



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.  
De gegevens mogen met bronvermelding (J.M. Peeters  
A.L. Francke, *Indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector  
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg*, NIVEL 2007)  
worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in  
PDF-format op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

**Indicatiestelling voor AWBZ-zorg,  
sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg  
Ontwikkelingen, knelpunten en oplossingsrichtingen**

J.M. Peeters  
A.L. Francke



ISBN 978-90-6905-8528

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Achtergronden en leeswijzer</b>	<b>7</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1 De indicatiestelling: historie, organisatie, ontwikkelingen en eerder onderzoek</b>	<b>21</b>
1.1 Historie en organisatie van de indicatiestelling	21
1.1.1 Achtergronden	21
1.1.2 Regionale Indicatie Organen	22
1.1.3 Centrum Indicatiestelling Zorg	23
1.1.4 De positie van de partijen in de zorgketen	25
1.1.5 Functiegerichte indicatiestelling	29
1.2 Nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ in relatie tot de indicatiestelling	29
1.2.1 Standaard Indicatie Protocollen	29
1.2.2 Zorgzwaartepakketten	30
1.2.3 Verblijfszorg thuis (full package)	31
1.2.4 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	31
1.3 Eerder verrichte studies en peilingen	32
1.4 Meerwaarde van dit onderzoek	34
<b>2 Opzet en methode</b>	<b>35</b>
2.1 Scope van het onderzoek	35
2.2 Onderzoekperiode	35
2.3 Doel en onderzoeksvragen	35
2.4 Fasen van het onderzoek	36
2.5 Kwalitatieve deel: interviews met sleutelfiguren	37
2.5.1 Analyses	37
2.6 Kwantitatieve deel: schriftelijke vragenlijst	38
2.6.1 Gegevensverzameling	38
2.6.2 Beschrijving van de deelnemers en respons	39
2.6.3 Onderwerpen van de vragenlijst	40
2.6.4 Analyses	42
2.7 Expertmeeting	42
2.7.1 Deelnemers en programma	42
2.7.2 Analyses	42
2.8 Stramien voor de beschrijving van de resultaten	43
<b>3 Resultaten: huidige en ‘ideale’ indicatiestelling</b>	<b>45</b>
3.1 Oordeel over de relatie tussen partijen in de zorgketen en de kwaliteit van de indicatiestelling	45
3.2 Oordeel over de doelstellingen van de indicatiestelling	46
3.2.1 Objectiviteit van de indicatiestelling	46
3.2.2 Uniformiteit van de indicatiestelling	47
3.2.3 Onafhankelijkheid van de indicatiestelling	49

3.2.4	Integraliteit van de indicatiestelling	50
3.3	'Ideale' indicatiestelling	52
<b>4</b>	<b>Resultaten: ervaren knelpunten op het gebied van de indicatiestelling</b>	<b>57</b>
4.1	Omvang van de ervaren knelpunten	57
4.1.1	De aanvraag voor AWBZ-zorg: ervaren knelpunten	58
4.1.2	De beoordeling van de zorgvraag: ervaren knelpunten	61
4.1.3	Het indicatiebesluit: ervaren knelpunten	63
4.1.4	De afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg: ervaren knelpunten	64
4.1.5	De afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg: ervaren knelpunten	68
4.1.6	Rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen: ervaren knelpunten	72
4.2	Oorzaken van de ervaren knelpunten	74
<b>5</b>	<b>Resultaten: oordelen over nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ in relatie tot de indicatiestelling</b>	<b>75</b>
5.1	Standaard Indicatie Protocollen	75
5.2	Zorgzwaartepakketten	78
5.3	Verblijfszorg thuis (full package)	82
5.4	Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	84
<b>6</b>	<b>Resultaten van de expertmeeting</b>	<b>87</b>
6.1	Doel van de expertmeeting	87
6.2	Prioritering knelpunten en oplossingsrichtingen	87
<b>7</b>	<b>Reflectie op de onderzoeksmethoden en resultaten</b>	<b>93</b>
7.1	Methodologische kwaliteit	93
7.2	Belangrijke overeenkomsten en verschillen tussen partijen in de keten	94
7.3	Spanningsvelden en dilemma's voor beleid en praktijk	96
7.4	Kansrijke verbeterpunten en oplossingsrichtingen	97
7.5	Discussie	100
	<b>Literatuur</b>	<b>103</b>
	<b>Bijlage 1: Geïnterviewde sleutelfiguren</b>	<b>107</b>
	<b>Bijlage 2: Schriftelijke vragenlijst</b>	<b>109</b>
	<b>Bijlage 3: Deelnemerslijst expertmeeting</b>	<b>129</b>
	<b>Bijlage 4: Prioritering knelpunten</b>	<b>131</b>

## Voorwoord

Voor u ligt het verslag over een onderzoek naar de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Met *indicatiestelling* bedoelen we: het beoordelen van de zorgbehoefte van de klant en het vaststellen van de inhoud en omvang van de aanspraak op AWBZ-zorg van de verzekerde (NRV, 1994). Vanaf 1 januari 2005 is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verantwoordelijk voor de indicatiestelling.

Het doel van dit onderzoek is een genuanceerd beeld te geven van mogelijke verbeterpunten op het gebied van de indicatiestelling. Aan alle partijen die bij de indicatiestelling betrokken zijn - cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders - is gevraagd aan te geven of ze op dit moment knelpunten ervaren en om welke knelpunten het dan gaat.

De resultaten tonen aan dat er nog wel wat punten voor verbetering vatbaar zijn, zoals op het gebied van de objectiviteit en integraliteit van de indicatiestelling. Andere punten die voor verbetering vatbaar zijn komen uitgebreid in dit verslag aan de orde. Dat neemt niet weg dat, volgens deskundigen, de kwaliteit van de indicatiestelling zichtbaar is verbeterd in vergelijking met de indicatiestelling ten tijde van de Regionale Indicatie Organen (RIO's). Zo is de indicatiestelling uniformer geworden en is de doorlooptijd van een aanvraag voor AWBZ-zorg korter geworden.

Dit rapport besteedt ook aandacht aan recente ontwikkelingen, zoals het werken met Standaard Indicatie Protocollen, de zorgzwaartebekostiging, de ontwikkeling van verblijfszorg thuis (full package) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarbij beschrijven we hoe deze ontwikkelingen de indicatiestelling voor AWBZ-zorg (zullen) beïnvloeden en hoe dit wordt ervaren door direct betrokken partijen.

Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het CIZ en ActiZ. Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen én het draagvlak voor de onderzoeksuitkomsten te bevorderen, is een begeleidingscommissie van het onderzoek in het leven geroepen, die was samengesteld uit de volgende personen:

Dhr. drs. W. Bakker MSM  
Mw. dr. J.M.B. Berkhout

Dhr. J.P. Koch  
Dhr. drs. M. Laterveer

Dhr. drs. G.A.P. Rutten

PuurZuid, voorzitter Raad van Bestuur  
Coördinatieorgaan Samenwerkende  
Ouderenorganisaties (SCO), senior  
beleidsmedewerker welzijn  
RIVAS-zorggroep, regiomanager  
Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC),  
plaatsvervangend directeur  
ActiZ, senior beleidsmedewerker

Dhr. prof. dr. A.J.P.Schrijvers	Universitair Medisch Centrum Utrecht, divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, hoogleraar
Dhr. drs. W.J.C. Vink	ActiZ, beleidsmedewerker
Mw. drs. I. Vijzelman	Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), beleidsmedewerker algemeen
Mw. drs. A.M.W. van der Vlist	Mezzo, Landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg, beleidsmedewerker
Dhr. Q.B. van Woerdekom	Chronische ziekten en Gehandicaptenraad (CG-raad), beleidsmedewerker

Het project is uitgevoerd door mw. dr. J.M. Peeters, onderzoeker in het NIVEL en begeleid door mw. dr. A.L. Francke, programmaleider van het onderzoeksthema gebied Verpleging & Verzorging in het NIVEL.

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen door het CIZ, ActiZ en andere landelijke partijen zoals het ministerie van VWS, cliëntenorganisaties en verenigingen voor mantelzorgers worden gebruikt bij het nader vormgeven van hun beleid en de politieke discussie over de indicatiestelling.

We spreken tot slot onze dank uit voor de deelnemers aan dit onderzoek, namelijk vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, vertegenwoordigers van zorgkantoren en zorgaanbieders. Ook bedanken wij de deelnemers van de expertmeeting en de leden van de begeleidingscommissie van het onderzoek voor hun waardevolle inbreng en kritische blik.

Utrecht, juni 2007

## Achtergronden en leeswijzer

De indicatiestelling voor AWBZ-zorg is vanaf 1 januari 2005 in handen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De verantwoordelijkheid voor en de uitvoering van de indicatiestelling is sinds 2005 verlegd van de ruim 80 Regionale Indicatie Organen (RIO's) naar één landelijk indicatieorgaan, het CIZ. De oprichting van één indicatieorgaan zou tot méér uniformering moeten leiden, door het hanteren van landelijke richtlijnen en protocollen, en tot minder bureaucratie, door het zoveel mogelijk vereenvoudigen van het indicatieproces.

In de ruim twee jaar dat het CIZ nu bestaat zijn de indicatiestelling en het CIZ regelmatig ter discussie gesteld. Ook intern heeft het CIZ de discussie gevoerd en in het najaar van 2006 is het indicatieorgaan het debat aangegaan met vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoren zorgverzekeraars en onafhankelijk deskundigen. Het doel hiervan was de positie van het CIZ in de zorgketen onder de loep te nemen en de koers voor de toekomst te bepalen (CIZ, 2007a).

Voor een goed lopende indicatiestelling is het belangrijk dat de indicatiestelling recht doet aan de zorgvraag van de cliënt, rekening houdt met de belastbaarheid van de mantelzorger, bijdraagt aan een vlotte en klantvriendelijke toewijzing van zorg en last but not least zorgaanbieders in staat stelt om passende zorg te bieden. Dit geeft weer dat de indicatiestelling niet alleen belangrijk is voor de cliënt, maar ook een belangrijke rol vervult voor alle partijen in de zorgketen. Daarbij dient wel oog te zijn voor de verschillende verantwoordelijkheden en perspectieven van alle partijen in de keten. Deze partijen zijn: (a) cliënten, (b) naasten die gebruikelijke zorg of mantelzorg verlenen, (c) indicatiestellers (d) vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen en (e) zorgkantoren. In dit onderzoek komen uiteenlopende aspecten van het indicatiestellingproces aan bod en geven we bij elk van de gebieden de overeenkomende en verschillende opvattingen tussen de partijen in de keten aan. Dit is mede van belang omdat eerder onderzoek op dit terrein vaak eenzijdig gericht was op het signaleren van knelpunten vanuit het perspectief van slechts één partij (bijvoorbeeld zorgaanbieders).

Dit rapport is een momentopname en moet in de tijdgeest worden geplaatst. De dataverzameling vond in de periode oktober 2006 tot en met januari 2007 plaats. Dat betekent dat sommige knelpunten of ontwikkelingen op het moment dat het rapport uitkomt (juni 2007) wellicht minder of op een andere wijze een rol spelen. Verder is het belangrijk te vermelden dat het onderzoek *niet* is bedoeld als evaluatie van de indicatiestelling. Het onderzoek is gericht op de perspectieven op de indicatiestelling van *alle* partijen in de zorgketen, om zodoende meer inzicht te krijgen in (mogelijke) verbeterpunten. Voor de leesbaarheid hebben we het in de tekst soms over 'de indicatiestelling', en we bedoelen daar dan de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector

Verpleging, Verzorging en Thuiszorg mee.

De samenvatting en de belangrijkste conclusies vindt u aan het begin van het rapport. We hebben er bewust voor gekozen om te beginnen met de samenvatting, zodat de lezer snel een totaaloverzicht krijgt van de inhoud van het rapport.

Daarna komt het eerste hoofdstuk met een historische schets en informatie over het doel en de organisatie van de indicatiestelling. Ook gaan we in het betreffende hoofdstuk kort in op de huidige, geplande en verwachte ontwikkelingen binnen de AWBZ en de gevolgen voor de indicatiestelling.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de opzet van het onderzoek en de onderzoeksvragen. De gevolgde methode van onderzoek en analyses van zowel de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren als het kwantitatieve deel - de schriftelijke vragenlijst onder indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders - zijn onderwerp van dit hoofdstuk.

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 beschrijven we de onderzoeksresultaten: hoofdstuk 3 gaat over het oordeel van de verschillende partijen over de huidige indicatiestelling en geeft de opvattingen weer over hoe de 'ideale' indicatiestelling er zou moeten zien. Hoofdstuk 4 gaat in op de ervaren knelpunten door de partijen op verschillende gebieden van de indicatiestelling. In hoofdstuk 5 leggen we een relatie tussen huidige en toekomstige ontwikkelingen en in relatie tot de indicatiestelling. We hebben bij de hoofdstukken 3, 4 en 5 de uitkomsten van de schriftelijke vragenlijst als uitgangspunt genomen. Op onderdelen hebben we deze resultaten aangevuld met de informatie uit de interviews met sleutelfiguren én met informatie uit het landelijke klanttevredenheidsonderzoek over de indicatiestelling van het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde.

De mogelijke oplossingen voor het spanningsveld tussen de doelstellingen van het beleid en de uitwerkingen waren onderwerp van de expertmeeting. In hoofdstuk 6 is een verslag van deze bijeenkomst met deskundigen te vinden.

In het slothoofdstuk, hoofdstuk 7, blikken we terug op de kwaliteit van de onderzoeksmethoden, gaan we in op 'kansrijke' oplossingen en geven we een aantal aanbevelingen over het gebruik van de onderzoeksresultaten.



## Samenvatting

In deze samenvatting beschrijven we het onderzoek naar de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de gebieden waarop volgens partijen in de keten (cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders) verbeterpunten wenselijk zijn. Deze verbeterpunten worden mede in het licht van nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ (zoals het werken met Standaard Indicatie Protocollen, zorgzwaartepakketten, verblijfszorg thuis en andere ontwikkelingen) bekeken. Door verbeterpunten, ontwikkelingen en oplossingsrichtingen te laten beschrijven, willen CIZ en ActiZ bijdragen aan een toekomstbestendige indicatiestelling.

Het rapport begint met een inleidend hoofdstuk waarin we terugblikken op de historie, de doelstelling van de indicatiestelling (namelijk onafhankelijk, uniform, objectief en integraal indiceren) en de organisatie van de indicatiestelling in Nederland. Ook werpen we een blik op nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de AWBZ. Daarna schetsen we wat al bekend is uit eerdere studies en registraties op het terrein van de functiegerichte indicatiestelling. De meerwaarde van dit onderzoek is dat de perspectieven van verschillende partijen in de zorgketen, namelijk cliënten, naasten, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders, op systematische wijze in kaart zijn gebracht.

## Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen, die in deze samenvatting en ook in het rapport als geheel worden beantwoord, luiden:

1. Wat is het oordeel van de partijen in de zorgketen, namelijk (a) cliënten, (b) naasten die gebruikelijke zorg of mantelzorg verlenen, (c) indicatiestellers, (d) zorgkantoren en (e) vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen over de huidige indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, mede afgezet tegenover ervaringen met de indicatiestelling in de periode van de Regionale Indicatie Organen (RIO's)?
- 2a. Ervaren de partijen in de zorgketen knelpunten die betrekking hebben op de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?
- 2b. Op welk gebied liggen deze knelpunten en wat is de omvang en ernst van de knelpunten?
- 2c. Waardoor worden deze knelpunten veroorzaakt?
3. Signaleren of verwachten de partijen in de zorgketen nieuwe knelpunten of juist een reductie van knelpunten voor de indicatiestelling als gevolg van nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?
4. Hoe ziet, volgens de partijen in de zorgketen, de 'ideale indicatiestelling' er uit?

5. Welke knelpunten moeten het eerst worden opgelost en welke oplossingen zijn er aan te dragen voor de gesignaleerde knelpunten?
6. Welke verbeterpunten en oplossingen zijn er aan te dragen voor de gesignaleerde knelpunten en passen de oplossingsrichtingen binnen verwachte, geplande en gewenste ontwikkelingen binnen de indicatiestelling en AWBZ-zorg?

## **Opzet van het onderzoek**

Het onderzoek omvatte een kwalitatief deel, een kwantitatief deel en een expertmeeting. Het kwalitatieve deel bestond uit interviews met sleutelfiguren uit praktijk en beleid op het gebied van de indicatiestelling (zie bijlage 1). Het kwantitatieve deel hield een schriftelijk vragenlijstonderzoek in onder indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders (zie bijlage 2). Tot slot is een expertmeeting gehouden met deskundigen uit de praktijk en het beleid van de indicatiestelling (zie bijlage 3).

De onderzoeksvragen 1 tot en met 4 zijn beantwoord op basis van kwalitatieve interviews met sleutelfiguren en aan de hand van een vragenlijstonderzoek onder indicatiestellers van alle 16 CIZ-regiobureaus (N=16), alle 32 zorgkantoren (N=25) en alle 542 zorgaanbieders/lidinstellingen van ActiZ (N=302). De respons op het vragenlijstonderzoek was groot, waaruit blijkt dat dit onderwerp sterk leeft onder de partijen in de zorgketen.

Om cliënten die gebruikelijke zorg of mantelzorg leveren niet dubbel te belasten zijn de resultaten uit een zeer recent onderzoek van het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde (Jedelloo en Schrijvers, 2007) gebruikt om het cliëntenperspectief recht te doen. Omdat we de cliënten in dit onderzoek niet direct hebben bevraagd, is het perspectief van cliënten echter niet altijd goed te vergelijken met het perspectief van de andere partijen in de zorgketen. Dit hebben we proberen te ondervangen door ook het perspectief van sleutelfiguren van cliënten- en mantelzorgorganisaties duidelijk naar voren te laten komen.

De onderzoeksvragen 5 en 6 zijn tijdens een expertmeeting beantwoord.

## **Resultaten**

### **Onderzoeksvraag 1:**

*Wat is het oordeel van de partijen in de zorgketen, namelijk (a) cliënten, (b) naasten die gebruikelijke zorg of mantelzorg verlenen, (c) indicatiestellers, (d) vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen en (e) zorgkantoren, over de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?*

Het oordeel over de indicatiestelling was onderwerp van de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren en is ook aan bod gekomen in het vragenlijstonderzoek. Het Julius Centrum (Jedelloo en Schrijvers, 2007) heeft, zoals gezegd, de tevredenheid van cliënten met de indicatiestelling gemeten.

De gemiddelde tevredenheidsscore van cliënten met het CIZ is 7,5 en ruim acht op de tien cliënten zijn tevreden met de geïndiceerde zorg. Cliënten van het CIZ zijn het minst

tevreden wanneer het gaat om informatievoorziening over klachtenprocedures of de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen het indicatiebesluit (ruim een derde vindt dat dit onvoldoende was) en de bereikbaarheid van het CIZ (een kwart is niet tevreden). Alle geïnterviewde sleutelfiguren zijn het er over eens dat de kwaliteit van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg door het CIZ is verbeterd, in vergelijking met de indicatiestelling door de regionale indicatieorganen (RIO's). Zo zouden de doorlooptijden van de afhandeling van een zorgaanvraag korter zijn geworden en de indicatiestelling wordt door ketenpartners (zorgkantoren en zorgaanbieders) als uniformer en objectiever ervaren. Het CIZ geeft zelf aan veel geïnvesteerd te hebben in uniformering, onder andere door het (verder) ontwikkelen van protocollen, en vereenvoudiging van het uitvoeringsproces van de indicatiestelling.

De relatie met het CIZ verloopt, in de ogen van de zorgkantoren, heel goed tot goed. Ruim de helft van de zorgaanbieders ervaart de relatie met het CIZ als (heel) goed, terwijl vier op de tien zorgaanbieders hun relatie met het CIZ als 'matig' kwalificeert. Er is dus nog winst te behalen in het verbeteren van de relatie tussen het CIZ en zorgaanbieders. De geïnterviewde sleutelfiguren zien merkbaar verbeteringen op het gebied van de indicatiestelling in vergelijking met de RIO-tijd. Vanuit het cliëntenperspectief is het belangrijk dat de doorlooptijden korter zijn geworden. Vanuit het oogpunt van de doelstelling van de indicatiestelling - onafhankelijk, uniform, objectief en integraal - is een belangrijke conclusie dat de uniformiteit en objectiviteit zijn verbeterd. Verder is de kwaliteit van de indicatiestelling, volgens de geïnterviewden, verbeterd door scholing van medewerkers.

Al met al is er op het gebied van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg het nodige verbeterd, maar dat betekent nog niet dat de situatie ideaal is. In het volgende gaan we in op de knelpunten die de partijen in de zorgketen ervaren.

### **Onderzoeksvraag 2a:**

#### ***Ervaren de partijen in de zorgketen knelpunten die betrekking hebben op de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?***

De onderzoeksresultaten laten zien dat alle partijen in de zorgketen, cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders, één of meer knelpunten ervaren op de volgende gebieden van de indicatiestelling:

- aanvraag voor AWBZ-zorg;
- beoordeling van de zorgvraag door indicatiestellers;
- indicatiebesluit;
- afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg;
- afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg;
- rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen.

Bij alle partijen blijkt rond de 85% van de ondervraagden één of meer knelpunten te ervaren op tenminste één van de genoemde gebieden. Het spreekt voor zich dat de positie van de actoren in de zorgketen en de mate waarin ze met een aspect te maken hebben, bepalend zal zijn voor de mate waarin ze knelpunten ervaren. Zo zullen zorgaanbieders waarschijnlijk meer knelpunten ervaren bij de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg.

Indicatiestellers ervaren knelpunten op het gebied van de rol, afspraken en verantwoordelijkheden van de partijen in de zorgketen. Zorgkantoren en zorgaanbieders

ervaren knelpunten bij de beoordeling van de zorgvraag door de indicatiestellers.

#### *Knelpunten ten aanzien van de doelstellingen van de indicatiestelling*

Gelet op de doelstellingen van de indicatiestelling, namelijk objectief, uniform, onafhankelijk en integraal indiceren kunnen we concluderen dat deze doelstellingen (nog) niet volledig zijn bereikt in de optiek van alle ondervraagde partijen.

Wel vinden alle indicatiestellers dat het CIZ voldoende *objectief* indiceert, evenals de meeste zorgaanbieders en zorgkantoren. Indicatiestellers oordelen meestal ook positief over de *uniformiteit* van de indicatiestelling, maar een vijfde deel ervaart deze als onvoldoende. We zien dat de meeste zorgkantoren en zorgaanbieders de uniformiteit ook als positief beoordelen, maar volgens respectievelijk bijna een vijfde en een derde deel kan de uniformiteit nog worden verbeterd.

Over het algemeen zijn alle partijen in de keten het er over eens dat de indicatiestelling onafhankelijk gebeurt. De *onafhankelijkheid* van de indicatiestelling wordt door een klein deel van de zorgaanbieders (15%) als een verbeterpunt gezien: de kritiek van zorgaanbieders op het CIZ is dat deze zich laat leiden door de druk van de overheid om 'karig' te indiceren.

De meeste ondervraagde indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders zijn de mening toegedaan dat de indicatiestelling voldoende *integraal* plaats vindt. Een kwart van de indicatiestellers en eveneens een kwart van de zorgaanbieders is echter van oordeel dat de indicatiestelling onvoldoende *integraal* gebeurt. Op dit punt is verdere verbetering mogelijk.

#### **Onderzoeksvraag 2b:**

***Op welk gebied liggen deze knelpunten en wat is omvang en de ernst van de knelpunten?***

De aanvraag voor AWBZ-zorg kan volgens alle partijen op onderdelen nog verder worden verbeterd: de aanmeldprocedure voor cliënten en mantelzorgers is vaak niet duidelijk (volgens bijna een vijfde van de cliënten, ongeveer de helft van de indicatiestellers en zorgkantoren en acht op de tien zorgaanbieders) en de aanvraagformulieren zijn te omvangrijk (volgens drie kwart van de indicatiestellers, drie op de tien zorgkantoren en zes op de tien zorgaanbieders). Bijna driekwart van de cliënten weet wat er met de aanvraag gaat gebeuren op het moment dat het indicatiebesluit is ontvangen; voor ruim een kwart is dat (eigenlijk) niet duidelijk. De procedure van de indicatiestelling wordt zowel door vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties als door andere partijen als te bureaucratisch ervaren en kan efficiënter worden ingericht.

Vanuit het oogpunt van de cliënt is de tijd die de afhandeling van de zorgvraag in beslag neemt, nog afgezien van de overschrijding van de termijnen, een struikelblok, volgens vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties. Een derde van de zorgaanbieders signaleert de nodige knelpunten op het gebied van gebruikelijke zorg, ofschoon het protocol over gebruikelijke zorg volgens de overheid en het CIZ voldoende uitgekristalliseerd is. Cliënten- en mantelzorgorganisaties vinden dat bij de beoordeling van de aanvraag voor AWBZ-zorg onvoldoende rekening wordt gehouden met de draagkracht van de mantelzorger: deze wordt door de indicatiesteller soms te rooskleurig ingeschat. In de ogen van cliënten is over het algemeen bij de beoordeling van de

aanvraag voldoende rekening gehouden met de hulp van familie of naasten. Ook aan het indicatiebesluit kan volgens alle partijen het nodige worden verbeterd. Voor cliënten is de inhoud van het besluit niet duidelijk, de standaardbrief is te lang en de toelichting op het besluit is vaak onvoldoende gemotiveerd. Zowel het indicatiebesluit als de begeleidende brief zijn onlangs aangepast, aldus het CIZ.

Cliënten- en mantelzorgorganisaties signaleren dat de informatievoorziening door het CIZ aan cliënten vaak onvoldoende is, bijvoorbeeld als het gaat om een persoonsgebonden budget (pgb). De informatievoorziening aan cliënten is overigens een taak van de zorgkantoren en niet van het CIZ. Op dit punt zien we dus dat er (nog steeds) sprake is van onduidelijkheid over de verantwoordelijk en taken van de partijen in de zorgketen. Dat de uniformiteit volgens alle partijen in de keten nog niet optimaal is, illustreren de volgende resultaten van dit vragenlijstonderzoek: er is verschil in de interpretatie van indicatiecriteria tussen indicatiestellers, tussen CIZ-regiobureaus en zelfs binnen teams bestaan er verschillen in opvatting, ondanks eenduidige protocollen. Dat komt, volgens indicatiestellers, omdat gemotiveerd afwijken mogelijk is. Indicatiestellers en zorgkantoren signaleren meer verschillen tussen CIZ-regio's dan zorgaanbieders en hebben hier ook meer zicht op dan zorgaanbieders.

Indicatiestellers en zorgaanbieders zijn veelal positief over de geïndiceerde zorg aan cliënten: deze is voor bijna alle cliënten 'passend'. Een kwart van de zorgaanbieders uit het vragenlijstonderzoek vindt dat het aantal uren zorg dat door het CIZ wordt geïndiceerd, onvoldoende is. Een zelfde deel van de zorgaanbieders geeft er de voorkeur aan dat de functie 'ondersteunende begeleiding' algemeen vaker wordt geïndiceerd, omdat de cliënt daar, in de ogen van de aanbieder, behoefte aan heeft. De zorgkantoren en het CVZ pleiten juist voor een strakkere normering voor deze functie, zo kwam in de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren naar voren. De mantelzorgers ontvangen niet altijd de zorg die ze nodig hebben, dat is de mening van een kwart van de zorgaanbieders uit het vragenlijstonderzoek. Ook indicatiestellers zijn van mening dat mantelzorgers vaak gedeeltelijk 'passende zorg' ontvangen. Volgens indicatiestellers komt dat omdat er verschil van mening is tussen wat cliënten en mantelzorgers passend vinden en wat het CIZ passend vindt; vooral verschillen van mening over het aantal benodigde uren ondersteunende begeleiding worden in het vragenlijstonderzoek genoemd. Uit het onderzoek onder cliënten komt naar voren dat 89% tevreden is over het aantal uren geïndiceerde zorg en 90% is het eens met het indicatiebesluit, gelet op de aanvraag. Door het CIZ, zorgkantoren en zorgaanbieders wordt geconstateerd dat er géén eenheid van taal is in de zorgketen (functies versus prestaties). Dat is het meest voelbaar voor het CIZ en zorgkantoren.

### **Onderzoeksvraag 2c:**

#### ***Wat is de oorzaak van de ervaren knelpunten?***

Indicatiestellers wijzen als mogelijke oorzaak voor de problemen op het gebied van de indicatiestelling naar de definities: zorgverleners hanteren andere definities van de AWBZ-functies dan in de functiegerichte indicatiestelling. Vooral de definitie van de functie verpleging sluit niet aan. Zorgkantoren zijn het hier mee eens en betreuren het dat er verschillende talen in de keten worden gesproken. Zorgaanbieders uit het vragenlijstonderzoek ervaren de indicatiestelling als (te) bureaucratisch en zien de

momentopname van de indicatiestelling als een belangrijke oorzaak van de knelpunten. Zorgaanbieders zouden graag zien dat hun deskundigheid als professional meegenomen wordt in de beoordeling van de zorgvraag. Dat geldt vooral voor medisch geriatrische deskundigheid.

