	13%	60%	27%	100%
Bij aanvragers voor wie een andere, niet-Wlz zorgaanbieder, bijvoorbeeld een ziekenhuis, de aanvraag heeft ingediend	0%	9%	52%	38%	2%	100%

Tabellen bij hoofdstuk 5: medewerkers zorgkantoren

Tabel 60 Heeft u telefonisch en/of persoonlijk contact met cliënten van uw zorgkantoor? (meerdere antwoorden mogelijk, n=86)

	Aantal	*Percentage*
Ja, telefonisch contact	82	95%
Ja, persoonlijke gesprekken op kantoor	36	42%
Ja, persoonlijke gesprekken bij mensen thuis	30	35%

Tabel 61 Werkte u voor 1 januari 2015 ook al als medewerkers zorgtoewijzing voor het zorgkantoor?

	Aantal	*Percentage*
Ja	38	48%
Nee	42	53%
Totaal	80	100%

Tabel 62 In hoeverre houdt u in de bewuste-keuze-gesprekken rekening met de belasting van de mantelzorger(s) van een cliënt? (beantwoord door pgb-medewerkers van zorgkantoren)

	Aantal	*Percentage*
Veel	9	43%
Enigszins	12	57%
Weinig	0	0%
Geen	0	0%
Totaal	21	100%

Tabel 63 Hoe vaak komt het voor dat een pgb-aanvraag van een cliënt *niet* gehonoreerd kan worden? (beantwoord door pgb-medewerkers van zorgkantoren)

	Aantal	***Percentage***
Nooit	0	0%
Zelden	15	58%
Soms	11	42%
Vaak	0	0%
Altijd	0	0%
Totaal	26	100%

BMC | onderzoek

TELEFOON
(070) 310 3800
E-MAIL
info@bmconderzoek.nl
WEBSITE
www.bmconderzoek.nl