### **Onderzoeksvraag 3:**

***Signaleren of verwachten de partijen in de zorgketen nieuwe knelpunten of juist een reductie van knelpunten voor de indicatiestelling als gevolg van nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?***

#### *Standaard Indicatie Protocollen (SIP's)*

Een relatief nieuwe ontwikkeling is dat zorgaanbieders zelf meer en meer gaan indiceren met behulp van Standaard Indicatie Protocollen (SIP's). Alle ondervraagde partijen vinden het werken met SIP's, waarbij de aanbieders zelf de benodigde kortdurende, enkelvoudige zorg bepalen en het CIZ achteraf steekproefsgewijs toetst, wenselijk: het indicatieproces wordt versneld (efficiënt) en de bureaucratie wordt verminderd (klantvriendelijk). Als nadeel van het werken met SIP's is door indicatiestellers genoemd dat er vaker herindicaties worden aangevraagd, omdat zorgaanbieders onvoldoende zouden kijken naar de totale behoefte aan zorg van de cliënt. Door alle partijen wordt benadrukt dat het CIZ moet blijven toetsen en dat de onafhankelijkheid van de indicatiestelling van groot belang is.

De meeste zorgaanbieders van het vragenlijstonderzoek vinden het uitbreiden van de SIP's naar de langdurende, enkelvoudige zorg (83%) en de langdurende, meervoudige zorg wenselijk (72%), mits helder geprotocolleerd en duidelijk is waarop getoetst wordt. Zorgaanbieders beschouwen het werken met SIP's voor de standaardaanvragen, zoals dat nu gebeurt, als een enorme doelmatigheidsslag, dat leidt tot vergroting van de efficiency en klantvriendelijkheid. De andere ondervraagde actoren in de keten (cliënten- en mantelzorgorganisaties, indicatiestellers en zorgkantoren) hebben hun bedenkingen bij het uitbreiden van de SIP's naar de langdurende meervoudige zorg. De voornaamste reden hiervoor is dat het gevaar bestaat dat er (weer) aanbodgericht, in plaats van vraaggericht, wordt geïndiceerd en dat de onafhankelijkheid van de indicatiestelling dan in het gedrang komt.

#### *Zorgzwaartepakketten*

De zorgzwaartebekostiging en de indicatie in zorgzwaartepakketten (naar verwachting per 1 juli 2007) voor cliënten die op verblijfzorg zijn aangewezen, is een andere nieuwe ontwikkeling. Het idee van de zorgzwaartebekostiging is een stap vooruit, zo luidt de opvatting van alle geïnterviewde partijen, omdat er dan dezelfde taal wordt gesproken in de zorgketen. De verwachting leeft dat, met de indicering in zorgzwaartepakketten in plaats van functies, de zorg flexibeler kan worden ingezet en dat er minder snel herindicaties nodig zullen zijn. Bij de ontwikkeling van zorgzwaartepakketten zijn kanttekeningen geplaatst, namelijk: (1) de invulling van de pakketten dient nog nader uitgewerkt te worden en (2) de vertaalslag van zorgzwaartepakket naar persoonsgebonden budget moet nog gemaakt worden. Zorgkantoren zien het onvoldoende differentiëren tussen zorgzwaartepakketten als toekomstig knelpunt. Cliënten- en mantelzorgorganisaties en de geïnterviewde zorgaanbieders vinden het een gemis dat de zorgzwaartepakketten niet zijn ontworpen volgens het 'Toetsingskader voor

verantwoorde zorg' maar op cijfers van gebudgetteerde, schaarse zorg en de inpassing van de zorgkloof in het systeem. De rol van het CIZ is, volgens de geïnterviewde cliënten- en mantelzorgorganisaties en vertegenwoordigers van de brancheorganisatie van zorgaanbieders ook anders, omdat het er bij de indicatiestelling op basis van zorgzwaartepakketten op neerkomt dat de indicatiesteller in feite alleen, op basis van de geïnventariseerde beperking, een uitspraak doet over welk cliëntprofiel aan de orde is. Het aan het cliëntprofiel verbonden zorgpakket en aantal uren zorg is vervolgens een gegeven, dat automatisch gekoppeld is aan dat cliëntprofiel. Anders gezegd, het CIZ maakt geen eigen beoordeling meer van welke zorg en van het benodigde aantal uren zorg dat nodig is.

#### *Verblijfszorg thuis (full package)*

Alle ondervraagde partijen staan in principe positief tegenover de ontwikkeling van verblijfszorg thuis (full package) waarbij de cliënt de (verblijf)zorg geleverd kan krijgen op een plek die de cliënt zelf kiest, bijvoorbeeld aan huis of in een geclusterde setting. Deze ontwikkeling past bij het scheiden van wonen en zorg. Rondom deze ontwikkeling worden, zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek, wel de nodige knelpunten verwacht: (1) er is, volgens de ondervraagden, een financieel plafond aan de levering van zorg aan huis ('omslagpunt') en (2) een inhoudelijke grens (zorg thuis vraagt veel van mantelzorgers, het gevaar bestaat dat cliënten vereenzamen, de veiligheid is niet gegarandeerd en ongeplande zorg kan moeilijk worden geleverd). Bovendien krijgen cliënten die veel zorg nodig hebben, te maken met hoge kosten. Deze ontwikkeling wordt niet geschikt geacht voor cliënten die moeite hebben met het voeren van de regie, bij psychogeriatrische problematiek en bij mensen die toezicht nodig hebben.

Voor de groep pgb-ers is verblijfszorg thuis geen optie, wanneer de hoogte van het budget wordt gebaseerd op intramurale tarieven en dat intramurale budget is niet voldoende, zo is de verwachting van de helft van de zorgaanbieders. Momenteel loopt hier nog onderzoek naar door de NZa.

#### *Wet maatschappelijke ondersteuning*

De geïnterviewde cliënten- en mantelzorgorganisaties zien de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als een verslechtering voor de positie van cliënten en mantelzorgers, omdat de uitruil van functies, bijvoorbeeld tussen huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging, niet is geregeld. De andere partijen in de keten voorzien dat de splitsing tussen de AWBZ en Wmo zal leiden tot toenemende bureaucratiesering en uit hun zorgen over de onduidelijke regelgeving en besluitvorming ten aanzien van de Wmo, zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek.

#### **Onderzoeksvraag 4:**

##### ***Hoe ziet, volgens de partijen in de zorgketen, de 'ideale indicatiestelling' er uit?***

Partijen in de zorgketen geven een uiteenlopende invulling van het begrip 'ideale indicatiestelling'. Deze vraag is alleen in de interviews met sleutelfiguren voorgelegd. Voor cliënten is het ideaal als hij/zij zo snel mogelijk door het indicatieproces heen is. Clienten- en mantelzorgorganisaties benadrukken het belang van een evenwichtige en duurzame indicatiestelling, waarbij ook de ondersteuning van mantelzorgers wordt nagegaan en er een differentiatie in de indicatiestelling is: eenvoudige indicaties zoveel

mogelijk via de SIP's en langdurige, complexe zorg via een zorgvuldige procedure. De geïnterviewde vertegenwoordiger van het CIZ ziet als 'ideale indicatiestelling' een integrale indicatiestelling op het gebied van wonen, werk en welzijn, waarbij 'bulkwerk' (indicaties voor enkelvoudige, kortdurende zorg) zo veel mogelijk via taakmandatering aan zorgaanbieders met toetsing achteraf kan plaats vinden, en maatwerk bij complexe situaties kan worden geleverd door het CIZ, met inzet van hoogwaardige expertise. De 'ideale indicatiestelling' moet, volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland, onafhankelijk en objectief worden gesteld en zich richten op de langdurige zorg. De geïnterviewde vertegenwoordigers van de brancheorganisatie van zorgaanbieders spreken van een 'ideale indicatiestelling' als deze, in de ogen van de cliënt, doelmatig en efficiënt plaats vindt en zijn voorstander van ruimere toepassing van mandatering dan nu mogelijk is, namelijk ook voor de langdurende zorg.

#### *Verbetering indicatiestelling*

Bijna alle geïnterviewden en ondervraagde deelnemers uit het vragenlijstonderzoek zijn het er over eens dat de indicatiestelling verder verbeterd kan worden. We hebben hen een aantal mogelijkheden voorgelegd, met een oplopende schaal van 'alle aanvragen zouden via het CIZ moeten lopen' tot 'het CIZ ontwikkelt zich als kenniscentrum en expertisehouder'. De meeste indicatiestellers van CIZ-regiobureaus zien een rol weggelegd voor verdere ontwikkeling van het CIZ als expertisecentrum en toezicht-houder. Indicatiestellers zien wel voordelen in taakmandatering van standaardaanvragen (kortdurende, enkelvoudige zorg) aan zorgaanbieders, maar zijn géén voorstander van verruiming van de mandatering naar de langdurige zorg, enkelvoudig of meervoudig. Zorgkantoren zijn tevreden met een taakmandaat voor zorgaanbieders voor standaardvragen, zoals dat nu ook gebeurt bij de SIP's, waarbij het CIZ achteraf steekproefsgewijs toetst. Nog verdere uitbreiding van taakmandatering van aanvragen aan zorgaanbieders is volgens de vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland niet wenselijk. De helft van de ondervraagde managers van zorgkantoren is het eens met de optie dat zorgaanbieders de ruimte krijgen voor aanvragen van enkelvoudige, langdurige zorg waarbij het CIZ achteraf steekproefsgewijs toetst. Zorgaanbieders zien de uitbreiding van het taakmandaat voor de indicatiestelling van de langdurende zorg (zowel enkelvoudig als complex) wel als een verbetering van de indicatiestelling. Zorgaanbieders beschouwen zichzelf als professional op dit terrein en zouden graag meer ruimte krijgen voor een eigen beoordeling van de aanvraag, met achteraf steekproefsgewijze toetsing door het CIZ. De verbetering van de bereikbaarheid en de interne communicatie bij het CIZ is nog door zorgaanbieders genoemd als punt van aandacht.

De derde fase van het onderzoek, de expertmeeting met deskundigen uit beleid en het veld, is gericht op de prioritering van de knelpunten en te komen tot oplossingsrichtingen die passen binnen de doelstelling van de indicatiestelling. De volgende onderzoeksvragen zijn tijdens de expertmeeting beantwoord.



### **Onderzoeksvraag 5:**

***Welke knelpunten moeten het eerst worden opgelost?***

Om tot een prioritering van de knelpunten te komen hebben de deelnemers van de expertmeeting (zie bijlage 3) de opdracht gekregen per rubriek het allerbelangrijkste knelpunt te kiezen (zie bijlage 4). Dat heeft geleid tot prioritering van de volgende knelpunten:

‘De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht’.

‘De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch en de indicatiestelling wordt niet snel genoeg afgehandeld’.

‘Er is geen eenheid van taal in de zorgketen’.

### **Onderzoeksvraag 6:**

***Welke verbeterpunten en oplossingen zijn er aan te dragen voor de gesignaleerde knelpunten en passen de oplossingsrichtingen binnen verwachte, geplande en gewenste ontwikkelingen binnen de indicatiestelling en AWBZ-zorg?***

Over bovengenoemde knelpunten is gediscussieerd en er zijn oplossingsrichtingen naar voren gebracht. We beginnen met het knelpunt ‘de integraliteit van de zorgvraag’, gevolgd door ‘de bureaucratie van de indicatiestelling’ en ‘de eenheid van taal in de keten’.

#### *Oplossingsrichtingen*

*Ad 1. ‘De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht’.*

Tijdens de expertmeeting is met een macroblik naar de integraliteit van de indicatiestelling gekeken, breder dan alleen de AWBZ. Binnen de zorgverzekeringswet is de huisarts de poortwachter van de zorg, bij de AWBZ is de indicatiestelling gecentraliseerd en bij de Wmo is de indicatiestelling juist gedecentraliseerd naar gemeenten. Deze inconsequentie verklaart een groot deel van de spanningen die worden ervaren op het gebied van de integraliteit. Geconstateerd is dat het gemakkelijker zou moeten zijn om de indicatiestelling van de AWBZ en de Wmo op elkaar af te stemmen. Er zou één zorgloket moeten komen voor de klant, waarbij een samenwerkingsrelatie bestaat tussen gemeenten, zorgaanbieders, woningbouwverenigingen en casemanagement.

*Ad 2. ‘De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch en de indicatiestelling wordt niet snel genoeg afgehandeld’.*

Taakmandatering van de indicatiestelling aan de zorgaanbieders van de kortdurende, enkelvoudige zorg wordt gezien als prima oplossing voor de bureaucratie. Het CIZ houdt dan de ruimte en tijd over voor de complexe aanvragen en kan zich kwalitatief verder ontwikkelen. Tegelijkertijd betekent dit ook een vermindering van de achterstanden van de aanvragen bij het CIZ.

*Ad 3. ‘Er is geen eenheid van taal in de zorgketen’.*

Voor de definitie van de functie verpleging sluit niet aan bij de beroepsopvatting van verpleging. Ook is een deel van de verpleegkundige taken ondergebracht bij persoonlijke verzorging, wat geen recht doet aan de functie verpleging, zo zijn de experts van mening. Het indiceren in zorgzwaartepakketten, analoog aan de zorgzwaartepakketten voor cliënten die op verblijfszorg zijn aangewezen, wordt als mogelijke oplossing gezien voor

het verbeteren van eenheid van taal in de zorgketen.

## Conclusies

De indicatiestelling is, in de optiek van de ondervraagde partijen, verbeterd in vergelijking met de indicatiestelling in de RIO-tijd. Zo is de uniformiteit van de indicatiestelling verbeterd en zijn de doorlooptijden van de aanvragen verkort. Het CIZ wordt over het algemeen als objectief en onafhankelijk indicatieorgaan beschouwd, wat vooral vanuit het oogpunt van de positie van de cliënt belangrijk is.

Dat neemt niet weg dat alle partijen in de zorgketen vinden dat de uniformiteit en de integraliteit van de indicatiestelling nóg verder kan worden verbeterd. Daarnaast zijn knelpunten genoemd die de *aanvraag* voor zorg door (vertegenwoordigers van) de cliënt betreffen. De *aanmeldprocedure* kan, in de optiek van een groot deel van alle ondervraagde partijen, verder worden verduidelijkt en vereenvoudigd.

Bij de *beoordeling van de zorgvraag* door indicatiestellers wordt vooral de overschrijding van de afhandelingstermijnen door zorgkantoren en zorgaanbieders als knelpunt ervaren. De motivatie en de onderbouwing van het *indicatiebesluit* is volgens de zorgkantoren en zorgaanbieders van dit onderzoek voor verbetering vatbaar. De leesbaarheid van het indicatiebesluit, dat in dit onderzoek als knelpunt naar voren komt, is onlangs door het CIZ verbeterd.

Alle partijen ervaren verschil in *interpretatie van indicatiecriteria* tussen verschillende indicatiestellers en tussen verschillende CIZ-regio's. Dit aspect hangt samen met de al eerder genoemde uniformiteit van de indicatiestelling. Het gebrek aan *één taal in de keten* wordt door het merendeel van de indicatiestellers en de zorgkantoren als een knelpunt ervaren, en door vier op de tien zorgaanbieders.

Ook zijn nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ-zorg in relatie tot de indicatiestelling aan bod gekomen. Hierin signaleren we een aantal opinies. Het gebruik van Standaard Indicatie Protocolen (SIP's) voor de enkelvoudige, kortdurende zorg, levert, volgens alle geïnterviewde partijen, een positieve bijdrage aan het oplossen van de bureaucratie van de indicatiestelling, (verhoging van) de efficiency en van de klantgerichtheid. Nog verdere taakmandatering door middel van SIP's van de indicatiestelling voor de langdurende zorg wordt door zorgaanbieders als één van de mogelijke oplossingen voor de vergroting van de efficiëncy gezien.

Alle ondervraagde partijen verwachten dat de aanstaande invoering van de zorgzwaartebekostiging een goede stap in de richting van eenheid van taal in de zorgketen zal zijn. Er worden nog wel knelpunten verwacht bij deze ontwikkeling, vooral van de kant van de zorgkantoren: de meerderheid is van mening dat de zorgzwaartepakketten geen recht doen aan de individuele kenmerken van de zorgvrager en vier op de tien zorgkantoren voorzien dat de zorgzwaartepakketten niet voldoende differentiëren.

De toekomstige ontwikkeling van verblijfszorg thuis (full package) wordt eveneens als positief ervaren, omdat dit recht doet aan de scheiding tussen wonen en zorg. Alle partijen hebben wel kanttekeningen geplaatst bij deze ontwikkeling: de verblijfszorg thuis moet doelmatig zijn en er is een inhoudelijke grens aan verblijfszorg thuis. Ook kan de

ontwikkeling negatief uitpakken voor cliënten met een persoonsgebonden budget, omdat de zorgzwaartepakketten gebaseerd zijn op intramurale tarieven en om die reden niet dekkend zijn.

Tijdens de expertmeeting en de kwalitatieve interviews is gewezen op spanningsvelden en dilemma's op het gebied van de indicatiestelling. Op het CIZ ligt een druk om doelmatig en binnen financiële grenzen te indiceren en bestaat spanning tussen de totale behoefte aan zorg en wat er geleverd mag worden. Dit is een verzekeringskwestie en heeft te maken met welke aanspraak nu onder welk pakket valt. In de toekomst wil het CIZ vooral de complexe zorgaanvragen blijven afhandelen en een belangrijkere rol gaan spelen als kennis- en expertisecentrum. Het CIZ komt dan meer in de rol van deskundige toezichthouder, waardoor de druk op het CIZ zal afnemen, aanvragen sneller worden behandeld, en de uniformiteit tóch wordt gegarandeerd. De verbeterpunten die in dit rapport naar voren zijn gekomen, kunnen dienen als aangrijpingspunten voor een blijvende investering in de kwaliteit van de indicatiestelling.

De indicatiestelling voor AWBZ-zorg is een onderwerp dat enorm leeft onder de partijen in de zorgketen en als een krachtenveld wordt ervaren dat spanning oplevert.

In dit rapport worden door alle, bij de indicatiestelling betrokken partijen, knelpunten ervaren die voor verbetering vatbaar zijn. Voor een deel zijn dit knelpunten die praktisch van aard zijn en op korte termijn opgelost kunnen worden. Maar er worden ook knelpunten gesignaleerd die betrekking hebben op de lange termijn en de nodige inspanning vereisen om tot verbetering te komen, zoals de communicatie en de relatie tussen de partijen in de zorgketen.

Er is verdere bezinning nodig op de richting die de indicatiestelling voor AWBZ-zorg nu uit moet, gelet op de toekomstige ontwikkelingen. Uit dit onderzoek blijkt dat er stappen in de goede richting zijn gezet, zoals centralisering en protocollering. Het is tot slot essentieel om de ervaringen met de indicatiestelling voor AWBZ-zorg en de invoering van de zorgzwaartepakketten, de ontwikkeling van verblijfszorg thuis en de afstemming met de Wmo te blijven monitoren, om te bekijken of er verdere maatregelen noodzakelijk zijn.



# 1 De indicatiestelling: historie, organisatie, ontwikkelingen en eerder onderzoek

## 1.1 Historie en organisatie van de indicatiestelling

### 1.1.1 Achtergronden

Iedere Nederlander is via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd voor langdurige zorg en ondersteuning, zoals langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Om voor AWBZ-gefinancierde zorg in aanmerking te komen, moet eerst een aanvraag voor indicatie worden ingediend en is een positief indicatiebesluit nodig. *Indicatiestelling* is het indiceren (beoordelen) van de zorgbehoefte van de klant en het vaststellen van de inhoud en de omvang van de aanspraak op zorg van de verzekerde voor AWBZ-zorg (NRV, 1994). Zoals eerder vermeld is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) met ingang van 1 januari 2005 door de overheid aangewezen als onafhankelijk indicatieorgaan dat de toegang verleent tot AWBZ-zorg en beoordeelt of er sprake is van een claim op zorg.

#### *Geschiedenis van de indicatiestelling*

Begin jaren negentig werd de indicatiestelling voor verzorgings- en verpleeghuizen uitgevoerd door honderden commissies, ingesteld op grond van de Wet op de Bejaardenzorg (WBO). De kruisverenigingen en instellingen voor gezinsverzorging verzorgden zelf de indicatiestelling voor zorg thuis en bepaalden wie wel en wie niet en hoeveel zorg iemand kreeg: de zogenaamde intake.

De indicatiestelling is in de jaren negentig, mede onder druk van cliëntenorganisaties, op de politieke agenda gekomen. Cliëntenorganisaties pleitten er voor om de indicatie voor zorg los te koppelen van de aanbieders<sup>1</sup>. De overheid zette vervolgens de koers uit voor beleid gericht op de invoering van een *onafhankelijke* (los van belanghebbenden), *objectieve, uniforme* en *integrale* indicatiestelling voor de gehele AWBZ. Ook moest de indicatiestelling helpen voorkomen dat een cliënt met verschillende toegangslotketten te maken had (streven naar één loket). Ten slotte moest de indicatiestelling het leveren van *zorg op maat* mogelijk maken en voorkomen dat alleen het aanbod van zorg bepaalde wat cliënten konden ontvangen. De afgegeven indicaties moesten de status van een formeel besluit hebben, waartegen een cliënt bezwaar kon aantekenen en in beroep kon gaan.

#### *Zorginhoudelijke voorwaarden voor de indicatiestelling*

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1994) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen<sup>2</sup> hebben de zorginhoudelijke voorwaarden voor de indicatiestelling ontwikkeld.

---

<sup>1</sup> In 1994 kwam de Commissie Welschen met een rapport 'Ouderenzorg met toekomst' waarin zij deze gedachte uitwerkte voor alle AWBZ-zorg voor ouderen. In 1996 namen de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dit pleidooi over.

<sup>2</sup> Nu: College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Hier volgt een samenvatting:

- De hulpvraag van een individuele patiënt dient het uitgangspunt van indicatiestelling te vormen. Bij het vaststellen van de *hulpbehoefte* wordt rekening gehouden met de beschikbaarheid en de inzetbaarheid van de mantelzorg. Verder dient ook rekening gehouden te worden met de individuele voorkeuren van de hulpvrager en met diens levensperspectief.
- In de indicatiestelling wordt de hulpvraag *integraal* benaderd. Bij het stellen van de indicatie dient niet alleen rekening gehouden te worden met persoonlijke aspecten maar ook met omgevingsfactoren.
- De indicatiestelling moet *gestructureerd* plaats vinden. De indicatiestelling dient volgens een uniforme procedure en op basis van eenduidige criteria plaats te vinden, zodat het proces toetsbaar is.
- De inbreng van de noodzakelijke *zorginhoudelijke deskundigheid* moet zijn gegarandeerd.
- De indicatiestelling moet *onafhankelijk* plaatsvinden van de (vooral bedrijfsgebonden en financiële belangen) van zorgaanbieders, financiers/zorgverzekeraars. Tevens moet de indicatiestelling neutraal zijn (objectief) ten opzichte van het subjectieve belang (mogelijk overvragen) van de hulpvrager.
- Indien mogelijk dient de indicatiestelling, naast de aangewezen *zorgfuncties*, tevens één of meer zorgalternatieven aan te geven. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de *doelmatigheid* en de *adequaetheid* van de zorg en de individuele subjectieve voorkeuren van de zorgvrager.
- Binnen het proces van de indicatiestelling dient duidelijk te zijn wanneer er een mogelijkheid voor *second opinion* aanwezig is.
- De *geldigheidsduur* van de indicatiestelling dient beperkt te zijn. De termijn van geldigheid is afhankelijk van de aard van de hulpbehoefte en wordt per geval vastgesteld.

Om aan de voorwaarden te kunnen voldoen moesten er onafhankelijke indicatieorganen komen. In de volgende paragraaf gaan we daar op in.

### **1.1.2 Regionale Indicatie Organen**

Eind jaren negentig werden ruim tachtig Regionale Indicatie Organen (RIO's) opgericht. Tot vóór die tijd bepaalden, zoals eerder beschreven, de zorgaanbieders welke cliënten in aanmerking kwamen voor zorg en hoeveel zorg ze kregen.

De indicatiestelling 'nieuwe stijl' had nogal wat bestuurlijke en organisatorische gevolgen (Schrijvers, 2001). In de besturen van RIO's moesten patiënten/consumentenorganisaties vertegenwoordigd zijn, evenals huisartsen, verzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten. Het Zorgindicatiebesluit van 1 januari 1998 diende als wettelijke basis voor de indicatiestelling. Aanvankelijk alleen voor de ouderenzorg en thuiszorg, later ook voor de gehandicaptenzorg en delen van de geestelijke gezondheidszorg. In latere instantie werden vanwege de beoogde integraliteit, ook indicatiestelling in de sfeer van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), wonen en welzijn erbij betrokken.

### *Evaluatie RIO's*

Al snel bleek echter dat de onafhankelijkheid door een deel van de zorgvragers en zorgaanbieders niet als zodanig werd ervaren (Algera, 2005; Schrijvers, 2005). Dit idee werd versterkt door het feit dat de RIO's voor een belangrijk deel de indicatiestellers vanuit de thuiszorg en die van de oude Wet op de Bejaardenoorden-commissies hadden overgenomen. Mede daarom werd het ontwikkelen van *uniformiteit* van de indicatiestelling één van de belangrijkste doelstellingen van de RIO's. Verschillende betrokkenen, verenigd in het Breed Indicatie Overleg (BIO) ontwikkelden een protocol voor de indicatiestelling (BIO, 1997). Dit BIO-protocol beschreef op welke wijze een indicatieaanvraag in een besluit kon worden omgezet.

Hoewel dit BIO-protocol door alle RIO's werd overgenomen, leidde dit *niet altijd tot eenduidige afhandeling*. RIO's beoordeelden aanvragen van zorgvragen voor AWBZ-zorg niet op eenzelfde wijze. Zo bleek de indicatiesteller een belangrijker voorspeller te zijn voor de uitkomst van de indicatie dan de zorgvrager en diens zorgvraag (Jörg, 2003). Bovendien gaf het aantal aanvragen voor een indicatie een geweldige groei te zien (Dam en van Velzel, 2003). De gevolgen hiervan waren dat er bij de indicatiestelling achterstanden begonnen te ontstaan. Hiermee zijn de belangrijkste elementen uit de beeldvorming over de RIO's geschetst: de *kwaliteit* van de indicatiestelling zou te wensen over laten, er zou *geen eenduidigheid* zijn en er zouden onaanvaardbare *achterstanden* in de afhandeling van aanvragen zijn.

### *Oprichting CIZ*

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloot vervolgens in 2004 dat er één *onafhankelijke, objectieve en integrale* toegangspoort voor de AWBZ-zorg moest komen, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit was mede naar aanleiding van het advies van de commissie Buurmeijer (Ministerie VWS, 2004a). In dit advies werd geconcludeerd dat veel problemen die de RIO's ondervonden (mede) het gevolg waren van het feit dat deze onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vielen. De commissie adviseerde daarom de indicatiestelling te centraliseren door de oprichting van één landelijk indicatieorgaan.

Het doel van deze omvangrijke transitie was dat de indicatiestelling met *meer uniformiteit* en *minder bureaucratie* zou kunnen worden uitgevoerd: (1) uniformering door het hanteren van richtlijnen en protocollen en (2) terugdringen van de bureaucratie door het zoveel mogelijk vereenvoudigen van het uitvoeringsproces van de indicatiestelling. Het uitgangspunt was dat centraal moest worden gestuurd en bijgestuurd op basis van de feitelijke ontwikkelingen binnen één landelijk beleidskader en één regie. Hier komen we in paragraaf 1.1.4, bij de rol van de diverse partijen op het gebied van de indicatiestelling, nog op terug.

#### **1.1.3 Centrum Indicatiestelling Zorg**

Het CIZ heeft één hoofdkantoor, 16 regiobureaus<sup>3</sup>, 61 decentrale kantoren ofwel locaties en circa 3.000 medewerkers. Elke indicatiesteller handelt gemiddeld ongeveer 800-900 indicaties per jaar af.

Het aantal indicaties van het CIZ is gestegen van 854.000 in 2005 (CIZ, 2005) naar rond

---

<sup>3</sup> In de loop van 2007 worden de regiobureaus opgeschaald naar 6 districten om de aansturing nog verder te verbeteren.

de één miljoen in 2006 (CIZ, 2007). In 2005 bestaat de grootste groep indicatiebesluiten uit de *zorg thuis-combinaties*: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging. De combinatie van de functies van ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding én verblijf is in 2005 sterk toegenomen. Van de kant van de zorgkantoren wordt, vanuit het perspectief van kostenbeheersing, gesuggereerd dat er mogelijk soms sprake is van ‘majeurering’: de indruk bestaat dat bepaalde functies (bijvoorbeeld de functie ondersteunende begeleiding) vaker/meer wordt geïndiceerd dan strikt noodzakelijk is. De waargenomen toename van de indicatie van de functie ondersteunende begeleiding is in de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren in ons onderzoek ook aan de orde gekomen<sup>4</sup>. Bij de bespreking van de onderzoeksresultaten komen we hier nog op terug (zie hoofdstuk 4).

Het vak ‘*indicatiesteller*’ heeft in zeer korte tijd een evolutie doorgemaakt van een indicatiesteller die op basis van professionele ervaring wist wat in een bepaald geval aan zorg nodig was tot een indicatiesteller die gebruik maakt van professionele instrumenten om zijn professionele ervaring te objectiveren (Dam en IJland, in: Schrijvers, 2005). De afweging om de claim op zorg te beoordelen, is grotendeels transparant gemaakt in protocollen, richtlijnen en beslisbomen. Zelfs zo transparant, objectief en toetsbaar dat de afweging voor de enkelvoudige, kortdurende zorg op basis van de protocollen kan worden overgelaten aan zorgaanbieders. Het CIZ toetst dan achteraf of dit zorgvuldig gebeurt. Hier komen we in hoofdstuk 5 nog op terug.

Met de vorming van het CIZ in 2005 is dus een verandering in de indicatiestelling in gang gezet naar verdergaande standaardisering. Er is instrumentarium ontwikkeld, waarbij het bijvoorbeeld gaat om (Buurmeijer, in: Schrijvers, 2005)<sup>5</sup> het inrichten van een primair *referentie werkproces* met standaarden en beslisbomen, waarmee een groot deel van de zorgvragen direct vanuit het CIZ of in mandaat kan worden geïndiceerd. Deze standaardisering moest sterk bijdragen aan de gewenste uniformering en verbetering van de efficiency.

### *Conclusies*

Begin jaren negentig was de indicatiestelling in handen van de zorgaanbieders. Eind jaren negentig zijn circa tachtig RIO’s ingesteld om de zorgvraag los te koppelen van het aanbod en te komen tot een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. Al gauw bleek dat het moeilijk was, vanwege de aansturing door dit grote aantal indicatieorganen, om eenheid in terminologie en vooral criteria te krijgen. De overstap van RIO’s naar één centrale organisatie voor de indicatiestelling, het CIZ, was nodig om de objectiviteit en uniformiteit van de indicatiestelling te bevorderen. Daarvoor was ook een maatschappelijk en politiek draagvlak. Met de invoering van meer uniforme indicatiecriteria en de definiëring van aanspraken in functies in plaats van voorzieningen in de AWBZ heeft de indicatiestelling in de afgelopen periode geleid tot een zekere *uniformering*.

---

<sup>4</sup> Vooruitlopend hierop melden we dat, volgens de geïnterviewde van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), behoefte bestaat aan een leidraad voor de verstrekkingenkant van de functie ondersteunende begeleiding.

<sup>5</sup> In het recent verschenen CIZ-rapport *Indiceren, eenvoudig beter, Twee jaar CIZ: de koers verder uitgezet* is een overzicht te vinden van vernieuwingen en kwaliteitstrajecten 2005 en 2006.

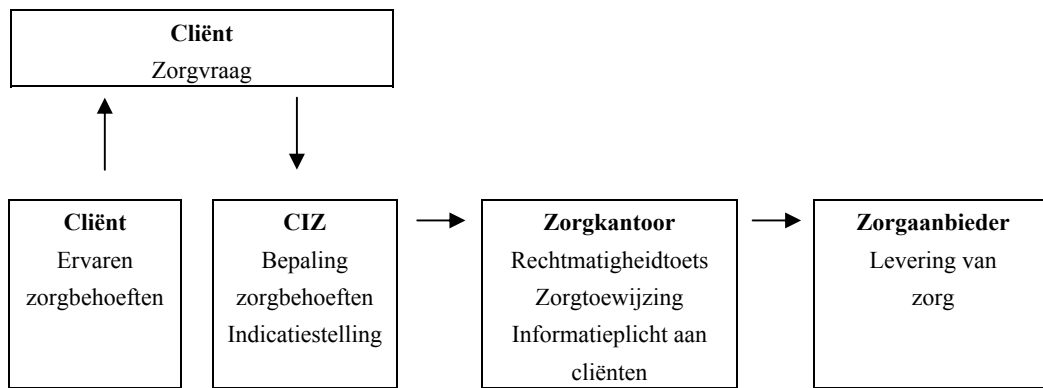


Het spreekt voor zich dat veranderingen hun tijd nodig hebben en dat er niet van de één op de andere dag sprake is van een *optimale* indicatiestelling. Uit de resultaten van dit onderzoek (zie de hoofdstukken 3, 4 en 5) zal blijken op welke punten de indicatiestelling, volgens de partijen in de keten, nog verder verbeterd kan worden.

#### 1.1.4 De positie van de partijen in de zorgketen

Het proces vanaf de zorgbehoeften van de cliënt via indicatiestelling tot en met het ontvangen van zorg wordt de ‘zorgketen’ genoemd. In deze keten zijn cliënten en het CIZ, net als zorgkantoren en zorgaanbieders actoren die een bepaalde verhouding ten opzichte van elkaar staan. Figuur 1.1 beeldt de zorgketen uit.

Figuur 1.1 Zorgketen van zorgbehoeften naar ontvangen zorg



In het onderstaande lichten we de taken, die de overheid aan de actoren toegewezen heeft, kort toe.

##### *Cliënten*

De cliënt is het startpunt van de zorgketen. Hij en/of zijn omgeving ervaart een zorgbehoefte, waaraan niet (meer) door de cliënt zelf of de mantelzorgers (geheel) tegemoet gekomen kan worden. Deze ervaren zorgbehoefte wordt dan vertaald in een zorgvraag, die vervolgens bij het CIZ aangemeld moet worden. De indicatieprocedure (route en planning) bestaat uit de *aanmelding*, een *beoordeling* (onderzoek) en het *indicatiebesluit* (registratief besluit). De aanmelding van de zorgvraag kan door de cliënt zelf worden gedaan, maar ook door bijvoorbeeld de mantelzorger van de cliënt, huisarts of thuiszorgorganisatie (Algera, 2005).

##### *Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ)*

Wanneer een cliënt zijn zorgvraag bij het CIZ heeft aangemeld of daarnaar door een zorgaanbieder is verwezen, treedt de eerste schakel van de zorgketen in werking (zie figuur 1.1). De indicatiesteller neemt de zorgvraag van de cliënt als beginpunt van de indicatiestelling. Het CIZ stelt de onderliggende zorgbehoeften al dan niet ervaren door de cliënt zelf, vast. De basis hiervoor is de formulierenset indicatiestelling AWBZ, die uit meerdere onderdelen bestaat en landelijk wordt gebruikt. Deze formulierenset sluit aan bij de International Classification of Functions (ICF, 2002). De indicatiesteller legt zijn/haar bevindingen vast in de software applicatie en formuleert een indicatiebesluit dat

naar de cliënt wordt gestuurd. In de keten wordt dit besluit doorgestuurd naar het zorgkantoor.

Op basis van het principe ‘*snel en eenvoudig waar mogelijk, uitgebreid waar nodig*’ is het proces zo opgezet dat indicatiebesluiten in principe gemiddeld binnen een periode van twee weken (of minder) na de aanvraag kunnen worden genomen. Voor complexe situaties geldt een langere periode waarbij de wettelijke termijn van zes weken bepalend is.

### *Zorgkantoren*

Het zorgkantoor is de schakel die na het afgeven van een positief advies door het CIZ in werking treedt en de verantwoordelijkheid heeft voor het *efficiënt organiseren en monitoren* van het regionale proces van zorgtoewijzing en tijdige zorgverlening. De zorgkantoren zijn in het leven geroepen om een uniforme toepassing van de AWBZ te bewerkstelligen. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren - nauw gelieerd aan de (concessiehoudende) zorgverzekeraar - die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar trachten af te stemmen. Zorgverzekeraars hebben uit hun midden twaalf concessiehouders aangewezen die gezamenlijk via 32 zorgkantoren de AWBZ uitvoeren.

Om te kunnen voldoen aan de *zorgplicht* zal het zorgkantoor zorg inkopen. Die zorg moet kwalitatief goed en kwantitatief voldoende zijn om de aanspraken van de cliënten te kunnen omzetten in de te leveren zorg. Nieuwe zorgverleners kunnen zich melden en bestaande zorgaanbieders kunnen over regiogrenzen heen zorg leveren. Voor het zorgkantoor is het van belang dat er onderhandelingsruimte komt om zorg in te kopen, die recht doet aan de indicaties en kwaliteit van de zorg. Bij voldoende gecontracteerde zorg kan de cliënt met zijn indicatie met één of meer aanbieders afspraken maken over de levering van de zorg. Voor het toekennen van een persoonsgebonden budget moet het zorgkantoor de geïndiceerde functies en klassen omzetten in een budget.

De rol van het zorgkantoor rond *zorgtoewijzing* en *wachtlijstbeheer* is ervoor te zorgen dat de cliënten zo snel mogelijk zorg ontvangen. Ook de registratie van de regionale wachtlijsten is een taak van het zorgkantoor. Wanneer de cliënt tijdens de indicatiestelling geen voorkeursaanbieder heeft opgegeven, komt de aanvraag in alle regio's bij het zorgkantoor terecht. Alle zorgkantoren bieden informatie, advies en (actieve) bemiddeling aan deze cliënten. Zorgkantoren hanteren niet allemaal dezelfde toewijzingsprocedure: soms bemiddelt het zorgkantoor actief, soms wordt de naam van de cliënt op een speciale website geplaatst, zodat zorgaanbieders de cliënt zelf kunnen benaderen (PWC, 2006).

### *Zorgaanbieders*

Voor de laatste schakel in de zorgketen - de zorgaanbieder - is de taak van oudsher het *verlenen van zorg*.

Thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen hadden vóór de tijd van de RIO's meer zeggenschap over de bepaling van de aard en de omvang van de zorg die zij zelf verleenden. Met de modernisering van de AWBZ moesten zorgorganisaties die zeggenschap afstaan aan de RIO's en later aan het CIZ. Vooral voor de thuiszorgorganisaties die hun zelfstandige indicatiestelling kwijt raakten, was deze omslag groot (Algera, 2005).

De geïndiceerde zorg door het CIZ heeft een bepaalde geldigheidstermijn. Wel wordt er

een bandbreedte (marge) vermeld in het indicatiebesluit, waarbinnen de zorgaanbieder vrij is de hoeveelheid te verlenen zorg te vergroten zonder daartoe eerst het CIZ te raadplegen.

Met de komst van de functiegerichte indicatiestelling in 2003 (zie paragraaf 1.1.5) zijn zorgaanbieders ten opzichte van elkaar meer in een *concurrentiepositie* geplaatst. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat hij klanten aan zich bindt op grond van goede dienstverlening, klantgerichte zorg en scherpe prijs-kwaliteit verhouding (Van Ee, 2005). De cliënt kan zich op deze markt oriënteren voordat hij een keuze maakt voor een bepaalde zorgaanbieder.

#### *De rol en de perspectieven van de partijen in de zorgketen*

De cliënt is het startpunt van de keten van zorgbehoefte naar zorglevering. De algemene opvatting luidt dat er sprake is van een geolied functioneren van de zorgketen als de cliënt zo snel mogelijk door de keten is. Dat is ook belangrijk voor de cliënt zelf, met het oog op de zorgvraag.

Het CIZ staat, na de cliënt, aan het begin van de zorgketen en heeft als taak de omvang en de aard van de benodigde zorg vast te stellen. De taken van het CIZ zijn vastgelegd in het Zorgindicatiebesluit (1997) en zijn duidelijk. Het CIZ streeft naar een integrale beoordeling van AWBZ en Wmo, maar ook de vraag naar samenhang met aanpalende terreinen, zoals wonen en arbeid wordt steeds vaker gesteld. Het CIZ heeft als taak 'het objectief vaststellen van de zorgbehoefte' en de rol van 'poortwachter als toegang tot de AWBZ-zorg in het beheersen van de kosten', dat volgens het CIZ spanning bevat.

De positie van het zorgkantoor in de zorgketen is minder duidelijk dan die van het CIZ (SGB0, 2000). De hoofdtaken van het zorgkantoor- rechtmatigheidstoets, zorgtoewijzing en informatieplicht aan cliënten - zijn niet geregeld in het Zorgindicatiebesluit, maar zorgkantoren hebben wél bevoegdheden en taakverantwoordelijkheden op grond van de AWBZ. Het zorgkantoor maakt afspraken met de zorgaanbieders over de te leveren zorgprestaties, controleert de rechtmatigheid van de zorg en houdt de kwaliteit van de geleverde zorg in de gaten.

Het perspectief van het zorgkantoor is doelmatigheid en kostenbeheersing. Het CIZ moet volgens de zorgkantoren evenwicht bieden aan de zorgaanbieders die vanuit hun marktpositie, de neiging hebben tot omzetmaximalisatie, zo kwam uit de debatten die het CIZ in het najaar van 2006 heeft georganiseerd naar voren.

De taak van de zorgaanbieders als sluitstuk van de indicatiestelling is van oudsher duidelijk, namelijk het leveren van zorg. De zorgaanbieder levert passende zorg in de context van (1) de actuele zorgindicatie en (2) de afgesproken mix van zorgprestaties binnen een functie. De declaratie aan het zorgkantoor berust op de gerealiseerde zorg die past binnen de indicatie.

In het perspectief van de zorgaanbieder leidt de vormgeving van de onafhankelijke indicatiestelling tot ongewenste bureaucratie. Als professionals achten zij zichzelf de eerst aangewezen partij om in direct contact met de cliënt te bepalen welke zorg nodig is. Zij pleiten daarom, zoals bleek tijdens de debatten van het CIZ in 2006, voor een vergaande mandatering volgens een APK-model (Algemene Periodieke Keuring): de aanbieder indiceert en het CIZ toetst op basis van steekproeven.

De beoogde taken van de actoren binnen de zorgketen zijn overigens niet altijd exclusief voor die bepaalde actor. Via mandaatconstructies kunnen in de praktijk nogal wat taakverschuivingen optreden van de ene schakel naar de andere. Een voorbeeld hiervan is het werken met Standaard Indicatieprotocollen (zie paragraaf 1.2.1). De zorgaanbieders krijgen een taakmandaat voor eenvoudige hulpvragen, die standaard afgehandeld kunnen worden en ter toetsing bij het CIZ worden neergelegd. Het CIZ neemt uiteindelijk een besluit met betrekking tot de indicatiestelling en blijft verantwoordelijk.

#### *De rol van de landelijke partijen*

Het CIZ heeft als bestuursorgaan de bevoegdheid om zelf beleidsregels vast te stellen. Daarnaast geeft het Zorgindicatiebesluit de minister van VWS de bevoegdheid om beleidsregels vast te stellen over de wijze waarop het indicatieorgaan zijn activiteiten uitvoert. Op 7 maart 2007 zijn de beleidsregels ondertekend door de staatssecretaris van VWS. Dit houdt in dat normen en criteria op grond waarvan het CIZ een besluit neemt, en op welke manier het belangen afweegt, in de beleidsregels moeten staan. Het CIZ is verantwoordelijk voor de uitvoering van de beleidsregels (zie verder) en de vertaling van de beleidsregels in protocollen.

Het CIZ heeft nog geen formele status en toezicht op het CIZ is dus formeel niet geregeld. Het Ministerie van VWS vertrouwt er op dat de beleidsregels staan voor wat het CIZ moet doen. Indien nodig kan VWS overigens wel gebruik maken van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB). Het Ministerie van VWS spreekt de zorgkantoren aan op een doelmatige mix van zorgprestaties en de kwaliteit van de geleverde zorg.

De conceptbeleidsregels indicatiestelling van het CIZ en de uitwerking van de aanspraken op zorg zijn in 2006 juridisch beoordeeld door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ is een zelfstandig bestuursorgaan en heeft als taak het geven van advies aan het Ministerie van VWS over de omvang van het verstrekkingenpakket, het verdelen van het budget over de zorgverzekeraars en het geven van advies, onder andere over de omvang van het verzekerenpakket. Het CVZ adviseert ook over de bezwaren die bij het CIZ binnen komen. De relatie van het CVZ met het CIZ verloopt dus via het Ministerie van VWS en is adviserend van aard.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van de AWBZ (waaronder ook de indicatiestelling) en de zorgverzekeringwet, de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg en stelt voor een deel de tarieven en budgetten vast. De NZa is net zoals het CVZ een adviesorgaan voor het Ministerie van VWS en heeft onder andere als taak het opkomen voor cliënten en verzekerden, bijvoorbeeld door regels op te stellen waaraan informatie van aanbieders en verzekeraars moeten voldoen. Het NZa adviseert het Ministerie van VWS over onder andere de indicatiestelling. Om de bureaucratie te verminderen adviseert de NZa in een onlangs verschenen rapport aan het Ministerie van VWS (2007) om de indicatiestelling uit te laten voeren door de huisarts of praktijkverpleegkundige onder verantwoordelijkheid van het CIZ. Het CIZ toetst de uitvoering steekproefsgewijs waardoor de bureaucratie beperkt wordt, aldus de NZa.

#### *Krachtenveld*

Het CIZ heeft geen gemakkelijke start gehad, omdat niet alle partijen even blij waren met de oprichting van het CIZ (CIZ, 2007b). Zorgaanbieders twijfelden over de meerwaarde van de onafhankelijke indicatiestelling: was dat niet de taak van de professional? En was het CIZ niet het zoveelste voorbeeld van bureaucratie en regelzucht? Cliëntenorganisaties

vreesden een centrale organisatie die te veel vanuit budget en te weinig vanuit de vraag van de cliënt zou gaan opereren. Verzekeraars vreesden echter het omgekeerde. Met andere woorden, de partijen in de keten wantrouwden elkaar en de legitimiteit en de meerwaarde van het CIZ als indicatieorgaan werd nogal eens in twijfel getrokken. Ook de gemeenten (in figuur 1.1 niet genoemd) moesten een nieuwe houding bepalen als gevolg van de centralisatie van de voormalige RIO's en met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Door de komst van de Wmo moeten de gemeenten kiezen wie de indicaties, bijvoorbeeld voor huishoudelijke verzorging, gaat verzorgen. Dat kan het CIZ zijn, de gemeente zelf of een ander gespecialiseerd indicatiebureau.

Het centraliseren van de indicatiestelling AWBZ naar één landelijke stichting, het CIZ, heeft ook tot gevolg gehad dat de contacten in de keten tussen indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders, formeler en minder frequent zijn geworden. Ook is het zo dat partijen in de keten ieder hun eigen deel afbakenen en ieder hun eigen, soms tegenstrijdige belangen en agenda hebben als het gaat om de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op de relatie tussen partijen in de zorgketen, zoals die door de verschillende partijen zelf worden ervaren.

#### **1.1.5 Functiegerichte indicatiestelling**

Sinds 1 april 2003 is de *terminologie* bij de indicatiestelling 'functiegericht' in plaats van aanbodgericht. De zeven AWBZ-functies zijn: verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging<sup>6</sup>, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf en behandeling. Door functiegericht te indiceren zou de zorgbehoefte van de zorgvrager nog meer centraal komen te staan en zou de klant meer keuzevrijheid krijgen (Ross-van Dorp, 28 oktober 2002).

Binnen de AWBZ-functies wordt er géén koppeling meer gemaakt met locaties van zorg of soort zorgverleners. Dit zou meer ruimte bieden voor de cliënt om zelf keuzes te maken en aanbieders zouden over de schotten heen zorg kunnen leveren. Zorgkantoren zouden meer ruimte hebben voor contractering van diverse zorgaanbieders door bredere aanbodmogelijkheden.

Het gevolg hiervan is dat er twee talen ontstonden in de zorgketen. De taal van de functies aan de voorkant van de keten en de taal van de producten dan wel zorgprestaties die vertrekpunt zijn bij de zorgcontractering en bekostiging van de zorg. Beide 'talen' matchen in de praktijk niet altijd even goed.

## **1.2 Nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ in relatie tot de indicatiestelling**

De ontwikkelingen in de AWBZ en de ervaren en te verwachten gevolgen voor de indicatiestelling, vanuit het perspectief van de actoren in de keten, komen in hoofdstuk 4 aan bod. We noemen hieronder de belangrijkste ontwikkelingen, die ook terug zullen keren in hoofdstuk 5.

### **1.2.1 Standaard Indicatie Protocollen**

Een recente belangrijke ontwikkeling is het werken met *Standaard Indicatie Protocollen*

---

<sup>6</sup> De functie huishoudelijke verzorging is per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

(SIP's). SIP's zijn protocollen, waarbij op basis van gerichte vragen bij bepaalde veel voorkomende zorgsituaties de inhoud van het indicatiebesluit (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) wordt bepaald, bijvoorbeeld voor kortdurende, herstelgerichte zorg. Het Ministerie van VWS heeft, in het convenant AWBZ 2005-2007 aan het CIZ de opdracht gegeven uiterlijk 1 juli 2005 mandaatafspraken te maken met zorgaanbieders (Ministerie van VWS, 2004b). De convenantpartners (AWBZ-brancheverenigingen en het Ministerie van VWS) gaan er van uit dat tenminste 30% tot 50% van alle indicaties - zowel nieuwe indicaties als herindicaties - via een taakmandaat aan zorgaanbieders tot stand komt.

Vanaf 1 mei 2005 kunnen zorgaanbieders daadwerkelijk SIP's gebruiken door met het CIZ een overeenkomst te sluiten. Zij krijgen dan toegang tot een webapplicatie van het CIZ, kunnen daarmee een indicatieadvies opstellen voor het CIZ en op basis daarvan de cliënt direct in zorg (laten) nemen. Het CIZ zet het advies om in een besluit, in principe zonder eigen afweging, en controleert het gebruik van de SIP's steekproefsgewijs achteraf (CIZ, 2005a). In de periode van 1 mei 2005 tot 1 augustus 2006 zijn door zorgaanbieders ruim 97.000 SIP's ingediend bij het CIZ en dat aantal groeit nog steeds.

Als de SIP's door zorgaanbieders zelf worden toegepast, kan de cliënt snel over een indicatie beschikken, wat de snelheid van zorglevering en de aansluiting tussen zorgbehoefte, geïndiceerde zorg en geleverde zorg ten goede zou moeten komen. Naast gebruik van de SIP's door zorgaanbieders, worden de SIP's ook door het CIZ zelf (intern) toegepast bij de indicatiestelling van zorgvragen waarvoor deze protocollen zijn gemaakt. Op dit moment wordt gewerkt met 21 SIP's onder meer voor oog druppelen, steunkousen aan- en uittrekken en revalidatie na een ziekenhuisopname in verband met een CVA. Binnen het CIZ beraadt men zich momenteel of het zinvol is om nog meer SIP's te ontwikkelen.

### **1.2.2 Zorgzwaartepakketten**

De bekostiging van de zorg en het verblijf in zorginstellingen verandert binnenkort. Op dit moment krijgen zorgaanbieders geld voor de beschikbare capaciteit, maar vanaf 2008 worden ze gefinancierd in de vorm van tarieven voor zogenaamde zorgzwaartepakketten voor hun cliënten. Het aantal toegewezen uren zorg en begeleiding worden dan niet meer apart toebedeeld per geïndiceerde functie, maar in de vorm van een *zorgzwaartepakket* (Ross-van Dorp, 29 september 2005). De hoogte van het bedrag is afhankelijk van de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft en aan elk zorgzwaartepakket is een maximale prijs gekoppeld. Dit systeem heet zorgzwaartebekostiging en met de invoering ervan wordt een laatste stap gezet in de modernisering van de AWBZ. Het CIZ start naar verwachting op 1 juli 2007 met de indicatiestelling in zorgzwaartepakketten (zsp's). Een zorgzwaartepakket voor verblijfszorg beschrijft een cliëntgroep met de daarbij behorende zorg, in soort en omvang, en bestaat uit:

- de beschrijving van het cliëntprofiel en de grondslag voor het zorgzwaartepakket;
- de globale omschrijving van de zorg in functies (verblijf en overige functies);
- de omvang van de totale zorg in uren per week;
- de beschrijving van de setting (bijvoorbeeld beschermd wonen) en leveringsvoorwaarde (snelheid van zorglevering).

Extramurale cliënten blijven voorlopig nog een indicatie krijgen in termen van functies en klassen, maar op de iets langere termijn is niet uit te sluiten dat ook bij cliënten die thuis

zorg ontvangen met zorgzwaartebekostiging gewerkt zal gaan worden

### **1.2.3 *Verblijfszorg thuis (full package)***

Het zorgzwaartepakket werkt als een persoonsvolgend budget: de cliënt bepaalt waar de zorg wordt geleverd. De cliënt kan zijn geïndiceerde pakket verzilveren bij één of meerdere zorgaanbieders van eigen voorkeur. Maar de *indicatie voor verblijf* in het zorgzwaartepakket betekent in 2007 niet per definitie verblijf in een 24-uurs instelling. Voor mensen met een verblijfsindicatie zal het, naar verwachting in 2007 mogelijk zijn een volledig pakket zorg (full package) vanuit de AWBZ thuis te ontvangen. In toenemende mate willen cliënten met een verblijfsindicatie ‘passende zorg’ thuis ontvangen. Met verblijfszorg thuis kan de cliënt een samenhangend zorgarrangement worden aangeboden met zorg op afroep in de directe nabijheid. Verblijfszorg thuis is bedoeld als alternatief voor een verblijf in een AWBZ-instelling.

De functie verblijf wordt niet verzilverd, de cliënt betaalt zelf de woonkosten en blijft recht op andere servicediensten houden. Aanbieders kunnen fungeren als hoofdleveranciers van alle gewenste zorg en noodzakelijke zorg, of optreden als onderaannemer en een gedeelte van de zorg leveren. Zij kunnen de zorg intramuraal leveren, maar ook in natura in de vorm van ‘verblijfszorg thuis’ bij de cliënt, die bijvoorbeeld thuis woont of in een geclusterde setting, zoals een woonzorgcomplex. De discussie die momenteel wordt gevoerd is dat verblijfszorg thuis *niet altijd een optie* zal zijn, vooral in het geval geen sprake is van geclusterd wonen waarop het tarief is gebaseerd (Ministerie van VWS, 2006). De zorginstelling moet het zorgzwaartepakket thuis kunnen leveren binnen de grenzen van de doelmatigheid, dat wil zeggen, voor het nog door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vast te stellen (maximum) tarief.

### **1.2.4 *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)***

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is op 1 januari 2007 in werking getreden. Het maatschappelijke doel van de Wmo is: meedoen. Meedoen van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben is en blijft er de AWBZ.

In de Wmo zijn enkele (delen van) wetten opgegaan: de huishoudelijke verzorging en een aantal subsidieregelingen (onder andere mantelzorgondersteuning en diensten bij wonen met zorg) uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en delen uit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben blijft er de AWBZ. Zoals gezegd vormt huishoudelijke verzorging vanaf 1 januari 2007 niet langer een aparte functie in het kader van de AWBZ. Vanaf die datum kan hulp bij het huishouden worden verkregen via de gemeenten op basis van de Wmo. Binnen de Wmo krijgen gemeenten een belangrijke taak bij het vormgeven aan een breed pakket van voorzieningen voor burgers in hun gemeente.

Het CIZ blijft de opdracht houden zorg te dragen voor de indicatiestelling voor AWBZ. Omdat *geïntegreerd werken* hierbij altijd één van de uitgangspunten is geweest, biedt het CIZ aan gemeenten aan om de indicatiestelling Wmo op zich te nemen.

### 1.3 Eerder verrichte studies en peilingen

De afgelopen jaren zijn diverse onderzoeken en peilingen op het terrein van de indicatiestelling gedaan. Sommige van deze onderzoeken zijn echter inmiddels weer verouderd, omdat ze ten tijde van de RIO's of nog vóór de functiegerichte indicatiestelling hebben plaats gevonden (Dijkstra, 2001; Van Nispen, 2002; Algera, 2005). Het nadeel van recent onderzoek dat heeft plaats gevonden (onder andere Jedeloo en Schrijvers, 2007; Kunneman en Slob, 2007), is dat deze studies het perspectief van slechts één van de partijen in de zorgketen, zoals cliënten van het CIZ, in beeld brengen. We pretenderen dan ook niet een volledig literatuuroverzicht te geven, maar beperken ons tot studies en peilingen die een belangrijke aanleiding vormden voor dit onderzoek.

In 2005 meldde een groot deel van de instellingen die extramurale AWBZ-zorg leverden en aangesloten waren bij de toenmalige Landelijke Vereniging voor Thuiszorg uiteenlopende knelpunten met betrekking tot de indicatiestelling (LVT, 2005). Via een elektronisch bericht had de LVT een oproep gedaan om ervaringen en knelpunten met de indicatiestelling mee te delen. Veertig van de ongeveer negentig LVT-lidinstellingen reageerden op die oproep.

Een veel genoemd knelpunt in die peiling van de LVT betrof de *aanscherping van de indicatiestelling als gevolg van het werkdocument Gebruikelijke Zorg* (LVT, 2005). In 2003 was door de toenmalige Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) dat werkdocument ontwikkeld om indicatiestellers te helpen bepalen welke zorg de partner, ouders of andere huisgenoten op zich moeten nemen, voordat iemand een beroep doet op de AWBZ (LVIO, 2003). Gebruikelijke zorg betreft de gangbare zorg die huisgenoten aan elkaar bieden op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor elkaar, bijvoorbeeld voor elkaar koken, boodschappen doen of de dagelijkse verzorging van kinderen door ouders. Gebruikelijke zorg wordt niet vergoed door de AWBZ en in het werkdocument werd er vanuit gegaan dat huisgenoten die zorg ook moeten verlenen, mits er geen sprake is van overbelasting van de huisgenoten<sup>7</sup>.

Volgens lidinstellingen van de toenmalige Landelijke Vereniging voor Thuiszorg was het werkdocument Gebruikelijke Zorg in sommige opzichten te streng dan wel werd het door indicatiestellers soms te streng toegepast. Indicatiestellers zouden soms te weinig rekening houden met de persoonlijke omstandigheden en draagkracht van huisgenoten (LVT, 2005). In sommige gevallen zou louter de aanwezigheid van een huisgenoot de reden zijn om geen indicatie af te geven, terwijl niet goed gekeken werd naar de mogelijkheden van die huisgenoot om bij te dragen aan de zorg.

Ook kwam *versnippering van de zorg* als knelpunt naar voren (LVT, 2005). Het door indicatiestellers gehanteerde onderscheid in de zeven AWBZ-functies, zonder daarbij rekening te houden met de vereiste personele deskundigheid, zou integrale zorg door zo weinig mogelijk zorgverleners in de weg staan. De definitie van verpleging is versmald tot louter verpleegtechnisch handelen omdat alle ADL-zorg (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) gerekend wordt tot de functie 'persoonlijke verzorging'.

Het onderscheid tussen enerzijds de functies activerende en ondersteunende begeleiding

---

<sup>7</sup> Mantelzorg onderscheidt zich van 'gebruikelijke zorg' in zwaarte, duur en/of intensiteit en kan vanuit de AWBZ bekostigd worden. Per 1 april 2007 wordt de mantelzorg in het indicatiebesluit expliciet in kaart gebracht, zodat bij uitval van de mantelzorg geen nieuw indicatiebesluit nodig is. Dat is handiger en flexibeler.



(door een relatief hoog gekwalificeerde zorgverlener) en anderzijds huishoudelijke verzorging (waar een helpende voor ingeschakeld wordt) zou integrale zorg door vooral gespecialiseerde verzorgenden in de weg staan. Het gaat in situaties waar een gespecialiseerde verzorgende over de vloer komt, niet om het overnemen van huishoudelijke taken, maar om het begeleiden en coachen bij het huishouden. De expertise van de gespecialiseerde verzorging zit juist in de integrale uitvoering van verschillende zorgelementen.

Tenslotte zouden de afgegeven *indicaties te statisch en onvoldoende flexibel* zijn, mede omdat er geen rekening wordt gehouden met voorspelbare ontwikkelingen in de zorgvraag (toename zorgzwaarte en complexiteit). Hierdoor zou de zorginstelling veelvuldig genoodzaakt zijn om vervolgindicaties aan te vragen. Vooral bij terminale cliënten waarvoor in de laatste periode vaak intensieve zorg nodig is, zou dat een probleem vormen.

Verder heeft ook het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in 2004 door bureau GINO (Wolffensperger et al., 2004) onderzoek laten doen naar de indicatiestelling, waarbij vooral is gekeken naar de effecten van het *werkdokument Gebruikelijke Zorg*. GINO bestudeerde in dit kader indicatiegegevens, legde indicatiestellers casussen voor en ondervroeg enkele vertegenwoordigers van mantelzorgorganisaties. Belangrijke conclusies uit dit onderzoek zijn:

- Het invoeren van het werkdokument Gebruikelijke zorg had vooral een afname van de positieve indicatiebesluiten voor de functie huishoudelijke verzorging tot gevolg. In hoeverre die afname toe te schrijven was aan het gebruik van het werkdokument was echter onduidelijk, omdat ook het invoeren op 1 januari 2004 van de nieuwe eigenbijdrageregeling voor de thuiszorg hier effect op zal hebben gehad<sup>8</sup>.
- Indiciestellers bleken het werkdokument goed te kennen, maar handelden vaak in het casuonderzoek niet uniform.
- De ondervraagde contactpersonen van mantelzorgorganisaties gaven aan dat de eigen verantwoordelijkheid van partners en kinderen duidelijker waren geworden door het werkdokument Gebruikelijke Zorg. Naasten zouden echter soms te weinig bij het indicatieproces betrokken worden (Wolffensperger et al., 2004).

Het Ministerie van VWS concludeerde, als reactie op het onderzoek van GINO, dat het werkdokument een redelijke en zorgvuldige normering van het begrip gebruikelijke zorg geeft. Indiciestellers kennen het werkdokument goed, maar het toepassen moet nog uniformer (Ross-van Dorp, TK vergaderjaar 2004-2005, 26631, nr. 127).

In 2005 is het werkdokument Gebruikelijke Zorg vervangen door het Protocol Gebruikelijke Zorg (CIZ, 2005b). In dat protocol heeft het CIZ mede naar aanleiding van het onderzoek van GINO en het standpunt daarover van VWS een nadere normering en uitwerking gegeven van wat precies onder gebruikelijke zorg valt. In het protocol is ook uitdrukkelijk aangegeven dat de indicatiesteller de mogelijkheid houdt om af te wijken in het geval dat toepassing van het protocol tot 'kennelijke onbillijkheid' zou leiden.

---

<sup>8</sup> Uit onderzoek van bureau HHM naar de gevolgen van de verhoging van de eigen bijdrage blijkt dat er veel opzeggingen van thuiszorg zijn geweest die voornamelijk betrekking hebben op enkelvoudige huishoudelijke verzorging (Vernhout et al., 2004).

### *Knelpunten intramurale zorg*

In het voorgaande zijn knelpunten en ervaringen die betrekking hebben op de indicatiestelling in verband met de extramurale zorg benoemd. Er is echter ook onderzoek gedaan naar de indicatiestelling in relatie tot de *intramurale zorg*. In opdracht van Arcares (inmiddels opgegaan in ActiZ) is in 2004 door Van Loveren & Partners een onderzoek gedaan naar de samenhang tussen de functiegerichte indicatiestelling, de zorgbehoefte van cliënten en de geleverde zorg (Huijben et al., 2004). Daarvoor gebruikte men indicatierapporten, cliëntgegevens over de zorgbehoefte en productiegegevens van instellingen die meededen aan de Benchmark Verpleging en Verzorging 2003. In dat onderzoek bleek de relatie tussen de indicatiestelling en de zorgbehoefte van cliënten gering. Evenmin is er nauwelijks een verband gevonden tussen de hoeveelheid geïndiceerde zorg en de geleverde zorg. Een verklaring die in dit onderzoek naar voren kwam, is dat het voor indicatiestellers heel moeilijk is om vanuit de thuishouding van cliënten te beoordelen welke zorg cliënten intramuraal nodig hebben.

## **1.4 Meerwaarde van dit onderzoek**

In de voorgaande paragrafen hebben we laten zien dat er al veel ontwikkelingen gaande zijn in de indicatiestelling en ook op het terrein van de AWBZ-zorg. Ook hebben we laten zien dat er al enig inzicht is in ervaringen en knelpunten bij de functiegerichte indicatiestelling.

De in kaart gebrachte knelpunten lijken echter gekleurd door het feit dat niet alle betrokkenen in de zorgketen (cliënten, naasten, indicatiestellers, zorgaanbieders, zorgkantoren) in de hiervoor genoemde onderzoeken en peilingen zijn ondervraagd. Ook is het de vraag of de eerder gesignaleerde knelpunten - zoals aanscherping van de indicatiestelling, versnippering van de zorg, en statische en onvoldoende flexibele indicaties - nog steeds als knelpunten worden ervaren of dat er verbeteringen zijn. Bovendien staan de ontwikkelingen binnen de AWBZ niet stil, wat kan leiden tot een reductie van knelpunten, maar mogelijk ook tot nieuwe knelpunten.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en ActiZ (voorheen Arcares en Z-org) hebben daarom gezamenlijk het initiatief genomen om dit onderzoek te laten uitvoeren waarin de knelpunten bij de indicatiestelling op een systematische manier in kaart worden gebracht en waarbij er aandacht is voor *de perspectieven van alle betrokken partijen*. Door de verschillende perspectieven van cliënten, naasten, indicatiestellers, zorgaanbieders en zorgkantoren naast elkaar te zetten, levert een dergelijk onderzoek een *meerwaarde*. Door in het onderzoek zowel de *extramurale* als de *intramurale* zorg te betrekken levert het onderzoek ook brede informatie op.

Ook levert dit onderzoek een meerwaarde op omdat, zo gezegd, ontwikkelingen rondom de indicatiestelling niet stil staan. We denken dan aan het werken met Standaard Indicatie Protocollen voor de enkelvoudige, kortdurende zorg vanaf 1 mei 2005, de zorgzwaartebekostiging en het indiceren in zorgzwaartepakketten, naar verwachting per 1 juli 2007, de ontwikkeling van Verblijfszorg thuis en de Wet maatschappelijke ondersteuning per 1 januari 2007.

## 2 Opzet en methode

### 2.1 Scope van het onderzoek

We beperken ons in dit onderzoek tot de indicatiestelling voor zover de indicatiestelling de dominante grondslagen ‘somatisch’ of ‘psychogeriatrisch’ betreft. ActiZ en CIZ hebben besloten de grondslag ‘psychosociale problematiek’ *niet* als eigenstandige grondslag in het onderzoek mee te laten nemen. Deze inperking heeft te maken met de reikwijdte van het onderzoek, namelijk verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg, en het feit dat psychosociale problematiek in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg bijna altijd in combinatie met de grondslag ‘somatic’ of ‘psychogeriatric’ voorkomt.

Om een volledig beeld te krijgen van de knelpunten en de ontwikkelingen op het gebied van de indicatiestelling zouden idealiter niet alleen Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, maar óók de Geestelijke Gezondheidszorg en de Gehandicaptenzorg bevestigd moeten worden. De afbakening van het onderzoek tot alleen de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg hangt samen met het feit dat de lidinstellingen ActiZ tot deze typen zorginstellingen (thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en verzorgingshuizen) behoren.

### 2.2 Onderzoekperiode

Het veldwerk van dit onderzoek vond plaats in de periode oktober 2006 tot en met januari 2007. Deze tijdgebondenheid van het onderzoek betekent dat op onderdelen al (beleids)wijzigingen plaats hebben gevonden. We hebben wel geprobeerd de meest recente (beleids)aanpassingen in dit rapport te verwerken, om ervoor te zorgen dat de informatie up to date is.

### 2.3 Doel en onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek is een genuanceerd beeld geven van de mogelijke verbeterpunten rondom de functiegerichte indicatiestelling vanuit de perspectieven van alle betrokken partijen. Tevens moet dit onderzoek inzicht geven in welke mogelijke oplossingsrichtingen er zijn voor de (eventueel) gesignaleerde problemen, mede met het oog op nieuwe ontwikkelingen binnen de AWBZ.

In dit onderzoek zijn de volgende vragen beantwoord:

1. Wat is het oordeel van de partijen in de zorgketen, namelijk (a) cliënten, (b) naasten die gebruikelijke zorg of mantelzorg verlenen, (c) indicatiestellers, (d) vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen en (e) zorgkantoren en over de huidige indicatiestelling voor AWBZ-zorg (mede afgezet

- tegenover ervaringen met de indicatiestelling in de RIO-periode)?
- 2a. Ervaren de partijen in de zorgketen knelpunten die betrekking hebben op de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?
  - 2b. Op welk gebied liggen deze knelpunten en wat is de omvang en ernst van de knelpunten?
  - 2c. Waardoor worden deze knelpunten veroorzaakt?
  3. Signaleren of verwachten de partijen in de zorgketen nieuwe knelpunten of juist een reductie van knelpunten voor de indicatiestelling als gevolg van nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg?
  4. Hoe ziet, volgens de partijen in de zorgketen, de 'ideale indicatiestelling' er uit?
  5. Welke knelpunten moeten het eerst worden opgelost?
  6. Welke verbeterpunten en oplossingen zijn aan te dragen voor de gesignaleerde knelpunten en passen deze oplossingsrichtingen binnen verwachte, geplande en gewenste ontwikkelingen binnen de indicatiestelling en AWBZ-zorg?

## 2.4 Fasen van het onderzoek

Het onderzoek kent een kwalitatief én een kwantitatief deel en een expertmeeting. Er zijn dus drie fasen:

1. In de eerste fase van het onderzoek zijn kwalitatieve interviews gehouden met sleutelfiguren (zie bijlage 1). Doel van de interviews was meer inzicht te krijgen in de aard en mogelijke oorzaken van ervaren knelpunten. De uitkomsten van de interviews met sleutelfiguren zijn ook gebruikt als input voor de tweede fase van het onderzoek.
2. Het kwantitatieve deel bestond uit een schriftelijk vragenlijstonderzoek bij de volgende groepen onderzoekspersonen: contactpersonen van CIZ-regiobureaus, contactpersonen van zorgaanbieders en contactpersonen van zorgkantoren. Het vragenlijstonderzoek moet inzicht bieden in de diverse perspectieven op de indicatiestelling en eventuele knelpunten. We hebben de cliënten in dit onderzoek niet bevroegd, omdat het Julius Centrum, in opdracht van het CIZ, in dezelfde periode (najaar 2006) een landelijk onderzoek uitvoerde naar de klanttevredenheid met het CIZ<sup>1</sup>. Om cliënten niet dubbel te belasten zijn de resultaten van het genoemde onderzoek van het Julius Centrum gebruikt voor dit onderzoek (Jedelo en Schrijvers, 2007). Het onderzoek van het Julius Centrum betreft de AWBZ-brede indicatiestelling, maar het gros van de cliënten heeft 'somatische problematiek' (81%) of 'psychogeriatrische problematiek' (16%) als dominante grondslag, vergelijkbaar met onze onderzoekspopulatie. Wel hebben we in ons onderzoek vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties geraadpleegd.
3. In de slotfase van het onderzoek is een expertmeeting gehouden met deskundigen uit de werelden van het beleid en de praktijk. Het doel was om te discussiëren over de uitkomsten van de onderzoeksfasen 1 en 2 en te komen tot mogelijke oplossingen voor geconstateerde knelpunten, in het perspectief van nieuwe ontwikkelingen binnen de indicatiestelling.

---

<sup>1</sup> Hierover is in januari 2007 door het Julius Centrum gepubliceerd.

In de volgende paragrafen wordt verslag gedaan van de werkwijze van het onderzoek. Achtereenvolgens komen de opzet van het kwalitatief deel aan bod (paragraaf 2.5), het kwantitatieve deel (paragraaf 2.6) en de expertmeeting (paragraaf 2.7).

## 2.5 Kwalitatieve deel: interviews met sleutelfiguren

In de eerste fase van het onderzoek zijn kwalitatieve interviews gehouden met in totaal achttien sleutelfiguren. De geïnterviewde sleutelfiguren zijn:

1. vertegenwoordigers van organisaties van zorggebruikers en naasten, namelijk (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Per Saldo, de vereniging van mensen met persoonsgeboden budget, Mezzo, landelijke Vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg, Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties;
2. managers en adviseurs van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ);
3. zorgaanbieders, de koepelorganisatie van zorgorganisaties (ActiZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriaters;
4. één vertegenwoordiger van zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland en
5. vertegenwoordigers van het beleid: College voor Zorgverzekeringen en van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur;
6. vertegenwoordigers van bureau Hoeksma, Homans en Menting: de projectleider van de ontwikkeling van zorgzwaartepakketten (zzp's) en een projectmedewerker, deskundig op het terrein van de Standaard Indicatie Protocollen.

In bijlage 1 van dit rapport zijn de namen van de geïnterviewde sleutelfiguren te vinden.

### *Doel interviews*

Het doel van de interviews met sleutelfiguren was een eerste indruk te krijgen van de verschillende perspectieven van sleutelfiguren op indicatiestelling en de ervaren knelpunten. Mede gebruik makend van deze kennis konden we de vragenlijst voor het kwantitatieve deel ontwikkelen. Een aantal van achttien interviews, verdeeld over de verschillende soorten informanten, is voldoende gebleken om een indruk te krijgen van de relevante ontwikkelingen en om punten die voor verbetering vatbaar zijn boven tafel te krijgen. In deze interviews is overigens ook expliciet gevraagd wat er wél goed gaat in de praktijk van de functiegerichte indicatiestelling. Dat hebben we gedaan om knelpunten beter in perspectief te kunnen plaatsen. Tevens wilden we ideeën boven tafel krijgen over de inrichting van een zo effectief en efficiënt mogelijke indicatiestelling met de (hoofd)grondslagen psychogeriatricie en somatiek.

### *Topics*

De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter en er is gewerkt met een topiclijst met onderwerpen die verband houden met de in paragraaf 2.3 genoemde onderzoeksvragen 1 tot en met 4. De topiclijst is opgesteld aan de hand van wat er uit eerdere onderzoeken, zoals in hoofdstuk 1 beschreven, bekend is.

### 2.5.1 *Analyses*

Van alle interviews is een geluidsopname gemaakt, zodat daarna relevante fragmenten

letterlijk uitgetypt konden worden en kwalitatief konden worden geanalyseerd. Aan de hand van de interviewverslagen is door de onderzoeker een analyseschema gemaakt waarin per topic en per geïnterviewde partij de belangrijkste uitkomsten overzichtelijk in kaart zijn gebracht. Op die manier zijn zowel de overeenkomsten als de verschillen tussen de geïnterviewde sleutelfiguren en partijen, inzichtelijk geworden.

Een conceptverslag van de interviews met sleutelfiguren is aan alle geïnterviewden voorgelegd ter beoordeling op de herkenbaarheid en een juiste weergave van wat in de interviews naar voren is gekomen. De geïnterviewden konden zich grotendeels vinden in de resultaten, zoals weergegeven in het verslag. Het commentaar van de sleutelfiguren is verwerkt in een eindverslag.

Tussen deze en de volgende onderzoeksfase heeft een bijeenkomst met de begeleidingscommissie van het onderzoek plaats gevonden waarin de uitkomsten van dit eerste deel zijn besproken en tevens de conceptvragenlijsten voor de kwantitatieve onderzoeksfase deel op de agenda stonden.

## **2.6 Kwantitatieve deel: schriftelijke vragenlijst**

De tweede onderzoeksfase bestond uit een schriftelijk vragenlijstonderzoek onder indicatiestellers van CIZ-regiobureaus, zorgkantoren en zorgaanbieders. Dit schriftelijke vragenlijstonderzoek vormt een nadere onderbouwing en kwantificering van de knelpunten die in de kwalitatieve fase naar voren zijn gebracht.

### **2.6.1 Gegevensverzameling**

Begin december 2006 zijn schriftelijke vragenlijsten uitgezet bij de volgende groepen onderzoekspersonen:

1. *Contactpersonen van de 16 CIZ-regio's.* Per regio is één contactpersoon (kwaliteitsmedewerker, teamleider, indicatiesteller) geselecteerd. Namen en adressen zijn aangeleverd door CIZ. De contactpersonen zijn vervolgens rechtstreeks aangeschreven door het NIVEL. De contactpersonen zijn door het CIZ geselecteerd op basis van inzicht en ervaringen met de indicatiestelling op het terrein van AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg voor de dominante (hoofd)grondslagen 'somatiek' of 'psychogeriatric'.
2. *Contactpersonen van de 32 zorgkantoren.* Ook bij de zorgkantoren was het streven per kantoor één contactpersoon (manager) schriftelijk te bevragen die een goed overzicht heeft over hoe de indicatiestelling in de praktijk verloopt. Namen en adressen zijn aangeleverd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), waarna het NIVEL de contactpersonen heeft benaderd.
3. *Contactpersonen van ActiZ:* 540 zorgorganisaties die zijn aangesloten bij voormalig Arcares en Z-org. Het streven was om per zorgorganisatie één contactpersoon te ondervragen. Adressen van directies van zorgorganisaties zijn aangeleverd door ActiZ.

Bij de schriftelijke vragenlijst is een begeleidende brief van het NIVEL gevoegd. ActiZ heeft haar leden, via een bericht op Actiz-ledennet, opgeroepen om medewerking aan het onderzoek te verlenen. ZN heeft in een managementoverleg met zorgkantoren het onderzoek aangekondigd en een positief advies gegeven om aan het onderzoek deel te

nemen. Indiciestellers van CIZ-regiobureaus zijn door een beleidsmedewerker van het CIZ aangespoord om de vragenlijst in te vullen.

Tevens is er, om de respons te vergroten, drie weken na de verzending (begin januari 2007) een herinneringsbrief gestuurd. Omdat de respons van de zorgkantoren daarna nog steeds laag was, is aan de managers van de zorgkantoren half januari 2007 opnieuw dringend per brief verzocht de vragenlijst in te vullen.

## **2.6.2 Beschrijving van de deelnemers en respons**

### *CIZ-regiobureaus*

De vragenlijst is bij de meeste CIZ-regiobureaus ingevuld door de indicatiesteller ofwel kennisdrager op het gebied van Verpleging, Verzorging en Thuiszorg; in een enkel geval heeft de teamleider (voormalig indicatiesteller) of de kwaliteitsmedewerker de lijst ingevuld. Voor het gemak spreken we in dit rapport voortaan over 'de indicatiesteller'. Alle contactpersonen van de zestien aangeschreven CIZ-regiobureaus hebben aan het onderzoek meegewerkt.

### *Zorgkantoren*

Bij de zorgkantoren is de vragenlijst door uiteenlopende functionarissen ingevuld, zoals de adviseur zorginkoop, de regiocoördinator, de zorgbemiddelaar AWBZ of de manager, projectleider of coördinator van Bureau Zorgtoewijzing. We spreken in de tekst voortaan over 'het zorgkantoor'.

Managers van zorgkantoren gaven te kennen dat zij wel aan het onderzoek willen meewerken, maar dat ze aan het begin van het jaar (tot april) altijd erg druk zijn met de zorginkoop. Twee managers van zorgkantoren hebben de vragenlijst om die reden 'leeg' teruggestuurd. Van twee andere zorgkantoren hebben we de reden van non-respons niet meer kunnen achterhalen, vanwege personele wisselingen van de aangeschreven managers. Dat betekent dat bij de presentatie van de gegevens van de zorgkantoren niet alle zorgkantoren vertegenwoordigd zijn (25 van de 29 zorgkantoren). Verder hebben sommige zorgkantoren met hetzelfde werkgebied gezamenlijk één vragenlijst ingevuld (in de respons zijn deze meer dan één keer meegeteld).

### *Zorgaanbieders*

De directieleden hebben zelf de vragenlijst ingevuld of hebben een contactpersoon geselecteerd die - volgens de directie - op basis van hun inzicht in hoe de indicatiestelling bij hun cliënten verloopt, de vragenlijst het beste kan invullen, zoals de locatiemanager, manager zorg, het hoofd zorg, hoofd medische dienst, stafmedewerker, kwaliteitsfunctionaris, beleidsmedewerker, coördinator zorg, opnamefunctionaris, maatschappelijk werker, teammanager zorg, zorgadviseur, zorgbemiddelaar, zorgconsulent, wachtlijstbeheerder, intaker en klantenadviseur. Voortaan volstaan we in de tekst met de term 'de zorgaanbieder'.

Van de zorgorganisaties, die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, bestaat 40% uit verzorgingshuizen (waarvan 10% een verpleegunit heeft), gevolgd door verpleeghuizen (12%), thuiszorginstellingen (11%) en woonzorgcomplexen (4%). Bij ruim een derde van de zorgaanbieders, die aan het onderzoek hebben meegewerkt gaat het om ketenorganisaties van zowel verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen. De zorginstellingen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt vormen dus, wat type instelling betreft, een afspiegeling van de branche (verpleging, verzorging en thuiszorg).

Van de zorgaanbieders heeft ruim de helft de vragenlijst teruggestuurd (302 van de 540). Telefonisch en via de e-mail lieten vertegenwoordigers van zorgorganisaties weten dat ze het onderwerp erg belangrijk vinden en dat ze graag hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. Bovendien hebben veel vertegenwoordigers van zorgaanbieders gebruik gemaakt van de mogelijkheid om in de vragenlijst een schriftelijke toelichting bij de antwoorden te geven.

In tabel 2.1 is de respons van de verschillende onderzoeksgroepen af te lezen. Een aantal deelnemers heeft de vragenlijst geretourneerd met daarin de reden(en) om niet aan het onderzoek mee te doen. Aan het verzoek om een aantal achtergrondkenmerken van de organisatie in te vullen is geen gehoor gegeven, zodat het niet mogelijk was om een non-respons analyse te doen. Alle ingevulde vragenlijsten (=netto respons) waren volledig ingevuld, en dus bruikbaar voor het onderzoek.

Tabel 2.1 Respons en non-respons vragenlijst

Deelnemers	Indicatie- stellers	Zorg- kantoren	Zorg- aanbieders
<i>Verzonden vragenlijsten</i>	N=16	N= 29 <sup>2</sup>	N= 540
<i>Niet ingevulde vragenlijsten retour, met als reden:</i>	-	2	15 <sup>3</sup>
- geen tijd, eerst lopende zaken afhandelen	-	2	6
- vindt de vragenlijst te lang	-	-	4
- onvoldoende zicht op de onderwerpen van de vragenlijst	-	-	6
- ziekte of uit dienst van de inhoudelijke deskundige, nieuw management net gestart	-	-	4
<i>Non-respons</i>	-	2	225
<b>Netto respons</b>	16 (100%)	25 (86%)	302 (56%)

De motivatie om de vragenlijst in te vullen was bij alle drie de partijen groot, zo blijkt onder andere uit het (zeer) hoge respons percentage voor schriftelijk vragenlijstonderzoek (tabel 2.1). Dit wijst er op dat het onderwerp erg leeft bij de betrokken partijen.

### 2.6.3 *Onderwerpen van de vragenlijst*

De vragenlijst voor indicatiestellers van CIZ-regiobureaus is te vinden in bijlage 2; de vragenlijst voor de zorgkantoren en de zorgaanbieders zijn *niet* in de bijlage opgenomen, omdat ze voor een zeer groot deel overeenkomen met de vragenlijst voor indicatiestellers. Voor elke onderzoeksgroep is dus een aparte vragenlijstversie ontwikkeld, maar er zijn wel zoveel mogelijk analoge vragen gesteld, zodat in de analyses verschillende perspectieven met elkaar vergeleken kunnen worden.

De vragenlijsten vormen een operationalisatie van de onderzoeksvragen 1 tot en met 4 (zie paragraaf 2.3), dat wil zeggen op welk gebied liggen de knelpunten, wat zijn mogelijke oorzaken van de ervaren knelpunten als het gaat om de functiegerichte indicatiestelling én er wordt een koppeling met nieuwe ontwikkelingen in relatie tot de toekomst van de indicatiestelling gemaakt.

De vragenlijst bestaat uit een aantal voor elke onderzoeksgroep specifieke vragen (in

<sup>2</sup> Er zijn 32 zorgkantoren in Nederland, maar we hebben 29 managers van zorgkantoren een vragenlijst toegestuurd. De reden hiervoor is dat een aantal managers meerdere zorgkantoren aanstuurt.

<sup>3</sup> Het totaal aantal is groter dan 15, omdat er per vragenlijst meerdere redenen konden worden aangegeven.



onderdeel A) en een deel, dat voor alle onderzoeksgroepen hetzelfde is (onderdeel B tot en met I):

- A. Algemene vragen
- B. Evaringen met de indicatiestelling
- C. Aanvraag voor AWBZ-zorg: ontwikkelingen en knelpunten
- D. Beoordeling van de zorgvraag: ontwikkelingen en knelpunten
- E. Indicatiebesluit: ontwikkelingen en knelpunten
- F. Afstemming tussen zorgvraag en geïndiceerde zorg: ontwikkelingen en knelpunten
- G. Afstemming tussen geïndiceerde zorg en geleverde zorg: ontwikkelingen en knelpunten
- H. Rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen
- I. Toekomstvisie

De antwoorden op de vragen zijn zo veel mogelijk voorgestructureerd, waarbij het mogelijk was een toelichting te geven op elke vraag. De schriftelijke vragenlijst sluit af met een open vraag waarin de mogelijkheid is geboden om algemene opmerkingen te plaatsen over de indicatiestelling. Vóór afname is de vragenlijst door vertegenwoordigers van CIZ-regiobureaus, zorgkantoren en zorgaanbieders uitgetest op relevantie en begrijpelijkheid, waarna een laatste aanpassing van de vragenlijst heeft plaatsgevonden.

Op verzoek van de vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en vertegenwoordigers van zorgkantoren (managers) zijn aan de zorgkantoren géén vragen gesteld over het onderwerp ‘Afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg: ontwikkelingen en knelpunten’. De vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is namelijk van mening dat een diepgaande analyse van wachttijden nodig is om inzicht te kunnen krijgen op de precieze afstemming tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg.

#### *Oordeel over de doelstelling van de indicatiestelling*

In de schriftelijke vragenlijst zijn de volgende omschrijvingen gebruikt:

1. Met *objectiviteit* bedoelen we dat het indicatieproces een transparante opzet heeft, zodat vergelijkbare zorgvragen tot vergelijkbare oordelen over de benodigde zorg leiden<sup>4</sup>.
2. Met *uniformiteit* bedoelen we dat het in kaart brengen van de zorgvraag volgens een algemeen geldend stramien verloopt, volgens dezelfde procedures en criteria, zodat vergelijkbare zorgvragen tot vergelijkbare oordelen over de benodigde zorg leiden.
3. Met *onafhankelijkheid* wordt bedoeld dat het indicatieproces wordt uitgevoerd zonder binding aan de belangen van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders of financiers.
4. Onder *integraal* verstaan we: bij het in kaart brengen van de zorgbehoefte wordt gekeken naar de samenhang tussen arbeid, zorg, wonen en welzijn.

#### *Ervaringen met de indicatiestelling*

Aan de zorgkantoren en zorgaanbieders is gevraagd naar het oordeel over hun relatie met het CIZ vanuit de achtergrond dat zorgkantoren en zorgaanbieders belang hebben bij een snelle indicatiestelling van een goede kwaliteit. We hebben de indicatiestellers op hun

---

<sup>4</sup> Het gaat hier om de betrouwbaarheid van de beoordeling door indicatiestellers: kenmerken van de cliënten en van de indicatiesteller, zoals leeftijd, opleiding, geslacht en woonplaats, mogen geen invloed hebben op het indicatiebesluit. Transparantie en objectiviteit zijn voorwaarden voor uniformiteit.

beurt *niet* gevraagd naar hun relatie met zorgkantoren en zorgaanbieders.

#### *'Ideale' indicatiestelling*

We hebben in het schriftelijke vragenlijstonderzoek aan de partijen gevraagd hun *voorkeur* aan te geven voor de manier waarop de indicatiestelling in de nabije toekomst (verder) verbeterd zou kunnen worden (zie bijlage 2). De antwoordmogelijkheden vormen een oplopende schaal, van 'alle aanvragen voor AWBZ-zorg zouden via het CIZ moeten verlopen' tot 'het CIZ ontwikkelt zich als expertisecentrum en toezichthouder op de indicatiestelling'. Invullers van de vragenlijst hebben meestal een combinatie van (mogelijke) manieren van verbetering van de indicatiestelling aangekruist. De antwoordmogelijkheden sluiten elkaar ook niet (altijd) uit. In een open vraag was het mogelijk een toelichting te geven op het antwoord.

#### **2.6.4 Analyses**

De vragenlijstgegevens zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek (percentages en frequenties). Omdat we in dit onderzoek de gehele populatie, dat wil zeggen alle CIZ-regiobureaus, alle zorgkantoren en alle zorgaanbieders (lidinstellingen van ActiZ), hebben aangeschreven, kunnen we volstaan met een beschrijving van de verschillen én overeenkomsten tussen de onderzoeksgroepen en heeft het statistisch toetsen van de verschillen geen meerwaarde.

## **2.7 Expertmeeting**

In de slotfase van het onderzoek (fase 3) hebben we een expertmeeting gehouden. De expertmeeting is georganiseerd om de laatste twee onderzoeksvragen, 5 en 6 (zie paragraaf 2.3) te kunnen beantwoorden over prioritering van knelpunten en het bedenken van verbeterpunten en oplossingsrichtingen.

#### **2.7.1 Deelnemers en programma**

In totaal hebben negentien personen aan de expertmeeting deelgenomen (zie bijlage 3). Bij de selectie van experts was rekening gehouden met vertegenwoordiging van de verschillende partijen op het gebied van de indicatiestelling: zowel vertegenwoordigers van cliënten, als van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), zorgkantoren en zorgaanbieders waren aanwezig.

De experts hadden voorafgaande aan de expertmeeting een samenvatting ontvangen met de methoden en uitkomsten van het kwalitatieve en kwantitatieve deel van het onderzoek. De bijeenkomst werd ingeleid door vertegenwoordigers van ActiZ en CIZ. Het krachtenveld is duidelijk gemaakt waarbinnen het CIZ haar taakstelling moet uitvoeren van onafhankelijk, objectief en integraal indiceren. De methoden en tussentijdse resultaten van de voorafgaande onderzoeksfases zijn vervolgens in een presentatie door de onderzoeker mondeling toegelicht. Daarna werden de experts uitgenodigd deze resultaten aan hun eigen ideeën en opvattingen te toetsen.

#### **2.7.2 Analyses**

De discussies tijdens de expertmeeting zijn zoveel mogelijk schriftelijk vastgelegd en vervolgens kwalitatief geanalyseerd door de onderzoeker. Een conceptverslag over de

uitkomsten van de expertmeeting is ter toetsing voorgelegd aan de deelnemers.

## **2.8 Stramien voor de beschrijving van de resultaten**

De resultaten van de schriftelijke vragenlijst hebben we bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten (zie hoofdstuk 3, 4 en 5) als belangrijkste uitgangspunt genomen. De resultaten van de kwalitatieve interviews zijn als illustratie en verdieping gebruikt van het vragenlijstmateriaal. Omdat het grotendeels om dezelfde vragen gaat, is het mogelijk om de gegevens uit de schriftelijke vragenlijst te vergelijken met de gegevens uit de interviews met sleutelfiguren.

Het stramien voor de beschrijving van de onderzoeksresultaten is als volgt: steeds komt als eerste het perspectief van (a) indicatiestellers, dan van (b) zorgkantoren en (c) vertegenwoordigers van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen, (d) cliënten en mantelzorgers of vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties over de indicatiestelling en tot slot (e) sleutelfiguren. We hebben voor deze volgorde gekozen vanwege de positie van de partijen in de zorgketen (zie figuur 1.1 in paragraaf 1.1.4). We hebben een uitzondering gemaakt voor de plaats van het perspectief van cliënten en mantelzorgers, omdat we in dit onderzoek de cliënten en mantelzorgers niet zelf hebben bevraagd, maar resultaten presenteren uit het onderzoek van het Julius Centrum ofwel vanuit het perspectief van vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties. Het onderzoek van het Julius Centrum betrof een evaluatie van de service en dienstverlening van het CIZ voor cliënten en mantelzorgers. Omdat we aan cliënten niet dezelfde vragen hebben kunnen stellen als aan de andere partijen, blijft het perspectief van cliënten echter enigszins onderbelicht.

Tot slot, in de tabellen is voor de duidelijkheid het percentage **vet** gemaakt, als minimaal de helft van de deelnemers een aspect als een knelpunt ervaart. Deze knelpunten, ingeleid door een korte samenvatting, worden tegelijkertijd als concrete verbeterpunten opgevat, waarmee we elk onderdeel afsluiten.



### 3 Resultaten: huidige en ‘ideale’ indicatiestelling

#### 3.1 Oordeel over de relatie tussen partijen in de zorgketen en de kwaliteit van de indicatiestelling

##### *Zorgkantoren*

Zorgkantoren ervaren hun relatie met het CIZ als (heel) goed (92%) en vinden dat de relatie de afgelopen jaren sterk is *verbeterd*. Zo zijn er afspraken gemaakt in de vorm van een jaarplan, om de relatie tussen CIZ en zorgkantoor soepel te laten verlopen.

Twee ondervraagde managers bestempelen de relatie met het CIZ als ‘matig’ (8%). De reden hiervan is, volgens deze managers, dat ze niet tijdig door het CIZ op de hoogte worden gesteld van wijzigingen in protocollen en beleid. ‘*Communicatie en afstemming onderling, bewust zijn van de schakel in de keten, zijn zaken die aandacht blijven vragen*’.

##### *Zorgaanbieders*

Van de zorgaanbieders ervaart ruim de helft hun relatie met het CIZ als (heel) goed (57%), een minder positief geluid dus dan bij de zorgkantoren. Veertig procent van de zorgaanbieders heeft, volgens eigen zeggen, een ‘matige’ relatie met het CIZ en 3% een (zeer) slechte relatie. De slechte (telefonische) bereikbaarheid van het CIZ en de gebrekkige interne communicatie bij het CIZ zijn hier debet aan, zo blijkt uit de toelichting in de schriftelijke vragenlijst.

##### *Cliënten*

Cliënten zijn tevreden over de indicatiestelling en geven het CIZ het rapportcijfer 7,5 (Jedeloo en Schrijvers, 2007). Acht op de tien cliënten (82%) zijn tevreden met de geïndiceerde zorg. Cliënten zijn niet zo tevreden over de kwaliteit van de verstrekte informatie (29%) en de bereikbaarheid (25%) van het CIZ. Ten tijde van de RIO’s, toen er sprake was van lange wachttijden en onduidelijke besluitvorming, waren zorgvragers overigens ook niet negatief over de indicatiestelling: 82% van de cliënten was in 2001 ‘redelijk’ tot ‘zeer tevreden’ (Schrijvers, 2001).

##### *Sleutelfiguren*

Alle geïnterviewde sleutelfiguren zijn het er met elkaar eens dat de *kwaliteit* van de indicatiestelling door het CIZ sterk is verbeterd ten opzichte van de indicatiestelling ten tijde van de RIO’s. Deze verbeterde kwaliteit uit zich, volgens de sleutelfiguren, in de volgende aspecten: (1) de doorlooptijden zijn korter geworden (2) de indicatiestelling is uniformer geworden (3) de beslisregels zijn verder aangescherpt, waardoor het mogelijk is objectiever te indiceren en (4) er is door het CIZ veel energie gestoken in deskundigheidsbevordering van de indicatiestellers.

Volgens de geïnterviewde manager van het CIZ heeft het CIZ een bureaucratisch imago en dat brengt de aard van het werk met zich mee. Het CIZ ziet ook in dat procedures soms onnodig bureaucratisch zijn en dat de formulieren ingewikkeld zijn. Het CIZ probeert dat

te verbeteren en heeft daarom de afgelopen twee jaar, zoals al eerder is genoemd, ook veel geïnvesteerd in het ontwikkelen van protocollen voor de indicatiestelling en in opleidingstrajecten van medewerkers.

Dat er door alle partijen in de zorgketen toch knelpunten worden ervaren, gesignaleerd of voorzien, zal uit de verdere onderzoeksresultaten duidelijk worden.

#### *Verbeterpunten:*

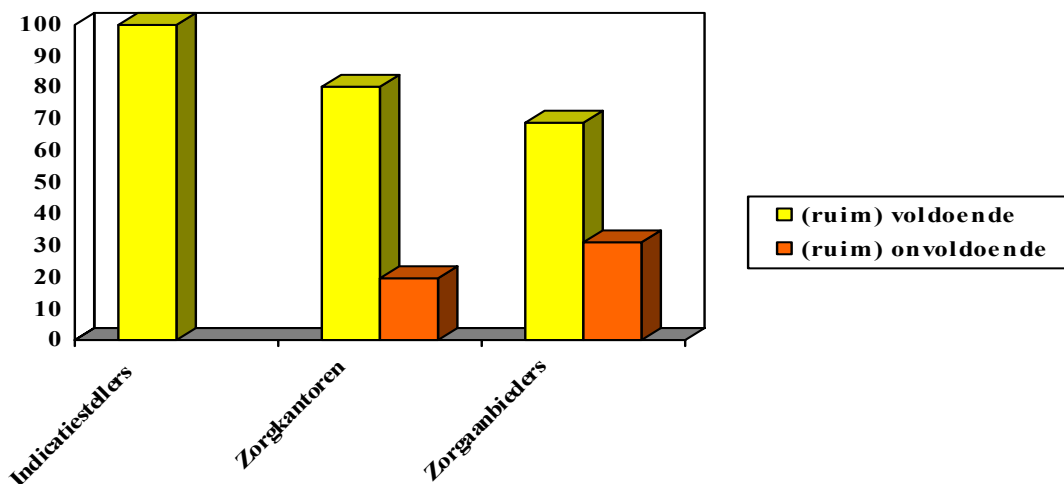
Vier op de tien zorgaanbieders ervaart de relatie met het CIZ als ‘matig’. Cliënten zijn tevreden over de indicatiestelling, maar zijn minder tevreden over de kwaliteit van de verstrekte informatie en de bereikbaarheid van het CIZ.

- De bereikbaarheid van het CIZ, de verstrekte informatie aan cliënten en de communicatie tussen zorgaanbieders en CIZ zijn verbeterpunten.

## 3.2 Oordeel over de doelstellingen van de indicatiestelling

### 3.2.1 *Objectiviteit van de indicatiestelling*

Figuur 3.1 Oordeel over objectiviteit van de indicatiestelling (in percentages) <sup>1</sup>



#### *Indiciestellers*

Alle indicatiestellers van de CIZ-regiobureaus uit het vragenlijstonderzoek zijn van oordeel dat de indicatiestelling op objectieve wijze plaats vindt. Een toelichting in de schriftelijke vragenlijst luidt: *‘De objectiviteit staat hoog in het vaandel bij alle indicatiestellers’*.

#### *Zorgkantoren*

De managers van zorgkantoren zijn niet unaniem in hun oordeel over de objectiviteit van de indicatiestelling. Acht van de tien zorgkantoren in het schriftelijke vragenlijstonderzoek vinden dat de indicatiestelling voldoende objectief is, maar een vijfde deel bestempelt de objectiviteit als onvoldoende. Managers van zorgkantoren zien wel een verbetering ten opzichte van het RIO-tijdperk, maar zo geeft een manager van een zorgkantoor te kennen: *‘Het lijkt (te) vaak of elke indicatiesteller naar eigen inzicht*

<sup>1</sup> Bij het oordeel over de doelstellingen van de indicatiestelling was het niet mogelijk om een tussencategorie te kiezen.

en goeddunken handelt en indicatiestellers lijken (te) vaak rekening te houden met wat de cliënt wil’.

#### Zorgaanbieders

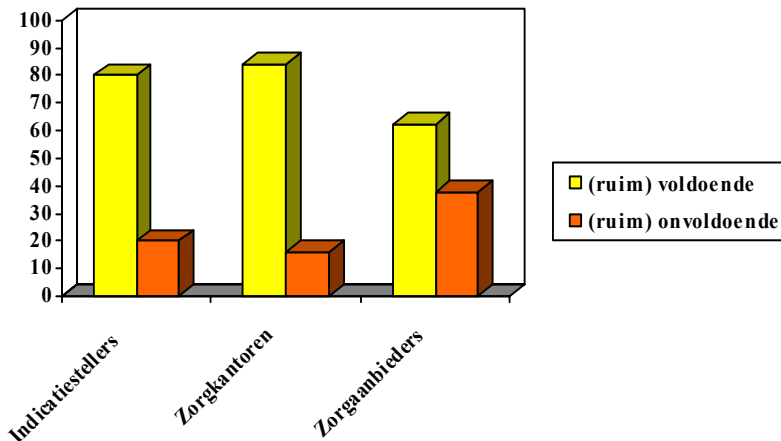
Ook zorgaanbieders zijn verdeeld in hun oordeel over de objectiviteit van de indicatiestelling. Zeven op de tien zorgaanbieders in het vragenlijstonderzoek zijn positief over de objectiviteit, maar bijna een derde is van mening dat de objectiviteit (ruim) onvoldoende is. Als toelichting is vermeld ‘dat het lijkt alsof beleidslijnen door indicatiestellers willekeurig worden gehanteerd’.

#### Sleutelfiguren

In de interviews met sleutelfiguren wordt het beeld, dat de objectiviteit van de indicatiestelling verbeterd is ten opzichte van de RIO’s, maar nog wel verder kan worden verbeterd, bevestigd. In het kwalitatieve interview met de vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gezegd: ‘Tot nu toe is de indicatiestelling te weinig objectief. Bij een gelijke zorgzwaarte wordt een verschillende indicatie voor zorg gesteld. Indicaties verschillen enorm tussen indicatiestellers en dat is niet acceptabel. Dat heeft te maken met doelmatigheid van de zorg. Er moet een zakelijker claimbeoordeling komen, op grond van landelijke, uniforme uitgelijnde beleidsregels’. In de expertmeeting (zie hoofdstuk 6) is de objectiviteit van de indicatiestelling ook aan bod gekomen.

### 3.2.2 Uniformiteit van de indicatiestelling

Figuur 3.2 Oordeel over uniformiteit van de indicatiestelling (in percentages)



#### Indiciestellers

De ruime meerderheid van de ondervraagde indicatiestellers (80%) geeft in de schriftelijke vragenlijst aan de uniformiteit voldoende te vinden. Een vijfde deel van de ondervraagde indicatiestellers beoordeelt de indicatiestelling als onvoldoende uniform. Een toelichting uit de schriftelijke vragenlijst: ‘In vergelijkbare aanvragen kunnen de omstandigheden verschillen, die tot verschillende uitkomsten leiden: volledige uniformiteit is nooit haalbaar’. ‘Binnen het eigen team merk ik al dat er verschillend tegen problemen wordt aangekeken’. We hebben de indicatiestellers ook gevraagd waar ze in hun werk de meeste moeite mee hebben: 56% noemt dan de uniformiteit. Volgens indicatiestellers is er binnen het CIZ wel voldoende oog voor de uniformiteit en is de

uniformiteit de laatste jaren sterk is verbeterd; maar er zijn toch nog te veel verschillen tussen CIZ-regio's, binnen regio's en binnen CIZ-locaties. Ook is opgemerkt dat volledige uniformiteit een utopie is. *'Uniformiteit heeft ook niet alleen met protocollering te maken, maar hangt ook af van de interpretatie van protocollen door indicatiestellers en vanuit welke mensvisie en mensbeelden indicatiestellers naar cliënten kijken'*.

#### *Zorgkantoren*

Ruim acht op de tien zorgkantoren (84%) ervaren de uniformiteit van de indicatiestelling als voldoende. Enkele zorgkantoren (16%) beoordelen in de vragenlijst, net zoals enkele indicatiestellers, de indicatiestelling als onvoldoende uniform (figuur 3.2): zij signaleren een verschil van interpretatie tussen indicatiestellers en dat leidt volgens zorgkantoren bij op het oog vergelijkbare situaties, tot een verschillend indicatiebesluit.

#### *Zorgaanbieders*

Zes op de tien zorgaanbieders (62%) vindt dat de indicatiestelling (ruim) voldoende uniform is. Van de andere kant ervaart 38% van de zorgaanbieders de uniformiteit als knelpunt. Zorgaanbieders geven aan dat ze de indruk hebben dat indicatiestellers op eigen wijze omgaan met indicatiecriteria, dat er verschillen zijn tussen CIZ-regio's en dat landelijke protocollen niet altijd worden toegepast. Ook geven enkele zorgaanbieders aan dat er opvallend veel verschillen zijn in de geïndiceerde klassen, vooral bij de functie ondersteunende begeleiding. Hier komen we later in dit rapport nog op terug (paragraaf 4.1.4).

#### *Sleutelfiguren*

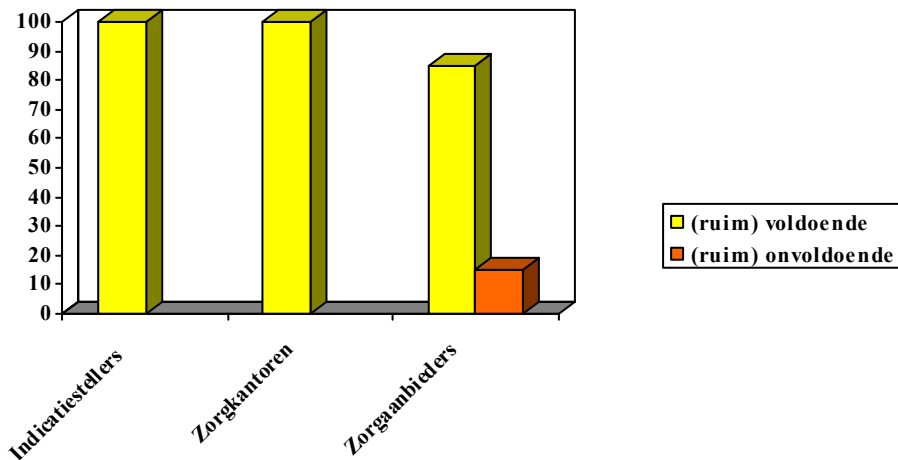
De geïnterviewde sleutelpersoon van het CIZ herkent het probleem van onvoldoende uniformiteit niet: het werkproces is *eenduidiger* geworden en dat heeft, volgens de sleutelfiguur van het CIZ, geleid tot *uniformiteit* zodat een aanvraag voor zorg bij verschillende CIZ-regiokantoren tot een zelfde indicatiebesluit luidt. Hij geeft tegelijkertijd aan dat *'het belangrijk is dat er op regioniveau volgens de landelijke beleidsregels wordt gewerkt'*. In de reflectie op de onderzoeksgegevens (hoofdstuk 7) komen we hier op terug.

Alle andere geïnterviewde sleutelpersonen zijn het over eens dat de uniformiteit van de indicatiestelling - ook al is deze al wel verbeterd - soms nog te wensen over laat: vergelijkbare zorgaanvragen leiden niet altijd tot vergelijkbare oordelen over de benodigde zorg en er is sprake van verschillen tussen indicatiestellers, aldus de sleutelfiguren.



### 3.2.3 Onafhankelijkheid van de indicatiestelling

Figuur 3.3 Oordeel over de onafhankelijkheid van de indicatiestelling (in percentages)



#### *Indiciestellers*

De indicatiestellers van het schriftelijke vragenlijstonderzoek vinden unaniem dat het CIZ (ruim) voldoende onafhankelijk is.

#### *Zorgkantoren*

Ook alle zorgkantoren beoordelen in de vragenlijst het CIZ als onafhankelijk, net zoals de indicatiestellers.

#### *Zorgaanbieders*

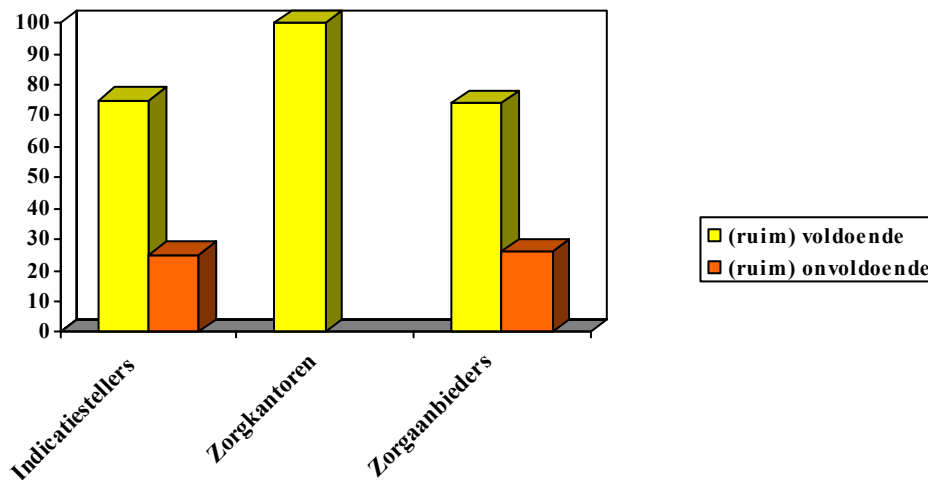
Van de zorgaanbieders ervaart een ruime meerderheid (85%) de indicatiestelling als (ruim) voldoende onafhankelijk. Slechts een klein deel van de zorgaanbieders (15%) is van mening dat de indicatiestelling in (ruim) onvoldoende mate onafhankelijk is. Een toelichting luidt: 'Het is merkbaar dat het CIZ de opdracht van de overheid heeft karig te indiceren'. Het CIZ laat zich volgens enkele zorgaanbieders te veel leiden door de politiek.

#### *Sleutelfiguren*

Alle vertegenwoordigers van alle geïnterviewde partijen wijzen op het belang van een onafhankelijke indicatiestelling, zoals dat nu door het CIZ gebeurt. Het CIZ moet, aldus sleutelfiguren, onafhankelijk poortwachter blijven voor de langdurige zorg en steekproeven doen om de kwaliteit van de indicatiestelling te waarborgen.

### 3.2.4 Integraliteit van de indicatiestelling

Figuur 3.4 Oordeel over de integraliteit van de indicatiestelling (in percentages)



#### Indiciestellers

Driekwart van de indicatiestellers (75%) vindt dat de indicaties (ruim) voldoende integraal worden gesteld, een kwart is van mening dat de integraliteit onvoldoende is. Eén indicatiesteller geeft hierbij de volgende uitleg: *‘Bij de verkorte procedure wordt alleen de aanvraag beoordeeld, en niet de mogelijke andere door de cliënt niet benoemde zorgbehoeften’*. De werkdruk, zo blijkt uit de toelichting, wordt ook als reden opgevoerd dat er minder tijd is voor de samenhang. Een andere indicatiesteller geeft in het vragenlijstonderzoek als toelichting: *‘Er wordt van ons steeds meer verwacht claimgericht te oordelen ten koste van een integraal onderzoek, zeker bij telefonische aanmeldingen’*.

Ook het gebrek aan kennis over wonen en zorg bij indicatiestellers leidt in sommige gevallen, zo zijn indicatiestellers van mening, tot minder integraal indiceren. Verder maken indicatiestellers zich zorgen over de gevolgen van de Wmo, waarbij de in gang gezette integratie van de indicatiestelling weer wordt ontvlochten. Hier komen we in hoofdstuk 5 op terug (zie paragraaf 5.4).

#### Zorgkantoren

Alle managers van zorgkantoren ervaren de integraliteit van de indicatiestelling in de vragenlijst als voldoende<sup>2</sup>.

#### Zorgaanbieders

Driekwart (74%) van de zorgaanbieders is van mening dat de indicatiestelling (ruim) voldoende integraal gebeurt; een kwart (26%) van de zorgaanbieders (iets minder vaak dan de indicatiestellers) meldt in de vragenlijst dat de indicatiestelling door het CIZ onvoldoende integraal plaatsvindt. Volgens zorgaanbieders is de samenhang tussen arbeid, zorg, wonen en welzijn zeer diffuus.

<sup>2</sup> Geen enkel zorgkantoor heeft bij deze vraag ‘ruim voldoende’ ingevuld.

### *Sleutelfiguren*

Alle partijen in de keten zijn van oordeel dat de indicatie breder moet worden gesteld en *integraal*, dat wil zeggen dat er een betere afstemming van de indicatiestelling op het gebied van zorg, wonen, welzijn en arbeid moet komen.

#### *Verbeterpunten:*

De indicatiestelling wordt door het merendeel van de partijen als objectief ervaren, maar een vijfde van de zorgkantoren (20%) en bijna een derde van de zorgaanbieders (31%) vindt de objectiviteit onvoldoende.

- De objectiviteit van de indicatiestelling is een punt dat voor verbetering vatbaar is.

De uniformiteit van de indicatiestelling is verbeterd met de komst van het CIZ, zo bleek uit de gesprekken met sleutelfiguren. Dat beeld wordt voor een deel bevestigd in het schriftelijke vragenlijstonderzoek: de indicatiestelling is over het algemeen voldoende uniform, echter 'onvoldoende uniform' volgens 20% van de indicatiestellers, 16% van de zorgkantoren en 38% van de zorgaanbieders.

- De uniformiteit van de indicatiestelling kan nog verder worden verbeterd.

De onafhankelijkheid van het CIZ wordt door de partijen als (ruim) voldoende beschouwd, op 15% van de zorgaanbieders na.

- De indicatiestelling wordt als voldoende onafhankelijk beoordeeld, en behoeft geen verdere verbetering.

Op het punt van de integraliteit valt nog winst te behalen: een kwart van de indicatiestellers (25%) en zorgaanbieders (26%) ervaart dat de indicatiestelling onvoldoende integraal plaats vindt.

- De integraliteit van de indicatiestelling is een verbeterpunt.

### 3.3 'Ideale' indicatiestelling

Tabel 3.1 Mogelijkheden op het gebied van verbetering van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg

Mogelijkheden op het gebied van verbetering van de indicatiestelling (%)	Indicatiestellers N=16	Zorgkantoren N= 25	Zorgaanbieders N= 302
Alle aanvragen voor AWBZ-zorg zouden via het CIZ moeten verlopen	50%	17%	13%
Herindicaties voor AWBZ-zorg kunnen ook door zorgaanbieder worden afgehandeld, gemandateerd en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs	25%	26%	70%
Zorgaanbieders krijgen een taakmandaat voor standaardaanvragen (enkelvoudige, kortdurende zorg) en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs	50%	57%	58%
Zorgaanbieders krijgen de ruimte voor aanvragen voor enkelvoudige, langdurige zorg en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs	25%	52%	63%
Zorgaanbieders krijgen de ruimte voor aanvragen voor complexe, langdurige zorg en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs	-	22%	49%
Het CIZ ontwikkelt zich als expertisecentrum en toezichthouder op de indicatiestelling	56%	39%	45%

#### *Indicatiestellers*

De meerderheid van de ondervraagde indicatiestellers van de CIZ-regiobureaus (56%) vindt de verdere ontwikkeling van het CIZ als expertisecentrum en toezichthouder wenselijk. Dat zorgaanbieders de ruimte krijgen voor aanvragen voor complexe, langdurige zorg is voor geen enkele indicatiesteller een optie. Slechts een kwart van de indicatiestellers is het eens met de mogelijkheid dat zorgaanbieders de ruimte krijgen voor aanvragen voor enkelvoudige, langdurige AWBZ-zorg, gemandateerd en met toetsing achteraf door het CIZ.

#### *Zorgkantoren*

Bijna zes op de tien zorgkantoren (57%) is voorstander van een taakmandaat voor zorgaanbieders voor standaardaanvragen (enkelvoudige, kortdurende zorg), waarbij het CIZ achteraf steekproefsgewijs toetst. Dat gebeurt nu al bij de SIP's voor enkelvoudige, kortdurende zorg. De helft van de zorgkantoren (52%) vindt het ook prima als zorgaanbieders ruimte krijgen voor het aanvragen van enkelvoudige, langdurende zorg waarbij het CIZ achteraf, steekproefsgewijs toetst. Een toelichting hierbij luidt: *'Het CIZ moet geen stempelbureau worden'* en doelmatig en objectief indiceren blijven het uitgangspunt.

### *Zorgaanbieders*

Zeven op de tien zorgaanbieders zijn van mening dat herindicaties voor AWBZ-zorg ook door zorgaanbieders kunnen worden afgehandeld, gemandateerd en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs (zie tabel 3.1).

Ruim de helft van de zorgaanbieders (58%) ziet, net zoals indicatiestellers en de zorgkantoren, een taakmandaat voor het aanvragen voor enkelvoudige, kortdurende zorg, zoals dat nu gebeurt, als optie. Ook zouden zorgaanbieders, net zoals de zorgkantoren, graag zien dat ze de ruimte krijgen voor zowel aanvragen voor enkelvoudige, langdurende zorg (63%), als voor complexe, langdurende zorg (49%). Zorgaanbieders, zo blijkt ook uit de kwalitatieve interviews, beschouwen zichzelf als professional als het gaat om de beoordeling van de zorgvraag en zouden graag (weer) meer ruimte krijgen voor een eigen beoordeling, met toetsing achteraf. Zij pleiten daarom voor vergaande mandatering volgens een 'APK-model': de aanbieder indiceert en het CIZ toetst marginaal.

Enkele zorgaanbieders gaan nog verder: *'Die toetsing zou dan ook door zorgkantoren gedaan kunnen worden, in plaats van door het CIZ. Het CIZ zou dan als geheel afgeschaft kunnen worden en er zou een nieuw, eenvoudig toetssysteem ontwikkeld kunnen worden'*. Het uitgangspunt hierbij is dat de klant centraal staat, en dat de afhandeling van zorgaanvragen sneller gaat. *'Transparantie is dan wel noodzakelijk'*, aldus een zorgaanbieder.

In de toelichting in de vragenlijst (niet in tabel) is door een aantal zorgaanbieders de verbetering van de communicatie met het CIZ als verbeterpunt aangedragen. Het gaat dan om *'een betere bereikbaarheid van het CIZ en verbetering van de interne communicatie bij het CIZ, zodat het antwoord op vragen eenduidiger is'*. Als het gaat om de verbetering van de communicatie over de ontwikkelingen binnen de indicatiestelling zien zorgaanbieders ook een taak over de overheid weggelegd.

### *Sleutelfiguren*

Voor de vertegenwoordigers van *cliënten en mantelzorgers* is de ideale indicatiestelling een evenwichtige en duurzame indicatiestelling, waarbij de ondersteuning van de mantelzorgers ook wordt nagegaan en een mogelijke differentiatie in de indicatiestelling: eenvoudige indicaties zoveel mogelijk via SIP's en complexe (langdurige, veelomvattende zorg) via een zorgvuldige procedure, waarbij ook de mantelzorgers gehoord wordt. Het CIZ zou zich niet alleen als claimbeoordelaar moeten opstellen, maar meer als adviseur die naast de cliënt staat. Het CIZ heeft, volgens vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgers, voor deze complexe organisaties meer tijd nodig dan het CIZ nu beschikbaar heeft, en zou meer toetsend moeten zijn, zich meer moeten richten op de hulpvraag en actief voorlichting moeten geven aan cliënten bijvoorbeeld over het persoonsgebonden budget (pgb).

Volgens de vertegenwoordiger van het CIZ zou de ideale indicatiestelling moeten zijn: integrale indicatiestelling op het gebied van wonen, zorg en welzijn (eventueel arbeid), aangevuld met zo nodig trajectbegeleiding en daarbij bulkwerk zoveel mogelijk via vormen van taakmandatering plus toetsing achteraf en maatwerk bij complexe situaties, met inzet van hoogwaardige expertise.

De ideale indicatiestelling moet zich, volgens de vertegenwoordiger van *zorgkantoren*,

richten op de langdurende zorg. Dat doet het CIZ goed en hier moet meer aandacht naar uit gaan. Er is sprake van een claimbeoordeling. De indicatie moet onafhankelijk en objectief worden gesteld. Een globale claim is voldoende en zorgaanbieders kunnen dan maatwerk nastreven. De vrijheidsgraden worden dan minder beperkt dan nu het geval is. De indicatie voor AWBZ-zorg moet ook breder worden gesteld: integratie van wonen, zorg, arbeid en vervoer, aldus de sleutelpersoon van de zorgkantoren.

*Zorgaanbieders* hebben uiteenlopende opvattingen over een ‘ideale’ indicatiestelling.

- De ideale indicatiestelling is, volgens geïnterviewde zorgaanbieders, zoals dat nu gebeurt met de SIP's. Dat zou uitgebreid kunnen worden naar de langdurige zorg. Dus niet vooraf toetsen, maar steekproefsgewijs achteraf toetsen door het CIZ. Vanuit het oogpunt van efficiency is dat veel beter en voor cliënten is dat ook prettiger. Het CIZ zou de rol van landelijk expertisecentrum voor claimbeoordeling moeten krijgen, aldus een geïnterviewde zorgaanbieder.
- Voor een zorgaanbieder in de regio Amsterdam is de indicatiestelling volgens het zogenaamde ‘*Amsterdamse model*’ de ideale indicatiestelling. Dit houdt in dat de zorgaanbieder gemandateerd is om direct de benodigde zorg te leveren. Het CIZ vreesde, volgens de betreffende zorgaanbieder, in eerste instantie dat er te veel zorg zou worden geleverd, maar dat bleek niet het geval. De herindicaties worden nu door het CIZ achteraf steekproefsgewijs getoetst. Het voordeel voor cliënten is dat ze niet lang hoeven te wachten op zorg en dat er geen lange wachtlijsten ontstaan.
- Voor de sleutelpersoon van de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen is de ideale indicatiestelling dat er een geriater wordt ingeschakeld bij het stellen van een indicatie, dat er met een behandeling door een behandelde arts kan worden volstaan, zoals dat in de gezondheidszorg bij inschakeling van andere specialismen het geval is. Als er toch door het CIZ geïndiceerd wordt, dan is het wenselijk dat daar voldoende medische geriatrische deskundigheid bij betrokken wordt. Voor indicatiestellers is het veelal moeilijk om te beoordelen of er van complexe zorgvragen sprake is waarvoor behandeling vanuit de verpleeghuisgeneeskunde wenselijk of noodzakelijk is.
- De sleutelpersonen van de branchevereniging voor zorgaanbieders (ActiZ) spreken de wens uit voor een, vanuit klantperspectief, doelmatige en efficiënte indicatiestelling: door (1) meer geprofessionaliseerde indicatiestelling (2) meer uniformeren en (3) meer transparantie, helderder en beter beargumenteerd en (4) meer eenheid van taal in de keten van indicatiestelling tot en met financiering van zorg. Ook zijn de sleutelpersonen van ActiZ voorstander van een ruimere taakmandatering van de indicatiestelling aan zorgaanbieder dan nu het geval is.

*Verbeterpunten:*

De ondervraagde partijen zijn het er grotendeels over eens dat het CIZ als onafhankelijke organisatie indicatiebesluiten moet toetsen. Er bestaat tussen de partijen wél verschil van mening in de mate waarin het CIZ zou moeten toetsen (alleen enkelvoudige, kortdurende zorg, ook langdurige, complexe zorg of alleen de herindicaties) en op welk moment (achteraf, steekproefsgewijs).

➤ Het toetsen van indicatiebesluiten moet door een onafhankelijk indicatieorgaan gebeuren, en kan op basis van steekproeven plaats vinden.

Voor cliënten- en mantelzorgorganisaties is de 'ideale' indicatiestelling als het CIZ zich niet alleen als claimbeoordelaar maar ook als adviseur van de cliënt opstelt.

Zorgaanbieders zouden graag meer vrijheid hebben als het gaat om de indicatiestelling.

Het CIZ wil zich meer gaan richten op expertise-ontwikkeling en uit, net zoals de zorgkantoren, de wens voor een integrale indicatiestelling op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

➤ Het CIZ zou zich verder kunnen ontwikkelen als expertisecentrum en toezichthouder op de indicatiestelling, ook van de Wmo.





## 4 Resultaten: ervaren knelpunten op het gebied van de indicatiestelling

### 4.1 Omvang van de ervaren knelpunten

Ruim acht op de tien indicatiestellers (88%) ervaart of signaleert momenteel knelpunten op het gebied van de indicatiestelling. Bij de zorgkantoren (84%) en de zorgaanbieders (86%) is dat percentage vergelijkbaar. In tabel 4.1 is te zien op welke gebieden de partijen vooral knelpunten ervaren. Er konden meerdere antwoorden worden gegeven.

Tabel 4.1 Gebieden van de indicatiestelling waarop knelpunten worden ervaren

Ervaren knelpunten	Indiciestellers N=16	Zorgkantoren N=25	Zorgaanbieders N=302
Géén knelpunten ervaren	12%	16%	14%
<b>Gebieden ervaren knelpunten (%)</b>			
1. Aanvraag voor AWBZ-zorg	7%	14%	30%
2. Beoordeling van de zorgvraag door indicatiestellers	7%	<b>57%</b>	<b>58%</b>
3. Indicatiebesluit	14%	10%	18%
4. Afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg	- <sup>1</sup>	38%	42%
5. Afstemming tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg	43%	10%	27%
6. Rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen	<b>79%</b>	43%	28%

#### *Indiciestellers*

Acht op de tien ondervraagde indicatiestellers (79%) ervaren knelpunten als het gaat om de **rol, afspraken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen in de zorgketen**. Een voorbeeld is de informatievoorziening aan cliënten: volgens indicatiestellers zijn niet alle partijen in de keten op de hoogte van het feit dat de informatieplicht aan cliënten bij de zorgkantoren ligt. Bijna de helft van de indicatiestellers (43%) ervaart problemen op het gebied van de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg.

<sup>1</sup> In paragraaf 4.1.4, als we dieper ingaan op dit onderwerp, blijken indicatiestellers toch knelpunten te ervaren. De levering van zorg ligt overigens buiten de scope van indicatiestellers.

### *Zorgkantoren*

De **beoordeling van de zorgvraag door indicatiestellers** wordt door zorgkantoren het meest vaak als knelpunt ervaren. Knelpunten op dit gebied wordt door 57% genoemd. Eén vertegenwoordiger van een zorgkantoor licht dit toe in de vragenlijst: ‘*Bijvoorbeeld een cliënt krijgt een indicatie voor kortdurend verblijf terwijl al snel blijkt dat langdurig verblijf noodzakelijk is*’.

Vier op de tien zorgkantoren heeft moeite met de rol, afspraken en verantwoordelijkheden van de partijen in de zorgketen (43%). Dat is minder dan bij de indicatiestellers.

### *Zorgaanbieders*

Net zoals dat bij de zorgkantoren het geval was, ervaren bijna zes op de tien zorgaanbieders (58%) **de beoordeling van de zorgvraag door indicatiestellers** als een knelpunt. In de toelichting is door zorgaanbieders vooral de procesmatige kant van de beoordeling van de zorgvraag genoemd: de snelheid van afhandelen van de indicatiestelling (deze laat te wensen over) en de indicatiebesluiten (deze raken soms zoek of er zit geen BOPZ<sup>2</sup>- verklaring bij het besluit). Vier op de tien zorgaanbieders ervaren problemen tussen de afstemming van de zorgvraag met de geïndiceerde zorg (42%).

#### *Verbeterpunten:*

De meeste indicatiestellers (79%) ervaren knelpunten op het gebied van de rol, afspraken en verantwoordelijkheden van partijen in de zorgketen.

- De afstemming tussen partijen in de zorgketen is een verbeterpunt.

Meer dan de helft van de zorgkantoren en zorgaanbieders ervaren knelpunten bij de beoordeling van de zorgvraag.

- De beoordeling van de zorgvraag, dat wil zeggen de kwaliteit van de procedure van de indicatiestelling (snelheid, zorgvuldigheid) is een verbeterpunt.

We gaan nu achtereenvolgens dieper in op de genoemde gebieden in tabel 4.1.

#### **4.1.1 De aanvraag voor AWBZ-zorg: ervaren knelpunten**

##### *Indicatiestellers*

Als het gaat om de aanvraag voor AWBZ-zorg signaleren indicatiestellers knelpunten die betrekking hebben op de **klantvriendelijkheid** (zie tabel 4.2). Zo is, volgens meer dan helft van de indicatiestellers, de aanmeldprocedure (termijnen, stappen en betrokken instanties) voor cliënten en mantelzorgers niet duidelijk en moet dezelfde informatie door de cliënt verschillende keren worden aangeleverd. Driekwart van de indicatiestellers is van mening dat de aanvraagformulieren te omvangrijk zijn en vindt de inhoudelijke informatie die bij de zorgaanbieders terecht komt te summier. De communicatie tussen de cliënten en het indicatieorgaan verloopt volgens de indicatiestellers wél goed.

---

<sup>2</sup> De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) geldt ook voor opname in psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Een indicatieorgaan moet haar oordeel uitspreken over de vraag of een gevraagde opname noodzakelijk is.

Tabel 4.2 Ervaren knelpunten op het gebied van aanvraag voor AWBZ-zorg

Ervaren knelpunt op het gebied van de aanvraag voor AWBZ-zorg (%)	Indicatiestellers N=16 (Zeer) mee eens	Zorgkantoren N=25 (Zeer) mee eens	Zorgaanbieders N=302 (Zeer) mee eens
De cliënt is vaak niet in staat zijn zorgvraag helder te formuleren	44%	44%	84%
De toegang tot de indicatiestelling is vaak niet duidelijk voor cliënten	63%	64%	83%
De aanmeldprocedure (termijnen, stappen en betrokken instanties) is niet duidelijk voor cliënten en mantelzorgers	56%	52%	83%
De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch	40%	56%	82%
De aanvraagformulieren zijn te omvangrijk	75%	28%	58%
Dezelfde informatie moet door de cliënt meerdere keren worden aangeleverd	60%	52%	59%
De inhoudelijke informatie die bij de aanbieders terecht komt is te summier	69%	92%	70%
De communicatie tussen de cliënten, mantelzorgers en het indicatieorgaan laat te wensen over	-	24%	43%

#### *Zorgkantoren*

Ook zorgkantoren ervaren in de schriftelijke vragenlijst knelpunten bij diverse aspecten van de aanvraag, zoals bij de toegang voor AWBZ-zorg, de aanmeldprocedure en de indicatieprocedures. Bijna alle zorgkantoren signaleren dat de inhoudelijke informatie die via de AWBZ-brede Zorg Registratie bij zorgaanbieders terecht komt, te summier is (zie tabel 4.2).

#### *Zorgaanbieders*

De meeste zorgaanbieders ervaren knelpunten op alle genoemde aspecten van de aanvraag voor AWBZ-zorg (zie tabel 4.2). Zo vinden de meeste zorgaanbieders dat de aanmeldprocedure voor cliënten en mantelzorgers onduidelijk is. Het merendeel van de zorgaanbieders ervaart de indicatieprocedures als te bureaucratisch en de informatie die bij de zorgaanbieders terecht komt als te summier. *'Te vaak is er sprake van onvolledige, zeer beperkte informatie en veel informatie gaat verloren door de AWBZ-brede Zorg Registratie'*.

Zorgaanbieders zijn vaker dan de zorgkantoren en indicatiestellers van mening dat cliënten niet goed in staat zijn hun zorgvraag te formuleren. *'De cliënt geeft vaak een rooskleurig beeld en dan wordt de mantelzorger te weinig gehoord'*, zo licht een zorgaanbieder toe.

#### *Cliënten*

Cliënten maken vaak niet zelf de aanvraag voor zorg bij het CIZ kenbaar (Jedelloo en Schijvers, 2007). Bijna zestig procent geeft aan zelf géén indicatieformulier te hebben

ingevuld: dit heeft iemand anders gedaan of er was volgens de cliënt geen formulier<sup>3</sup>. Voor cliënten die wel zelf een aanvraagformulier hebben ingevuld, was het formulier over het algemeen begrijpelijk.

Volgens het Julius Centrum onderzoek is de aanvraagprocedure niet voor alle cliënten en mantelzorgers duidelijk: 17% zegt van het CIZ onvoldoende informatie te hebben gehad over hoe de aanvraagprocedure en de indicatiestelling in zijn werk gaat. Bijna driekwart (73%) van de cliënten weet wat er met de aanvraag gaat gebeuren op het moment dat het indicatiebesluit is ontvangen. In het onderzoek onder RIO's uit 2001 was het percentage cliënten dat wist wat er met de aanvraag gaat gebeuren, 44% (Schrijvers, 2001). Op het gebied van voorlichting door het CIZ aan cliënten is er dus het één en ander verbeterd.

### *Sleutelfiguren*

In de kwalitatieve interviews met cliënten- en mantelzorgorganisaties was de aanvraag voor AWBZ-zorg en de knelpunten die zich daarbij voordoen, ook onderwerp van gesprek. Voor cliënten en mantelzorgers is het, volgens hun vertegenwoordigers, vaak **niet duidelijk bij wie ze met welke vraag terecht kunnen**, met wie ze te maken hebben (een indicatiesteller of iemand van Bureau Zorgtoewijzing). Ook is het vaak onduidelijk wat de impact is van wat ze vertellen, bijvoorbeeld bij de beoordeling door de indicatiesteller van gebruikelijke zorg. Het CIZ zou zich meer moeten richten op de *hulpvraag* en de *indicatie* zou *breder* moeten worden gesteld: zorg, wonen, welzijn en arbeid, aldus vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgorganisaties. Het onderwerp integraliteit van de indicatiestelling is in paragraaf 3.2.4 al besproken.

Ook krijgen cliënten, volgens vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgorganisaties, **geen goede informatie** over de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. De mantelzorger en de cliënt vallen vaak in een leemte omdat de indicatiesteller van het CIZ niet actief voorlichting geeft over bijvoorbeeld respijtzorg (tijdelijke vervanging van de zorg die de mantelzorger levert) en persoonsgebonden budget. Dit speelt volgens vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers vooral in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. *'Via internet en folders is er wel veel informatie te vinden, maar cliënten kennen de weg vaak niet'*.

### *Verbeterpunten:*

Het merendeel van de partijen is van mening dat de toegang tot de indicatiestelling vaak niet duidelijk is voor cliënten en mantelzorgers (volgens 63% van de indicatiestellers, 64% van de zorgkantoren en 83% van de zorgaanbieders).

- De informatie over de toegang tot de indicatiestelling is een punt dat voor verbetering vatbaar is.

De meeste ondervraagde indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders zijn van mening dat de aanmeldprocedure voor de AWBZ-zorg niet altijd duidelijk is voor cliënten en mantelzorgers (56% van de indicatiestellers, 52% van de zorgkantoren en 83% van de zorgaanbieders). Dezelfde informatie moet door de cliënten meerdere keren worden aangeleverd, volgens 60% van de indicatiestellers, meer dan de helft van de zorgkantoren (52%) en bijna zes op de tien zorgaanbieders (59%).

- De aanmeldprocedure kan verder worden verbeterd.

<sup>3</sup> De aanvraag is dan waarschijnlijk telefonisch of via de standaardprocedure afgehandeld.

Vooral zorgaanbieders (82%) en zorgkantoren (56%) ervaren de indicatieprocedures als te bureaucratisch. Driekwart van de indicatiestellers en 58% van de zorgaanbieders ervaren het als een knelpunt dat de aanvraagformulieren te omvangrijk zijn.

➤ Het terugdringen van de bureaucratie (minder formulieren) is een verbeterpunt.

Alle partijen in de zorgketen ervaren het gebrek aan informatievoorziening vanuit de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR) als een knelpunt.

➤ De informatievoorziening aan zorgaanbieders vanuit de AZR is een punt dat voor verbetering vatbaar is.

#### 4.1.2 De beoordeling van de zorgvraag: ervaren knelpunten

Tabel 4.3 Ervaren knelpunten op het gebied van de beoordeling van de zorgvraag

Ervaren knelpunten op het gebied van de beoordeling van de zorgvraag (%)	Indicatiestellers N=16 (Zeer) mee eens	Zorgkantoren N=25 (Zeer) mee eens	Zorgaanbieders N=302 (Zeer) mee eens
De termijnen bij de afhandeling van aanvragen bij indicaties worden overschreden	25%	92%	61%
Bij 'gebruikelijke' zorg wordt onvoldoende rekening gehouden met de feitelijke beschikbaarheid van huisgenoten	25%	8%	45%
In de beoordeling van de zorgvraag wordt voorbij gegaan aan de wens van de cliënt om thuis te blijven wonen	-	12%	18%

##### Indicatiestellers

Een kwart van de indicatiestellers geeft in de schriftelijke vragenlijst aan het als een knelpunt te ervaren dat de **afhandelingstermijnen** van de aanvraag voor de indicatiestelling worden overschreden. De hoge werklust van indicatiestellers is genoemd als oorzaak.

Een kwart van de indicatiestellers is van mening dat bij 'gebruikelijke zorg' onvoldoende rekening wordt gehouden met de feitelijke beschikbaarheid van huisgenoten, maar '*huisgenoten willen vaak méér dan de regels toestaan*'.

##### Zorgkantoren

Zorgkantoren ervaren de overschrijding van de **afhandelingstermijnen**, net zoals de indicatiestellers, als een probleem.

##### Zorgaanbieders

Zorgaanbieders signaleren eveneens een overschrijding van de **afhandelingstermijnen**, vooral bij afwezigheid van de indicatiesteller, bijvoorbeeld door vakantie. Ook vinden ze een termijn van zes weken voor afhandeling van een aanvraag voor kortdurende zorg, te lang.

##### Cliënten

Volgens bijna driekwart van de cliënten (72%) is rekening gehouden met de hulp van familieleden of naasten tijdens de beoordeling van de aanvraag (Jedelo en Schrijvers,

2007). Slechts een klein deel van de cliënten (5%) vindt dat er te weinig rekening is gehouden met hulp die de cliënt krijgt van familie of naasten. Eveneens een klein deel (13%) vindt dat ze (heel) lang hebben moeten wachten op het indicatiebesluit.

### *Sleutelfiguren*

In de interviews met vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers is naar voren gebracht dat de afhandeling van **bezwaartermijnen** lang duurt - soms wel 20 weken - vooral door tussenkomst van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), zodat cliënten soms lang moeten wachten op zorg. Cliëntenorganisatie Per Saldo probeert bij zaken die niet goed zijn verlopen, te bemiddelen en het CIZ stelt zich dan dienstverlenend op, aldus een sleutelfiguur van Per Saldo.

Het onderwerp 'gebruikelijke zorg' is ook in de interviews met sleutelfiguren aan bod gekomen. Volgens cliënten- en mantelzorgorganisaties wordt in de huidige indicatiestelling **te weinig rekening gehouden met de mantelzorger**: door toepassing van het protocol Gebruikelijke Zorg wordt een groot beroep gedaan op mantelzorgers, waardoor overbelasting toeneemt. De indicatie moet duurzaam en evenwichtiger worden gesteld, aldus de geïnterviewde vertegenwoordigers van cliënten en naasten.

Het aftrekken van de mantelzorg van de brutozorgbehoefte, maakt dat het voor de cliënt en mantelzorger onzichtbaar is wat de totale zorg is waar in principe aanspraak op gemaakt kan worden. Dit heeft geleid tot een boemerangeffect: de aard van de problematiek neemt toe en er wordt een groter beroep gedaan op respijtzorg en ondersteunende begeleiding. Door het aantal uren mantelzorg wél zichtbaar te maken, wat per 1 april 2007 gebeurt, wordt het gemakkelijker om zorg in te zetten als de mantelzorgers uitvalt of overbelast is, aldus de geïnterviewde vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgorganisaties.

Het protocol *Gebruikelijke Zorg* levert, volgens de geïnterviewde zorgaanbieders, (nog steeds) de nodige knelpunten op: cliënten en professionals ervaren dat er bij de indicatiestelling onvoldoende rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de gezonde, werkende partner van de cliënt.

### *Verbeterpunten:*

De overschrijding van de afhandelingstermijnen van de aanvraag voor een AWBZ-indicatie wordt door een kwart van de indicatiestellers (25%), bijna alle zorgkantoren (92%) en zes op de tien zorgaanbieders (61%) als knelpunt ervaren.

- De (overschrijding van de) afhandelingstermijnen is een verbeterpunt.

### 4.1.3 *Het indicatiebesluit: ervaren knelpunten*

Tabel 4.4 Ervaren knelpunten op het gebied van het indicatiebesluit

<b>Ervaren knelpunten op het gebied van het indicatiebesluit (%)</b>	<b>Indicatiestellers N=16 (Zeer) mee eens</b>	<b>Zorgkantoren N=25 (Zeer) mee eens</b>	<b>Zorgaanbieders N=302 (Zeer) mee eens</b>
De inhoud van het indicatiebesluit is niet duidelijk voor cliënten en mantelzorgers	<b>63%</b>	<b>62%</b>	<b>73%</b>
Cliënten en mantelzorgers zijn het vaak niet eens met het indicatiebesluit, gelet op de aanvraag	-	8%	16%
De toelichting op het indicatiebesluit is onvoldoende gemotiveerd	12%	42%	<b>50%</b>
De indicatiecriteria waarop het besluit is gebaseerd zijn onduidelijk voor cliënten en mantelzorgers	38%	<b>50%</b>	<b>63%</b>

#### *Indicatiestellers*

Volgens indicatiestellers (63%) valt er nog wel wat te verbeteren aan de omschrijving van de **begrijpelijkheid** van het indicatiebesluit, zo blijkt uit het schriftelijke vragenlijstonderzoek. *‘De standaardbrief is veel te lang en te ingewikkeld voor cliënten’*. We hebben al eerder in dit rapport vermeld dat de brieven bij de indicatiebesluiten onlangs zijn verbeterd.

#### *Zorgkantoren*

Zorgkantoren zijn, voor zover ze contact hebben met cliënten, eveneens vaker van mening dat de **inhoud** van het indicatiebesluit niet duidelijk is voor cliënten en mantelzorgers (62%) en dat de indicatiecriteria, waarop het besluit is gebaseerd, onduidelijk zijn voor cliënten en mantelzorgers (50%).

#### *Zorgaanbieders*

Van alle drie de partijen in de zorgketen zijn zorgaanbieders het meest vaak van mening dat cliënten en mantelzorgers **het indicatiebesluit niet begrijpen** (73%) en dat de **toelichting onvoldoende gemotiveerd** is (50%). Het indicatiebesluit is overigens niet alleen onduidelijk voor cliënten en mantelzorgers, maar *‘het besluit is vaak ook onduidelijk voor zorgaanbieders en medewerkers’*.

#### *Cliënten*

Cliënten en mantelzorgers zijn het, volgens de deelnemers, over het algemeen eens met de inhoud van het indicatiebesluit. De inhoud van de brief met het indicatiebesluit is voor de meeste cliënten duidelijk, maar voor een vijfde van de cliënten (eigenlijk) niet duidelijk, zo meldt het rapport van het Julius Centrum (Jedeloo en Schrijvers, 2007). Eveneens een vijfde weet niet hoe het CIZ tot het besluit is gekomen. Het merendeel van de cliënten is het eens met het indicatiebesluit en/of het aantal uren zorg waarvoor men in aanmerking komt, slechts een tiende is het hier niet mee eens. Bijna de helft van de cliënten die een indicatiegesprek heeft gehad, stelde het op prijs dat tijdens het gesprek andere aanvragen van zorg of voorzieningen zijn besproken dan waren

aangevraagd. Er waren ook cliënten bij wie dit niet is gebeurd maar die dit wel op prijs zouden hebben gesteld (11%). Ook wordt aan cliënten niet altijd informatie gegeven over de mogelijkheden van zorg in natura (16%) en een persoonsgebonden budget (22%) terwijl de cliënt dat wel op prijs had gesteld.

#### *Sleutelfiguren*

Sleutelfiguren van organisaties van cliënten en mantelzorgers gaven aan dat de motivatie bij het indicatiebesluit vaak ontbreekt. Dat zit niet standaard in het indicatiebesluit en cliënten weten niet wat de inhoud van een besluit en de AWBZ-functies, zoals activerende begeleiding algemeen, betekenen.

#### *Verbeterpunten:*

Alle ketenpartners zijn het er over eens dat de inhoud van indicatiebesluit niet altijd duidelijk is voor cliënten en mantelzorgers (63% van de indicatiestellers, 62% van de zorgkantoren en 73% van de zorgaanbieders).

De toelichting op het indicatiebesluit is soms onvoldoende gemotiveerd: 12% van de indicatiestellers, 42% van de zorgkantoren en 50% van de zorgaanbieders geeft dit aan.

- De motivatie op grond waarvan het indicatiebesluit tot stand is gekomen is voor verbetering vatbaar.

Dat de indicatiecriteria die als basis dienen voor het indicatiebesluit, onduidelijk zijn voor cliënten en mantelzorgers, wordt door de helft van de zorgkantoren en zes op de tien zorgaanbieders (63%) als knelpunt gesignaleerd.

- De onduidelijkheid aan cliënten en mantelzorgers over de indicatiecriteria waarop het indicatiebesluit is gebaseerd is een verbeterpunt.

#### **4.1.4 De afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg: ervaren knelpunten**

Tabel 4.5 Knelpunten op het gebied van de afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg

Ervaren knelpunten op het gebied van de afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg (%)	Indicatiestellers N=16	Zorgkantoren N=25	Zorgaanbieders N=302
	(Zeer) mee eens	(Zeer) mee eens	(Zeer) mee eens
De cliënt is vaak van mening dat zijn zorgvraag niet goed uit het indicatiebesluit naar voren komt	-	25%	22%
Beslisregels worden door het CIZ niet eenduidig toegepast	25%	17%	49%
Er is verschil in interpretatie van criteria tussen verschillende indicatiestellers	<b>50%</b>	<b>82%</b>	<b>79%</b>
Er is verschil in interpretatie van criteria tussen verschillende CIZ-regio's	<b>69%</b>	<b>79%</b>	<b>51%</b>



### *Indicatiestellers*

In hoofdstuk 3 hebben we al gezien dat de uniformiteit van de indicatiestelling, in de ogen van indicatiestellers, nog verder te verbeteren valt. In de antwoorden van indicatiestellers op de relatie tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg (tabel 4.5) zien we dit terug. Zeven de op tien indicatiestellers signaleren in het schriftelijke vragenlijstonderzoek **verschil in interpretatie tussen verschillende CIZ-regio's**: *'Er is verschil in interpretatie en uitvoering van de beleidsregels per locatie, er zijn eenduidige protocollen maar gemotiveerd afwijken is mogelijk'*. Indicatiestellers hebben natuurlijk meer zicht op de verschillen tussen CIZ-regiobureaus dan de zorgkantoren en zorgaanbieders.

Precies de helft van de ondervraagde indicatiestellers is het eens met de stelling: *'Er is verschil in interpretatie van criteria tussen indicatiestellers'*.

### *Zorgkantoren*

Ook een groot deel van de zorgkantoren signaleert, voor zover ze hier zicht op hebben, verschil in interpretatie van criteria tussen indicatiestellers en tussen CIZ-regiobureaus. *'De verschillen die we constateren worden door ons teruggekoppeld aan het CIZ'*.

### *Zorgaanbieders*

De antwoorden van de zorgaanbieders over de afstemming van de zorgvraag en de geïndiceerde zorg laten hetzelfde beeld zien als bij de zorgkantoren. De helft tot ruim driekwart van de zorgaanbieders merkt **verschillen op in interpretatie**, zowel **tussen indicatiestellers** en in mindere mate **tussen CIZ-regio's**: *'Er zijn zeer veel verschillen ondanks een eenduidige procedure'*.

### *Cliënten*

Het grootste deel van de cliënten vindt dat hij/zij tijdens het indicatiegesprek de eigen wensen duidelijk heeft kunnen maken (81%), echter 12% heeft géén indicatiegesprek gehad, zo blijkt uit het onderzoek van het Julius Centrum (Jedeloo en Schrijvers, 2007).

### *Sleutelfiguren*

Vertegenwoordigers van organisaties van cliënten en mantelzorgers hebben bij de afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg de integraliteit van de indicatiestelling naar voren gebracht. Het CIZ zou zich, volgens sleutelfiguren, méér moeten richten op de hulpvraag en de indicatie zou breder moeten worden gesteld: zorg, wonen, welzijn en arbeid.

### *Verbeterpunten:*

De meerderheid van de indicatiestellers (69%) constateert verschillen tussen CIZ-regio's in interpretatie van criteria. De meeste zorgkantoren (82%) en zorgaanbieders (79%) signaleren vaker verschillen in interpretatie van criteria tussen indicatiestellers onderling. Deze verschillen in interpretatie van de indicatiecriteria hebben betrekking op de uniformiteit van de indicatiestelling (zie hoofdstuk 3).

- Objectivering en vermindering van de verschillen in interpretatie in indicatiecriteria tussen indicatiestellers en tussen regiobureaus is een verbeterpunt.

Tabel 4.6 AWBZ-functies die soms niet geïndiceerd worden, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft<sup>4</sup>

Soort zorg soms niet geïndiceerd* (%)	Indicatiestellers	Zorgaanbieders
	N=16	N=302
Huishoudelijke verzorging	63%	16%
Persoonlijke verzorging	-	4%
Verpleging	-	6%
Ondersteunende begeleiding algemeen	25%	44%
Ondersteunende begeleiding dagprogramma	-	24%
Activerende begeleiding algemeen	6%	13%
Activerende begeleiding dagprogramma	-	8%
Behandeling	-	22%
Verblijf tijdelijk	6%	4%
Verblijf langdurig	13%	10%

\* Het gaat hier om het percentage indicatiestellers of zorgaanbieders dat dit signaleert, en *niet* om het percentage cliënten dat daar mee te maken heeft.

#### Indicatiestellers

Indicatiestellers geven in de vragenlijst aan dat *'het uitgangspunt is: indiceren waar de cliënt behoefte aan heeft, mits aan de voorwaarden wordt voldaan'*. *'Cliënten kunnen regelmatig een zorgbehoefte hebben die niet onder de AWBZ valt'*. We merken hierbij op dat de 'behoefte' van de cliënt een rekbaar begrip is. In het inleidende hoofdstuk hebben we al kunnen lezen dat er verschil bestaat tussen de behoefte aan zorg volgens de cliënt en de behoefte aan zorg volgens de indicatiesteller.

Tabel 4.6 laat zien dat **huishoudelijke verzorging** door bijna tweederde van de indicatiestellers is genoemd als AWBZ-functie die niet wordt geïndiceerd, terwijl de cliënt daar wél behoefte aan heeft. Het gaat hier overigens om cliënten die thuis wonen. In de toelichting in de vragenlijst is expliciet aangegeven dat dit *niet vaak* voorkomt bij de verschillende functies.

**Ondersteunende begeleiding** is een functie die volgens indicatiestellers soms niet wordt geïndiceerd. *'Ondersteunende begeleiding wordt vaak wel gevraagd door zorgaanbieders, maar niet altijd geïndiceerd conform de vraag van de aanbieder. De vraag naar ondersteunende begeleiding komt ook van cliënten die een pgb willen'*. Ook de vraag van de cliënt naar de functie verblijf wordt niet altijd gehonoreerd: *'Sommige cliënten geven er juist de voorkeur aan om in het verzorgingshuis te wonen'*.

Indicatiestellers geven ook aan moeite te hebben met de **hoogte van de klassen**, vooral van de klasse ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Dit zijn lastige functies, omdat er geen normering is op grond waarvan cliënten in een bepaalde klasse terecht komen.

#### Zorgaanbieders

Al eerder is aangegeven dat er bij de indicatiestelling, in de optiek van de zorgaanbieders, vaak sprake is van een momentopname, en dat de beoordelaar niet altijd goed in de gaten heeft wat de cliënt nodig heeft. Volgens zorgaanbieders (variërend van 4% tot 44%) komt

<sup>4</sup> Zoals in hoofdstuk 2, paragraaf 2.6.3. al is aangegeven zijn aan zorgkantoren geen vragen gesteld over de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg. Dat betekent dat de gegevens van de zorgkantoren in de tabellen 4.6 tot en met 4.9 ontbreken.

het bij alle AWBZ-functies voor dat de functie niet is geïndiceerd, terwijl dat in de optiek van zorgaanbieders wel nodig is. De functie **ondersteunende begeleiding algemeen** is hierbij door vier op de tien zorgaanbieders genoemd, gevolgd door ondersteunende begeleiding dagprogramma (zie tabel 4.6). Het gaat dan bijvoorbeeld om de extramurale deelname aan de groepsverzorging psychogeriatric (aanvullende verpleeghuiszorg psychogeriatric) en psychosociale zorg. In het inleidende hoofdstuk (zie paragraaf 1.1.3) hebben we al kunnen lezen dat de functie ondersteunende begeleiding juist het afgelopen jaar veel vaker wordt geïndiceerd door het CIZ. Zorgaanbieders zouden de functie ondersteunende begeleiding nog vaker geïndiceerd willen zien, zo blijkt uit dit onderzoek, omdat cliënten daar volgens hen ook behoefte aan hebben.

De functie **behandeling** wordt volgens een vijfde van de zorgaanbieders te weinig geïndiceerd. Hierbij gaat het dan vooral om behandeling buiten verblijf, en behandeling in combinatie met ondersteunende begeleiding algemeen.

Het beeld dat bij indicatiestellers naar voren kwam dat huishoudelijke verzorging (te) weinig geïndiceerd zou worden, wordt niet bevestigd door zorgaanbieders. Wel wordt genoemd dat *'huishoudelijke verzorging na tijdelijk verblijf (revalidatie) zeer problematisch is'*, en dat *'soms te weinig rekening wordt gehouden met de coördinatie van complexe situaties en zorgcoördinatie in het kader van ketenzorg'*.

Overigens leert de ervaring van zorgaanbieders dat *'niet geïndiceerde functies meestal alsnog geïndiceerd worden, als je er professional achter aan gaat'* en *'de zorg die gevraagd wordt, wordt ook verkregen'*.

#### *Cliënten*

Zes procent van de cliënten, zo laten de cijfers van het Julius Centrum (Jedeloo en Schrijvers, 2007) zien, heeft in het indicatiebesluit *niet* de zorg toegekend gekregen waar hij/zij een aanvraag voor heeft gedaan.

#### *Sleutelfiguren*

Sleutelfiguren van organisaties van cliënten en mantelzorgers gaven in de kwalitatieve interviews aan dat er bij de indicatie meer rekening gehouden moet worden met de (belasting van de) mantelzorg. Tot nu toe was het zo (zie ook paragraaf 1.3) dat de mantelzorg van de brutozorgbehoefte wordt afgetrokken in het indicatiebesluit, als de cliënt en mantelzorger hier vrijwillig van af zien. Per 1 april 2007 wordt het brutodeel van de mantelzorg in het besluit aangegeven. De cliënt heeft recht op het brutodeel en de mantelzorger van de cliënt kan aangeven of hij het nettodeel verzilvert.

#### *Verbeterpunten:*

Volgens de meerderheid van de indicatiestellers (63%) komt het wel eens voor dat de functie huishoudelijke verzorging *niet* wordt geïndiceerd, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft.

Vier op de tien zorgaanbieders (44%) geven aan dat het wel eens voorkomt dat ondersteunende begeleiding algemeen *niet* wordt geïndiceerd, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft:

- Er bestaat behoefte aan normering van de functies ondersteunende begeleiding algemeen en activerende begeleiding algemeen (uniformering).

#### 4.1.5 De afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg: ervaren knelpunten

Tabel 4.7 Knelpunten op het gebied van de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg

Ervaren knelpunten op het gebied van de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg (%)	Indicatiestellers N=16	Zorgaanbieders N=302
	(Zeer) mee eens	(Zeer) mee eens
De zorg waarvoor cliënten zijn geïndiceerd, kan niet worden geleverd (wachtlijsten)	69%	47%
Er is geen alternatieve zorg (overbruggingszorg) voor de geïndiceerde zorg	50%	19%
De vertaalslag van indicatie naar pgb is niet goed te maken	7%	23%

##### *Indicatiestellers*

Bijna zeven op de tien indicatiestellers (69%) zijn van mening dat de zorg waarvoor cliënten geïndiceerd zijn, *niet* kan worden geleverd als gevolg van wachtlijsten (zie ook tabel 4.8), en volgens de helft van de indicatiestellers is er geen alternatieve zorg voor de geïndiceerde zorg.

##### *Zorgaanbieders*

We hebben al eerder gezien dat vooral de functies huishoudelijke zorg en verblijfszorg soms niet kunnen worden geleverd. Zorgaanbieders laten weten dat *‘bij een verblijfsindicatie vaak overbruggingszorg moet worden aangevraagd’* en het CIZ indiceert dit niet<sup>5</sup>: *‘Cliënten willen geen overbruggingszorg van een niet-voorkeuraanbieder’* of *‘De zorg kan niet worden ingezet vanwege het budgetplafond, dat speelt vooral bij de extramurale zorg’*.

Ruim een vijfde van de zorgaanbieders (23%) is van mening dat de financiering van het pgb ontoereikend is voor het inzetten van professionele zorg en ervaart dit als een knelpunt.

##### *Cliënten*

Bijna de helft van de cliënten met een positief indicatiebesluit (47%) geeft aan dat de geïndiceerde zorg inmiddels is gestart en 19% meldt dat de geïndiceerde zorg gedeeltelijk is gestart (Jedelloo en Schrijvers, 2007).

##### *Sleutelfiguren*

In de kwalitatieve interviews zijn géén knelpunten naar voren gekomen op het terrein van de afstemming van de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg.

<sup>5</sup> Volgens het CIZ is dit de taak van het zorgkantoor deze in te zetten als dit nodig is. In feite is er al geïndiceerd door middel van de verblijfsindicatie die nu thuis geëffectueerd moet worden vanwege de wachtlijst.

Tabel 4.8 AWBZ-functies die soms niet geleverd worden, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft

Soort zorg niet geleverd (%)	Indicatiestellers	Zorgaanbieders
	N=16	N=302
Huishoudelijke verzorging	50%	6%
Persoonlijke verzorging	13%	1%
Verpleging	6%	1%
Ondersteunende begeleiding algemeen	25%	13%
Ondersteunende begeleiding dagprogramma	-	5%
Activerende begeleiding algemeen	-	8%
Activerende begeleiding dagprogramma	-	7%
Behandeling	6%	7%
Verblijf tijdelijk	19%	6%
Verblijf langdurig	44%	12%

\* Het gaat om het percentage indicatiestellers of zorgaanbieders die dat signaleert, en *niet* om het percentage cliënten dat daar mee te maken heeft.

#### Indicatiestellers

Het komt volgens een deel van de ondervraagde indicatiestellers wel eens voor dat de functie **huishoudelijke verzorging** niet wordt geleverd, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft. *‘Door personeelsgebrek wordt minder geleverd dan geïndiceerd’*. Datzelfde geldt voor **langdurig verblijf**. *‘Verblijf langdurig wordt minder geleverd in verband met wachtlijsten. Overigens neemt dat wel af en wordt vaak overbruggingszorg geleverd waar de cliënt tevreden mee is’*.

#### Zorgaanbieders

Bij de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg valt het op dat zorgaanbieders veelal een ander beeld hebben van de (eventuele) discrepantie tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg dan de indicatiestellers. Zo vindt 6% van de zorgaanbieders dat huishoudelijke verzorging niet wordt geleverd, in tegenstelling tot 50% van de indicatiestellers. Als het gaat om langdurig verblijf zegt 12% van de zorgaanbieders dat deze zorg niet wordt geleverd, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft, tegenover 44% van de indicatiestellers.

Zorgaanbieders lichten toe dat *‘in principe alles dat geïndiceerd wordt, wordt geleverd, maar niet het maximaal geïndiceerde’*. Met andere woorden: de geïndiceerde functies worden vaak wel geleverd, maar *niet* de geïndiceerde klassen. Dat geldt volgens zorgaanbieders vooral voor de intramurale setting.

In tabel 4.6 hebben we al gezien dat de functie *ondersteunende begeleiding algemeen* soms niet wordt geïndiceerd, terwijl de cliënt daar, volgens zorgaanbieders, wel behoefte aan heeft. Het komt, volgens 13% van de zorgaanbieders, ook voor dat ondersteunende begeleiding algemeen soms *niet* geleverd wordt, ook al is deze functie geïndiceerd. Een door zorgaanbieders genoemde reden is dat *‘cliënten soms ook kiezen voor minder zorg’*. Ook geven zorgaanbieders aan dat zorglevering afhankelijk is van de productieafspraken met het zorgkantoor en van het budget: *‘Er wordt wel geleverd, maar door het zorgkantoor niet altijd betaald’*. Dat langdurig verblijf soms niet wordt geleverd, heeft volgens zorgaanbieders, net zoals indicatiestellers dat opmerkten, te maken met de wachtlijsten voor verblijf.

### *Cliënten*

Er zijn in dat onderzoek aan cliënten en mantelzorgers geen vragen gesteld over de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg.

### *Sleutelfiguren*

In de kwalitatieve interviews zijn géén knelpunten naar voren gekomen als het gebied van de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg.

### *Verbeterpunten:*

De zorg waarvoor de cliënt is geïndiceerd kan volgens de meerderheid van de indicatiestellers (69%) soms niet worden geleverd als gevolg van wachtlijsten. Volgens de helft van de indicatiestellers (50%) is er geen alternatieve zorg beschikbaar. Eveneens de helft van indicatiestellers geeft aan dat huishoudelijke verzorging soms niet wordt geleverd, terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft.

- De afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg is voor verbetering vatbaar.

Tabel 4.9 Oordeel over het aantal uren geïndiceerde en geleverde zorg en ‘passende zorg’ voor de cliënt en voor de mantelzorger

Geïndiceerde zorg, geleverde zorg en ‘passende’ zorg	Indiciestellers N=16	Zorgaanbieders N= 302
<b>Aantal uren geïndiceerde zorg (%)</b>	-	3%
Voldoende	100%	72%
Onvoldoende	-	24%
Ruim onvoldoende	-	1%
<b>Aantal uren geleverde zorg conform indicatiebesluit (%)</b>		
Ja, precies het vastgestelde aantal uren zorg	6%	33%
Ja, zelf meer uren zorg	6%	28%
Nee, vaak niet, zelfs minder uren zorg	<b>50%</b>	24%
Nee, nog niet	6%	6%
Weet ik niet	32%	10%
<b>Krijgen cliënten ‘passende zorg’? (%)</b>		
Nee	6%	4%
Gedeeltelijk	<b>56%</b>	40%
Ja	38%	56%
<b>Krijgen mantelzorgers ‘passende zorg’? (%)</b>		
Nee	-	26%
Gedeeltelijk	<b>60%</b>	<b>60%</b>
Ja	40%	14%

### *Indiciestellers*

De helft van de indicatiestellers denkt dat er minder uren zorg wordt geleverd dan geïndiceerd. Een derde van de indicatiestellers (32%) zegt weinig zicht te hebben op de geleverde zorg, omdat ze nauwelijks contact hebben met cliënten nadat de indicatie is gesteld (zie tabel 4.9 ‘weet niet’).

Slechts één van de zestien ondervraagde indicatiestellers is van mening dat cliënten géén ‘*passende zorg*’ ontvangen. Een toelichting luidt: ‘*Vooral verzorgingshuiscliënten krijgen te weinig zorg en de psychogeriatrische grondslag is onvoldoende onderbouwd in de functie ondersteunende begeleiding*’.

Mantelzorgers krijgen wel (gedeeltelijk) passende zorg vanuit het perspectief van de indicatiestellers. Dat de indicatiestelling van mantelzorgers gedeeltelijk aansluit heeft te maken *'met de normering van de omvang van de geïndiceerde functie ondersteunende begeleiding algemeen. De mening verschilt van wat de mantelzorger passend vindt en wat de cliënt passend vindt; mantelzorgers trekken niet altijd aan de bel en gebruikelijke zorg speelt hier ook een rol in'*.

#### *Zorgaanbieders*

Driekwart van de zorgaanbieders uit het schriftelijke vragenlijstonderzoek beschouwt het aantal uren geïndiceerde zorg door het CIZ over het algemeen als (ruim) *voldoende*. Dat neemt niet weg dat een kwart van de zorgaanbieders **het aantal uren geïndiceerde zorg onvoldoende** vindt. Uit de toelichting blijkt dat dit vooral geldt voor cliënten die verpleging en verzorging thuis ontvangen en cliënten in verzorgingshuizen (verblijfszorg). Opvallend is dat een tiende van de zorgaanbieders aangeeft niet te weten of het aantal uren geleverde zorg overeenkomst met het aantal uren geïndiceerde zorg, omdat er *'geen registratie is van de gevraagde zorg versus de geleverde zorg'*. Dat geldt dan voor de intramurale zorg.

Een derde van de cliënten krijgt, volgens de zorgaanbieders, over het algemeen precies het vastgestelde aantal uren zorg dat ze nodig hebben en zoals dit in het indicatiebesluit staat. Het percentage zorgaanbieders dat aangeeft dat cliënten *zelfs méér uren zorg ontvangen* is ongeveer gelijk aan het percentage dat zegt dat cliënten *vaak minder uren zorg* ontvangen dan dat ze nodig hebben en zoals dat in het indicatiebesluit staat (beiden ongeveer een kwart; zie tabel 4.9).

Zorgaanbieders zijn vaker dan de indicatiestellers de mening toegedaan dat cliënten *'passende zorg'* ontvangen. In sommige gevallen zou er, volgens de zorgaanbieders wel een hoger deskundigheidsniveau ingezet moeten worden. En wat al eerder is opgemerkt, komt ook hier weer aan de orde: *'Vooral in verzorgingshuizen bestaat behoefte aan de inzet van ondersteunende begeleiding algemeen, wat niet uit de indicatiecriteria naar voren komt'*.

De mantelzorgers ontvangen volgens zorgaanbieders minder vaak 'passende zorg' dan cliënten, in tegenstelling tot de indicatiestellers die op dit gebied geen knelpunten signaleerden: *'De (geestelijke) belastbaarheid van de mantelzorger wordt te weinig meegenomen in het indicatiebesluit', 'Het bestaan van respijtzorg is vaak niet bekend bij mantelzorgers', 'De mantelzorger is vaak overbelast maar wil dat niet in het bijzijn van de cliënt toegeven aan de indicatiesteller'. 'Ondersteunende begeleiding algemeen zou meer geïndiceerd en ingezet moeten worden voor mantelzorgers.'*

We kunnen dus concluderen dat de situatie van de mantelzorger, in de ogen van zorgaanbieders, niet altijd goed wordt ingeschat door de indicatiesteller; ook komt het voor dat de mantelzorgers zelf niet altijd goed hun grenzen aangeven en (te) bescheiden zijn in hun zorgvraag.

#### *Cliënten*

Volgens de uitkomsten van het onderzoek van het Julius Centrum (Jedeloo en Schrijvers, 2007) is 11% van de cliënten (eigenlijk) niet tevreden over het aantal uren zorg in het indicatiebesluit waarvoor hij/zij in aanmerking komt.

### *Sleutelfiguren*

Sleutelfiguren van organisaties van cliënten en mantelzorgers signaleren een toename van overbelaste mantelzorgers als gevolg van het werkdocument Gebruikelijke Zorg. Dat heeft een boemerangeffect, met als gevolg dat er meer gebruik zou worden gemaakt van respijtzorg en ondersteunende begeleiding.

#### *Verbeterpunten:*

Ruim de helft van de indicatiestellers (56%) is van mening dat cliënten gedeeltelijk 'passende zorg' krijgen en 6% van cliënten krijgt, volgens indicatiestellers, géén passende zorg. Ook volgens zorgaanbieders ontvangen cliënten niet altijd 'passende zorg': 4% van de cliënten krijgt géén passende zorg en 40% krijgt gedeeltelijk passende zorg.

Zestig procent van de indicatiestellers en eveneens zestig procent van de zorgaanbieders is van mening dat mantelzorgers gedeeltelijk 'passende zorg' krijgen. Bijna een kwart van de zorgaanbieders vindt dat mantelzorgers géén passende zorg krijgen.

- De aansluiting tussen de geïndiceerde zorg en 'passende zorg' voor cliënten én voor mantelzorgers is een verbeterpunt.

### **4.1.6 Rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen: ervaren knelpunten**

Tabel 4.10 Ervaren knelpunten op het gebied van de rol, afstemming en verantwoordelijkheden van de partijen in de zorgketen

Ervaren knelpunten op het gebied van de rol, afspraken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners (%)	Indicatiestellers N=16	Zorgkantoren N=25	Zorgaanbieders N=302
	(Zeer) mee eens	(Zeer) mee eens	(Zeer) mee eens
De afstemming tussen de schakels in de keten functioneert niet goed	50%	37%	45%
Er is sprake van toename van indicaties binnen een begrensde contracteerruimte	19%	69%	55%
Er is geen eenheid van taal in de zorgketen	75%	63%	42%
De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht	31%	50%	42%
De afstand van de indicatiesteller tot de zorgaanbieders is groot	31%	41%	51%

#### *Indicatiestellers*

Driekwart van de indicatiestellers constateert dat er **geen eenheid van taal** is in de zorgketen: de termen die bij de indicatiestelling worden gehanteerd sluiten soms slecht aan bij de geleverde zorg en de financiering. Precies de helft van de indicatiestellers is van mening dat de afstemming tussen de schakels in de keten niet goed functioneert.



### *Zorgkantoren*

Ook zorgkantoren (63%) ervaren **geen eenheid van taal** in de zorgketen en beschouwen dit als een knelpunt. Ook zijn bijna zeven op de tien zorgkantoren (69%) van mening dat een toename van indicaties binnen een begrensde contracteerruimte als knelpunt wordt ervaren<sup>6</sup>. Precies de helft van de zorgkantoren vindt dat de zorgvraag van de cliënt niet integraal in kaart wordt gebracht en ervaart dit als een knelpunt.

### *Zorgaanbieders*

Voor zorgaanbieders (42%) speelt het gebrek aan eenheid van taal in de zorgketen veel minder dan voor de andere partijen in de keten, CIZ (75%) en zorgkantoren (63%). Ruim de helft (55%) van de ondervraagde zorgaanbieders ervaren de **toename van de indicaties binnen een begrensde contracteerruimte** en de **grote afstand tussen de indicatiestellers en de zorgaanbieders** (51%) als knelpunten. Aanvullend is opgemerkt dat 'de toewijzingsberichten onvoldoende zijn als het gaat om informatievoorziening voor de zorgaanbieders en dat veel gegevens ontbreken'.

### *Cliënten*

In het onderzoek van het Julius Centrum (Jedeloo en Schrijvers, 2007) zijn aan klanten van het CIZ géén vragen gesteld over de afstemming tussen de partijen in de zorgketen.

### *Sleutelfiguren*

In de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren is door alle partijen de verwachting uitgesproken dat, met de invoering van de zorgzwaartepakketten (zie hoofdstuk 5), de eenheid van taal in de zorgketen verder verbeterd wordt.

#### *Verbeterpunten:*

De helft van de indicatiestellers en een minderheid van de zorgkantoren (37%) en zorgaanbieders (45%) ervaren dat de afstemming tussen de schakels in de keten niet goed functioneert.

Het ontbreken van één taal in de zorgketen wordt door een meerderheid van de indicatiestellers (75%), zorgkantoren (63%) en in mindere mate door de zorgaanbieders (42%) als knelpunt ervaren.

- Het spreken van één taal in de zorgketen (voor alle ketenpartners dezelfde invulling van de gebruikte terminologie) is een verbeterpunt.

Ook de toename van indicaties in een begrensde contracteerruimte wordt door een meerderheid van de zorgkantoren (69%) en ruim de helft van de zorgaanbieders (55%) als knelpunt ervaren.

- Afspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders over het aantal indicaties binnen een begrensde contracteerruimte is een verbeterpunt.

---

<sup>6</sup> De contracteerruimte is het totaal bedrag – exclusief enige geormerkte gelden – dat maximaal beschikbaar is voor het maken van productieafspraken tussen zorgkantoor en gecontracteerde zorginstellingen. Met de introductie van de contracteerruimte wordt beoogd aan de zorgkantoren meer verantwoordelijkheid te geven voor een 'doelmatige zorginkoop'.

## 4.2 Oorzaken van de ervaren knelpunten

Het onderscheid tussen ‘de mogelijke oorzaken van een knelpunt rondom de indicatiestelling’ en ‘ervaren knelpunten’ was voor de respondenten van de schriftelijke vragenlijst *niet* altijd even duidelijk. Om die reden beschrijven we in deze paragraaf alléén de informatie uit de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren.

### *Sleutelfiguren*

Sleutelfiguren van vertegenwoordigers van zorgaanbieders zijn het er over eens dat zorgverleners *andere definities* van de AWBZ-functies hanteren dan in de functiegerichte indicatiestelling. Dit hangt deels samen met het werken aan een integrale zorgvraag in plaats van de abstracte ‘functies’ en deels komt dit voort uit de NZa-beleidsregel en de ‘prestatie’gerichte contractering door het zorgkantoor. Vooral de definitie van de *functie verpleging* sluit niet aan bij de beroepsdefinitie van verpleging. Verpleging wordt in de functiegerichte indicatiestelling heel technisch gehanteerd. Verder neemt de indicatie voor de functie verpleging af, omdat verpleegkundige taken voor een deel bij persoonlijke verzorging worden ondergebracht<sup>7</sup>. Het tarief is dan niet toereikend voor deze in de grond verpleegkundige taak. De effecten hiervan zijn dat thuiszorgorganisaties steeds minder het niveau van verpleegkundige zorg inzetten, terwijl dit gezien de complexiteit van de cliëntsituatie en het benodigde kennisniveau dat beoogd is, wel gewenst zou zijn. Ook is onvoldoende *gegevensverkeer via de AZR (automatisering)* door de geïnterviewde vertegenwoordigers van zorgaanbieders genoemd als oorzaak van de knelpunten (zie ook paragraaf 4.1.1). Bij het CIZ is er meer achtergrondinformatie over de cliënt beschikbaar dan waar zorgaanbieders in het AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR) toegang tot hebben<sup>8</sup>. Vanuit een cliëntvriendelijk proces en voor ketenzorg is dat een gemis. Voor de cliënt is het belangrijk dat hij/zij maar één keer zijn verhaal hoeft te vertellen. Een aantal andere oorzaken van de *knelpunten* die door alle geïnterviewde partijen, ook door de geïnterviewde sleutelfiguur van het CIZ, zijn genoemd hebben betrekking op de *wijze* waarop het indicatiebesluit tot stand komt: het proces van de indicatiestelling is erg *gebureaucratiseerd*, er worden te veel stappen gezet en de formulieren zijn te ingewikkeld voor cliënten (zie ook paragraaf 4.1.1).

### *Verbeterpunten:*

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders zien het feit dat zorgaanbieders andere definitie van de AWBZ-functies hanteren dan in de functiegerichte indicatiestelling, als een oorzaak voor (een deel van de) ervaren knelpunten op het gebied van de indicatiestelling.

- Afstemming tussen de beroepsdefinitie van verpleging en de functie verpleging binnen de indicatiestelling is een verbeterpunt.

Vertegenwoordigers van alle ondervraagde partijen in de keten beschouwen de bureaucratie en de niet altijd optimaal functionerende automatisering als oorzaak voor (een deel van de) knelpunten op het gebied van de indicatiestelling.

- Vermindering van de bureaucratie van de indicatiestelling en de automatisering zijn verbeterpunten (zie ook paragraaf 4.1.1).

<sup>7</sup> Het geven van Advies, Instructie en Voorlichting door een aan een instelling verbonden gespecialiseerde verpleegkundige aan een cliënt die niet in een instelling verblijft, is vanaf 1 januari 2007 mogelijk zonder een indicatiebesluit van het CIZ.

<sup>8</sup> Op 1 maart 2007 gaan alle CIZ- en zorgkantoren tegelijk over op release 2.1 van de AZR, een forse verbetering t.o.v. van de huidige versie. In de periode maart tot juni 2007 worden de zorgaanbieders aangesloten op release 2.1.

## 5 Resultaten: oordelen over nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ in relatie tot de indicatiestelling

In dit hoofdstuk zijn de resultaten te vinden van de ontwikkelingen in de AWBZ die in hoofdstuk 1 al zijn ingeleid: Standaard Indicatie Protocollen, de zorgzwaartepakketten, de verblijfszorg thuis (full package) en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

### 5.1 Standaard Indicatie Protocollen

Tabel 5.1 Oordeel over Standaard Indicatie Protocollen

SIP's	Indiciestellers N=16	Zorgkantoren N= 25	Zorgaanbieders N= 302
<b>Oordeel over SIP's voor kortdurende, enkelvoudige zorg (%)</b>	<b>88%</b>	<b>80%</b>	<b>85%</b>
(Heel) wenselijk			
Niet wenselijk, niet onwenselijk	6%	16%	8%
(Helemaal) niet wenselijk	6%	4%	7%
<b>Ervaren knelpunten SIP's voor kortdurende, enkelvoudige zorg (%)</b>			
Ja	<b>69%</b>	<b>60%</b>	22%
Nee	25%	24%	<b>53%</b>
Geen mening	6%	16%	25%
<b>SIP's ook optie voor langdurende, enkelvoudige zorg?(%)</b>			
Ja	<b>50%</b>	<b>68%</b>	<b>83%</b>
Nee	<b>50%</b>	16%	8%
Geen mening	-	16%	9%
<b>SIP's ook optie voor langdurende, meervoudige zorg? (%)</b>			
Ja	7%	38%	<b>72%</b>
Nee	<b>93%</b>	<b>62%</b>	19%
Geen mening	-	-	9%

#### *Indiciestellers*

De meeste indicatiestellers (88%) vinden het werken met Standaard Indicatie Protocollen (*SIP's*) voor de *kortdurende, enkelvoudige zorg* over het algemeen *wenselijk* (zie tabel 5.1). Toch zien we dat zeven op de tien indicatiestellers ook knelpunten aangeven als het gaat om de *SIP's* voor de kortdurende, enkelvoudige zorg. Zo vermelden indicatiestellers dat herindicaties vaker voorkomen omdat er, volgens hen, onvoldoende integraal is gekeken. Ook zou de veelheid aan kortdurende *SIP's* volgens indicatiestellers zeer frequente herindicaties oproepen.

Precies de helft van de indicatiestellers vindt dat de *SIP's* ook een optie zouden zijn voor de *langdurige, enkelvoudige zorg*, de andere helft is hier op tegen. Voorstanders van

uitbreiding van SIP's voor de langdurige, enkelvoudige zorg geven als voorbeeld dat dit kan bij het aanreiken van de medicatie, bij chronisch gebruik van oogdruppels en bij steunkousen aantrekken. Tegenstanders geven aan dat dit 'terug naar af' is: *'Aanbieders zijn niet onafhankelijk en hebben, volgens indicatiestellers, belang bij het bieden van langdurende zorg, zetten een te hoge SIP in, kunnen onnodig lang zorg bieden en hebben niet altijd goed zicht op wat nodig is. Er zijn dan wel uitzonderingen te bedenken, maar dat moet dan worden beoordeeld door inhoudsdeskundigen'*.

Het uitbreiden van SIP's naar de **langdurende, meervoudige zorg** is voor slechts één ondervraagde indicatiesteller een optie. Anderen zijn daar op tegen om dezelfde reden die al eerder is genoemd, namelijk dat de onafhankelijkheid van de indicatiestelling dan in het gedrang komt.

#### *Zorgkantoren*

Over het algemeen staan zorgkantoren (heel) positief tegenover het werken met SIP's voor de **enkelvoudige, kortdurende zorg** (80%). Zes op de tien zorgkantoren ervaren knelpunten als het gaat om SIP's, omdat zorgaanbieders de omvang van de zorg (mede) kunnen bepalen en er dan geen controle is op de aanwezigheid van de wachtlijsten. Een praktisch probleem dat zich voordoet is dat de SIP's niet herkenbaar zijn in de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR), wat wel wenselijk is. Een groot knelpunt is de onvolledigheid van de informatie die uiteindelijk in de indicatie terecht komt, bijvoorbeeld als het ziektebeeld niet volledig is omschreven of als de voorkeur voor de aanbieder ontbreekt. De praktijk leert dat SIP op SIP wordt aangevraagd<sup>1</sup> en het is dan de vraag of dit nog kortdurend te noemen is, aldus zorgkantoren. Dit neemt niet weg dat tweederde van de vertegenwoordigers van zorgkantoren van mening is dat de SIP's ook kunnen worden ingezet bij de **langdurende, enkelvoudige zorg**, 'mits de aanbieder objectief genoeg is'.

Bijna vier op de tien zorgkantoren (38%) vindt dat SIP's ook een optie kunnen zijn voor de **langdurende, meervoudige zorg**. Dit percentage is dus hoger dan bij de indicatiestellers. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat het CIZ blijft toetsen en dat de indicatiestelling objectief plaats vindt, aldus de zorgkantoren.

#### *Zorgaanbieders*

De meeste zorgaanbieders (85%) vinden, net zoals de indicatiestellers en zorgkantoren, dat het werken met SIP's voor de **kortdurende, enkelvoudige zorg** over het algemeen (heel) wenselijk, omdat dit heel praktisch is en omdat er dan direct kan worden gestart met de zorgverlening (tabel 5.1). Een klein deel van de zorgaanbieders vindt het werken met SIP's niet wenselijk, omdat ze van mening zijn dat ze werk van het CIZ overnemen en dat ze werk doen waar ze niet voor betaald krijgen.

Ondanks het positieve oordeel over SIP's voor kortdurende, enkelvoudige zorg ervaart één op de vijf zorgaanbieders knelpunten. Het niet tijdig afhandelen van een SIP door het CIZ (pas na twee of drie weken) in de vorm van een indicatie wordt als belangrijkste knelpunt ervaren. *'De cliënt is dan al soms uit zorg'*. Een ander nadeel is, volgens zorgaanbieders, dat *'De zorgvraag van de cliënt snel kan veranderen en de eenmaal uitgevoerde SIP klopt dan niet meer'*.

Ruim tachtig procent (83%) van de zorgaanbieders vindt dat het werken met SIP's

---

<sup>1</sup> Het referentiewerkproces van het CIZ geeft aan dat na drie keer SIP sprake is van reguliere zorg.

waarbij de aanbieders een taakmandaat hebben en het CIZ steekproefsgewijs achteraf toetst een optie kan zijn voor de **langdurende, enkelvoudige zorg**, mits helder geprotocolleerd en duidelijk is waarop getoetst gaat worden. De achterliggende redenen om de SIP's uit te breiden voor de langdurende zorg zijn het versnellen van het indicatieproces (*efficiënt*) en vermindering van de bureaucratie (*klantvriendelijk*). Zorgaanbieders zijn van oordeel dat incidentele toetsing achteraf wél noodzakelijk blijft, maar geven tegelijkertijd aan dat aanbieders neutraal genoeg zijn om vast te stellen of een cliënt zorg nodig heeft. Met de uitbreiding van de SIP's naar de **langdurende, meervoudige zorg** is bijna driekwart van de zorgaanbieders het eens: ze vinden dat dit een enorme *doelmatigheids*slag zou betekenen, met minder wachttijden voor indicaties. Als randvoorwaarden worden wel genoemd dat toetsing achteraf door het CIZ moet blijven, dat er duidelijke afspraken over gemaakt moeten worden en zorgaanbieders geld zouden moeten krijgen voor de administratie en verantwoording. Voor een vijfde van de aanbieders is het werken met SIP's voor de langdurende, complexe zorg géén optie, omdat de onafhankelijkheid van de indicatiestelling dan niet gewaarborgd is. *'Het CIZ moet indiceren, niet de zorgaanbieder'*.

### *Sleutelfiguren*

Geïnterviewde sleutelfiguren van organisaties van cliënten en naasten zien vanuit praktisch oogpunt, voordelen in het gebruik van SIP voor de kortdurende, enkelvoudige zorg, maar zijn in principe *tegen* het gebruik van Standaard Indicatie Protocolen (SIP's), vooral bij langdurende zorg, omdat de onafhankelijkheid van de indicatiestelling daarmee in het gedrang komt. Het CIZ moet, volgens cliëntenorganisaties, poortwachter blijven voor de langdurige zorgsituatie, steekproeven doen om de kwaliteit van de indicatiebesluiten te waarborgen en geen stempelmachine worden. SIP's zijn een goede werkwijze bij eenvoudige aanvragen en in spoedsituaties. Dit kan gelden voor zowel de eerste aanvragen als bij herindicaties.

Volgens het CIZ zijn de SIP's gestart om de indicatie te vereenvoudigen en bieden zij een oplossing voor het snel afhandelen van enkelvoudige 'standaard' hulpvragen.

Zorgkantoren zien de SIP's voor de enkelvoudige, kortdurende zorg als een voorbeeld van mandatering van zorg en beschouwen de SIP's als een verdienste van het CIZ.

De geïnterviewde sleutelfiguren van organisaties van zorgaanbieders hebben goede ervaringen met de SIP's voor de enkelvoudige, kortdurende zorg, omdat zorgaanbieders snel tot zorginzet kunnen overgaan. De SIP's dragen bij aan vermindering van de bureaucratie van de indicatiestelling: vanuit het oogpunt van efficiency is dat prettiger. Sleutelfiguren van organisaties van zorgaanbieders zijn van mening dat er ook SIP's voor de langdurige, enkelvoudige zorg en voor de langdurige, complexe zorg moeten worden ontwikkeld; de andere geïnterviewde partijen (vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgers, CIZ en zorgkantoren) zijn het daar niet mee eens uit vrees voor 'aanbodgericht indiceren', dat niet past binnen de huidige indicatiestelling.

### *Verbeterpunten:*

Het gebruik van SIP's voor de kortdurende, enkelvoudige zorg is, volgens de meerderheid van alle partijen, (heel) wenselijk.

- Het werken met SIP's voor de kortdurende, enkelvoudige zorg wordt door alle partijen als wenselijk ervaren en levert een positieve bijdrage aan het verminderen van de bureaucratie van de indicatiestelling, aan de verhoging van de efficiëntie en

van de klantgerichtheid.

Een meerderheid van de indicatiestellers en van de zorgkantoren ervaart knelpunten bij het werken met SIP's voor de kortdurende, enkelvoudige zorg. Indiciestellers zijn van mening dat de SIP's sneller tot herindicaties leiden en in sommige gevallen ten koste gaan van de integraliteit. Zorgkantoren noemen vooral problemen van praktische aard, zoals onvolledige informatie over bijvoorbeeld het ziektebeeld van de cliënt of de voorkeur voor de zorgaanbieder. Een vijfde van de zorgaanbieders die knelpunten ervaren, noemen de hoeveelheid werk die de SIP's met zich mee brengen, waar ze niet voor betaald krijgen, als knelpunt.

- Het voorkómen dat SIP's elkaar (te) snel opvolgen is een verbeterpunt.

De meeste zorgaanbieders zijn van mening dat SIP's ook een optie kunnen zijn voor de enkelvoudige, langdurige zorg én voor de meervoudige, langdurende zorg. De geïnterviewde vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties, CIZ en zorgkantoren zijn het hier niet mee eens; de helft van de indicatiestellers en tweederde van de zorgkantoren zijn van mening dat SIP's, onder strikte voorwaarden, óók voor de langdurende, enkelvoudige zorg toegepast kunnen worden. Voor uitbreiding van SIP's voor de langdurende, meervoudige zorg is géén draagvlak bij indicatiestellers en zorgkantoren, omdat dat tegenstrijdig is met de onafhankelijkheid van de indicatiestelling.

- Uitbreiding van SIP's naar de enkelvoudige, langdurende zorg, onder voorwaarde dat het indicatieorgaan blijft toetsten en dat de indicatiestelling objectief en integraal gebeurt, heeft de voorkeur van zorgaanbieders en is bespreekbaar voor indicatiestellers en zorgkantoren.

## 5.2 Zorgzwaartepakketten

### *Indiciestellers*

Ruim een derde van de indicatiestellers (38%) spreekt zich in de schriftelijke vragenlijst positief uit over het indiceren in **zorgzwaartepakketten** voor cliënten die op verblijfzorg zijn aangewezen en acht deze ontwikkeling (heel) wenselijk. Tegenstanders van het indiceren in zorgzwaartepakketten vinden dit, gelet op de bekostiging, een begrijpelijke keuze maar voorzien dat het afbreuk doet aan een goede beoordeling over de individuele situatie van de cliënt. *'Het individuele gaat op de helling: cliënten worden ingedeeld in groepen. Dat is een pragmatische manier, maar de opzet naar het individu wordt losgelaten'*.

We hebben in paragraaf 4.1.6 al gezien dat er volgens indicatiestellers geen eenheid van taal is in de zorgketen. Vertegenwoordigers van CIZ-regiobureaus verwachten wel dat de introductie van zorgzwaartepakketten zal bijdragen aan (verbetering van) de eenheid van taal in de keten.

Zestig procent van de vertegenwoordigers van CIZ-regiobureaus acht de toepassing van de indicatiestelling in de **extramurale zorg** (helemaal) *niet* wenselijk omdat de huidige functies meer op het individu zijn toegesneden en beter toepasbaar in de thuissituatie. *'In de thuissituatie zijn er'*, aldus een indicatiesteller, *'te veel externe factoren en te veel individuele verschillen om een indeling in groepen te maken'*.

Tabel 5.2 Oordeel over indiceren in zorgzwaartepakketten

Zorgzwaartepakketten	Indicatiestellers N=16	Zorgkantoren N=25	Zorgaanbieders N= 302
<b>Oordeel over indiceren in zorgzwaartepakketten (%)</b>			
(Heel) wenselijk	38%	40%	<b>54%</b>
Niet wenselijk, niet onwenselijk	44%	44%	25%
(Helemaal) niet wenselijk	18%	16%	21%
<b>Te verwachten knelpunten als het gaat om indiceren in zzp's (%)</b>			
Ja	<b>56%</b>	<b>92%</b>	<b>70%</b>
Nee	19%	8%	9%
Geen idee	25%	-	21%
<b>Aard te verwachten knelpunten als het gaat om indiceren in zzp's (%)</b>			
De zorgzwaartepakketten doen geen recht aan individuele kenmerken van de zorgvrager	36%	<b>61%</b>	44%
De zorgzwaartepakketten differentiëren niet voldoende	18%	<b>87%</b>	28%
De individuele aanspraak op zorg is niet duidelijk	9%	44%	29%
Het ontbreekt aan heldere beslisregels met betrekking tot de keuze van een passend zorgzwaartepakket	18%	44%	25%
De keuze van de dominante grondslag is bepalend voor de zorgzwaartepakkettenreeks, zodat cliënten mogelijk in een verkeerd zorgzwaartepakket vallen	<b>55%</b>	26%	48%
<b>Toepassing in extramurale zorg wenselijk</b>			
(Heel) wenselijk	20%	40%	39%
Niet wenselijk, niet onwenselijk	20%	4%	28%
(Helemaal) niet wenselijk	<b>60%</b>	<b>56%</b>	33%
<b>Dragen de zorgzwaartepakketten bij tot de eenheid van taal in de zorgketen (%)</b>			
Ja	33%	16%	30%
Gedeeltelijk	<b>67%</b>	28%	45%
Nee	-	<b>56%</b>	25%

### Zorgkantoren

Vier op de tien zorgkantoren vinden het indiceren in *zorgzwaartepakketten* voor cliënten die op verblijfszorg zijn aangewezen (heel) wenselijk. Ze menen dat zorgzwaartepakketten als beheersinstrument wel zullen werken. Eén zorgkantoor wijst op een te gehaast invoeren. Zorgkantoren verwachten op dit punt vrijwel allemaal knelpunten. *Indiceren in*

*zfp's is, door de momentopname, niet goed mogelijk en de afstemming met de financiering is onduidelijk'.*

De meeste zorgkantoren zien het onvoldoende differentiëren tussen de zorgzwaartepakketten als toekomstig knelpunt: *'de zorgzwaartepakketten komen qua financiering te weinig tegemoet aan differentiatie voor aanbieders', 'bij een gemiddelde tijd wordt geen bandbreedte gegeven, de inzet van overbruggingszorg is niet transparant'.*

Op de vraag of de zorgzwaartepakketten op termijn in de **extramurale zorg** toepasbaar zijn, zijn de meningen verdeeld: een kleine meerderheid van de vertegenwoordigers van zorgkantoren vindt dit niet wenselijk, terwijl vier op de tien zorgkantoren die ontwikkeling wel wenselijk vinden. Een klein deel van de zorgkantoren (zie tabel 5.2) ziet de ontwikkeling van zorgzwaartepakketten als een bijdrage in de eenheid van de taal in de zorgketen: *'door de veelheid van nieuwe pakketten en de nieuwe, complexe situatie zal dat echt moeten groeien',* aldus een manager van een zorgkantoor.

### *Zorgaanbieders*

Ruim de helft van de zorgaanbieders beschouwt het indiceren in **zorgzwaartepakketten** van cliënten die op verblijfszorg zijn aangewezen als een (heel) wenselijke ontwikkeling (tabel 5.2), omdat *'er zo beter recht wordt gedaan aan de grote verschillen in zorgzwaarte'* en de *'zorgbehoefte tussen cliënten en het voor de zorgaanbieders helderheid geeft, mits helder omschreven en mits de financiering geënt is op de zorgzwaarte'*. Een vijfde vindt dit (helemaal) niet wenselijk, omdat men vraagt tekenen heeft bij de *haalbaarheid* om cliënten in 'profielen' te laten passen en men bang is voor meer bureaucratie en meer werk, en het voor de zorgaanbieder géén meerwaarde heeft ten opzichte van de financiering *'de zorgzwaartepakketten bevatten een zorgkoof, omdat de overgang naar de bekostiging budgetneutraal moet verlopen. Daar heb ik mijn bedenkingen bij'*. Andere zorgaanbieders geven aan nog te weinig zicht te hebben op de indicatiestelling in zorgzwaartepakketten om dat te kunnen beoordelen.

Over de eventuele toepassing van de indicatiestelling in zorgzwaartepakketten in de **extramurale zorg** zijn zorgaanbieders terughoudend en willen ze eerst afwachten hoe de zorgzwaartepakketten voor de intramurale situatie uitpakken. Voor zover zorgaanbieders zich over dit onderwerp wel hebben uitgesproken, zijn de meningen verdeeld, net zoals bij de zorgkantoren: bijna veertig procent vindt dit wenselijk en een derde acht dit onwenselijk. Eén zorgaanbieder zegt hierover: *'Het is jammer dat er nu twee verschillende indicaties ontstaan: intramuraal zorgzwaartepakketten en extramuraal de functies. Dat is lastig en betekent ook meer werk.'*

Dertig procent van de zorgaanbieders vindt dat de zorgzwaartepakketten bijdragen aan de eenheid van taal in de zorgketen en bijna de helft is het hier gedeeltelijk mee eens. Sceptici geven aan dat indicering in zorgzwaartepakketten wederom *'een omslagpunt betekenen in denken, handelen en taal en dat eenheid van taal tot nu toe niet is gelukt'*.

### *Sleutelfiguren*

Het idee van een zorgzwaartebekostiging is voor de intramurale setting een stap vooruit, volgens de geïnterviewde vertegenwoordigers van organisaties van cliënten en naasten. Zij vinden het zinvol dat de zorgzwaartebekostiging AWBZ-breed wordt doorgevoerd en gelijk getrokken. Een nadeel bij indicering in zorgzwaartepakketten is dat er niet meer wordt uitgegaan van de hulpvraag van de cliënt maar van zijn/haar beperkingen.



De zorgzwaartepakketten dragen, volgens de vertegenwoordiger van het CIZ, bij tot de eenheid van taal in de keten. Een ander voordeel van de invoering van zorgzwaartepakketten is dat er kan worden geschoven met functies en naar verwachting minder snel een herindicatie aangevraagd hoeft te worden.

De ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten is, volgens de sleutelfiguur van Zorgverzekeraars Nederland, goed omdat er een landelijk beslisschema is dat door het Ministerie van VWS is vastgesteld. De invulling van de zorgzwaartepakketten moet nog nader worden uitgewerkt en de vertaalslag van zorgzwaartepakket naar persoonsgebonden budget (pgb) moet nog worden gemaakt, aldus de geïnterviewde sleutelfiguur van Zorgverzekeraars Nederland. *‘Het is nodig dat er landelijke controle is door het CIZ op de indeling in zorgzwaartepakketten door zorgaanbieders, omdat er enige manipulatie mogelijk is. Het is een kwetsbaar systeem. Bovendien is er een grijs gebied in de indeling in zzp’s: waar begint het ene cliëntprofiel en waar houdt het andere op?’*

De zorgzwaartepakketten worden ook volgens de vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beschouwd als een verbetering, omdat er dan één taal is in de zorgketen. Inhoudelijk zijn de cliëntprofielen goed gedefinieerd, maar het probleem is dat de zorg die wordt geleverd moet passen binnen de huidige financiële ruimte. De zorgzwaartepakketten zijn niet ontworpen volgens het ‘Toetsingskader voor verantwoorde zorg’ (Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-Org, 2005), maar op cijfers van schaarse/gebudgetteerde feitelijke mogelijke zorg. De praktijk moet uitwijzen wat de gevolgen zijn van de zorgzwaartepakketten en zullen tot een maatschappelijke discussie leiden.

#### *Verbeterpunten:*

De ondervraagde partijen staan positief tegenover het principe van zorgzwaartebekostiging, en zijn van mening dat deze ontwikkeling nog niet is voldoende uitgewerkt.

- Indicatiestellers en zorgaanbieders verwachten dat het indiceren in zorgzwaartepakketten zal leiden tot verbetering van de eenheid van taal in de zorgketen, vooral in relatie tot de intramurale zorg<sup>2</sup>.

De meerderheid van de partijen (56% van de indicatiestellers, 92% van de zorgkantoren en 70% van de zorgaanbieders) verwachten knelpunten als het gaat om indiceren in zorgzwaartepakketten, zo blijkt uit de schriftelijke vragenlijst. Vertegenwoordigers van organisaties van cliënten en mantelzorgers en vertegenwoordigers van zorgaanbieders missen de relatie met het ‘Toetsingskader voor verantwoorde zorg’ en hebben bezwaar tegen het uitgangspunt dat het aantal uren geleverde zorg als uitgangspunt voor de bekostiging is genomen.

- De invulling van de zorgzwaartepakketten moet nog worden uitgewerkt. Toepassing van de zorgzwaartepakketten in de extramurale zorg is (helemaal) niet wenselijk volgens de meeste ondervraagde indicatiestellers (60%), zorgkantoren (56%), en een derde van de zorgaanbieders (33%).

---

<sup>2</sup> De huidige extramurale zorg kent veel meer nuancering in ‘zorgpakketten’.

### 5.3 Verblijfszorg thuis (full package)

Tabel 5.3 Oordeel over verblijfszorg thuis (full package)

Verblijfszorg thuis	Indicatiestellers N=16	Zorgkantoren N= 25	Zorgaanbieders N=302
<b>Oordeel over verblijfszorg thuis (%)</b>	<b>69%</b>	<b>75%</b>	<b>72%</b>
(Heel) wenselijk			
Niet wenselijk, niet onwenselijk	12%	-	14%
(Helemaal) niet wenselijk	19%	25%	14%
<b>Wens van de cliënt leidinggevend bij het oordeel over een verblijfsindicatie (%)</b>			
Wens van de cliënt	37%	21%	65%
Professionele standaard	44%	<b>62%</b>	20%
Combinatie van de wens van de cliënt én professionele standaard	19%	17%	15%
<b>Te verwachten knelpunten als het gaat om verblijfszorg thuis (%)</b>			
Ja	<b>88%</b>	<b>83%</b>	<b>74%</b>
Nee	6%	-	10%
Geen idee	6%	17%	16%
<b>Aard te verwachten knelpunten als het gaat om verblijfszorg thuis (%)</b>			
Er is een inhoudelijke grens aan de levering van zorg aan huis	<b>57%</b>	<b>67%</b>	<b>66%</b>
Er is een financieel plafond aan levering van zorg aan huis ('omslagpunt')	<b>79%</b>	<b>92%</b>	<b>59%</b>
De extramurale financiering is niet toereikend als cliënten met de indicatie verblijf in de eigen omgeving willen blijven (niet-geclusterd)	29%	17%	48%

#### *Indicatiestellers*

Vertegenwoordigers van CIZ-regiobureaus (69%) staan over het algemeen positief tegenover de ontwikkeling van verblijfszorg thuis. Tegenstanders van deze ontwikkeling voorspellen: *'Dit zal leiden tot onverantwoord dure zorg en is in veel gevallen niet eens in het belang van de betrokkenen'*.

Een minderheid van de ondervraagde indicatiestellers (44%) is de mening toegedaan dat de professionele standaard van de indicatiesteller leidinggevend is over het oordeel over verblijfszorg thuis. *'Het uitgangspunt is dat de wens van de cliënt voorop staat, maar deze heeft niet altijd goed inzicht, waardoor de professionele standaard tóch leidinggevend is.'* Degenen die knelpunten signaleren bij de ontwikkeling van verblijfszorg thuis, noemen financiële en inhoudelijke knelpunten: *'Zorg thuis vergt veel van de mantelzorgers en er zijn cliënten die vereenzamen, en daar moet dan weer een oplossing voor worden gezocht'*.

#### *Zorgkantoren*

Het merendeel van de *zorgkantoren* (75%) vindt de constructie van verblijfszorg thuis

(zeer) wenselijk, *'mits deze doelmatig en kwalitatief verantwoord uit te voeren is'*, zo is in de toelichting in de vragenlijst aangevuld. Er is sprake van een keuzemogelijkheid. Tegelijkertijd geven zorgkantoren aan dat het AZR-systeem niet klaar is om dat dit functioneel uit te voeren, omdat intramuraal en extramuraal verschillende systemen zijn. Zes van de tien zorgkantoren zijn van mening dat de professionele standaard van de indicatiesteller leidend moet zijn bij het oordeel over een verblijfindicatie. Bijna een vijfde is van mening dat het oordeel over verblijfszorg thuis een combinatie moet zijn van de wens van de cliënt en de professionele standaard: *'De wens van de cliënt moet als uitgangspunt worden genomen, om samen met de cliënt tot een 'passende' oplossing te komen. Maar de cliënt hoeft het verblijf niet te verzilveren: het is een doelmatigheidsafweging en de grenzen van de zorg moeten worden aangegeven'*. Twintig van de vijftientig deelnemende zorgkantoren (83%) voorzien in de toekomst knelpunten op het gebied van verblijfszorg thuis: er is een financieel plafond aan de levering van zorg aan huis ('omslagpunt'). Een belangrijke voorwaarde die is genoemd is dat *'de toewijzing objectief moet plaats vinden en dat deze vorm van zorg voor alle cliënten een optie moet zijn (evenredigheid)'*. Bijna alle zorgkantoren verwachten dat verblijfszorg thuis (gedeeltelijk) aan zal sluiten bij de wens van cliënten om zo lang mogelijk thuis te wonen. De inrichting en de randvoorwaarden zijn essentieel om deze regeling succesvol te laten zijn, aldus een manager van een zorgkantoor.

#### *Zorgaanbieders*

Driekwart van de zorgaanbieders (72%) vindt de constructie van verblijfszorg thuis (heel) wenselijk, mede omdat het scheiden van wonen en zorg hierdoor wel duidelijk is en van deze tijd is. Verblijfszorg thuis is volgens de optiek van sommige zorgaanbieders *'ongeschikt voor cliënten die moeite hebben met het voeren van de regie en is niet goed betaalbaar'*. Men vraagt zich af waar het financiële plafond ligt en maakt zich zorgen over betaalbaarheid en haalbaarheid: *'De zorg die intramuraal kan worden geboden, kan nooit in de thuissituatie worden geboden'*, en *'dat de geïndiceerde uren bij verblijf vaak onvoldoende zijn in de thuissituatie'*. *'Bij dementiële problematiek is toezicht nodig en dat is thuis niet haalbaar'*, aldus een zorgaanbieder.

Bijna tweederde van de zorgaanbieders (65%) is van mening dat de wens van de cliënten leidend moet zijn bij het oordeel over een verblijfsindicatie. *'Soms wordt verblijf geadviseerd en geïndiceerd, terwijl een cliënt en/of mantelzorger dit niet wil'*.

Driekwart van de zorgaanbieders verwacht knelpunten als het gaat om verblijfszorg thuis. Dat er *een inhoudelijke grens is aan de levering van zorg aan huis*, wordt hierbij het meest vaak als knelpunt ervaren. Andere knelpunten die genoemd zijn, zijn het onderhandelen over de inzet van het aantal uren in de thuissituatie, dat ongeplande zorg moeilijk geleverd kan worden en het ontbreken van veiligheid (voeren van de regie en alarmopvolging). *'Bovendien krijgen cliënten die veel zorg nodig hebben met hoge kosten te maken, doordat alles afzonderlijk betaald moet worden (zorg, alarmering, hulpmiddelen en eten). Dit is alleen haalbaar voor cliënten met een dikke portemonnee'*. Zorgaanbieders verwachten dat de verblijfszorg thuis gedeeltelijk zal aansluiten bij de wens van cliënten om zo lang mogelijk thuis te wonen, zo blijkt uit de toelichting in de schriftelijke vragenlijst. Zorgaanbieders zijn van mening dat verblijfszorg thuis voor een beperkte groep realiseerbaar is, die zelf de regie kunnen voeren en niet voor bijvoorbeeld dementerenden. Verder vinden zorgaanbieders het belangrijk om het welzijn bij de indicatiestelling te betrekken, en dat de financiering van verblijfszorg thuis goed

doorberekend en geregeld moet zijn.

### *Sleutelfiguren*

De ontwikkeling van verblijfszorg thuis draagt, volgens de sleutelfiguren van cliëntenorganisaties, niet bij aan de wens van cliënten om langer thuis te blijven wonen. De groep pgb-ers die nu voor verblijf is geïndiceerd, redt het, volgens geïnterviewde vertegenwoordigers van cliënten en naasten, niet meer om thuis te blijven wonen. De hoogte van het persoonsgebonden budget wordt namelijk gebaseerd op de intramurale tarieven en dat is niet voldoende voor pgb-ers.

De sleutelfiguur van het CIZ voorziet géén knelpunten als het gaat om de indicatiestelling voor verblijfszorg thuis. Het CIZ doet namelijk geen uitspraken over de setting waar de cliënt moet wonen, maar uitspraken in termen van wel/geen verblijf en over de benodigde zorg op grond van de zorgbehoefte van de cliënt (permanent toezicht, complexe zorgvraag en therapeutische leefklimaat).

Er zijn, volgens de sleutelfiguur van zorgkantoren, grenzen aan de aanspraak op zorg: wat de geïndiceerde zorg betreft is er sprake van een financieel plafond. Dat is geen zaak van zorgkantoren, maar dat is een kwestie van politieke beslissing. Daarover zouden afspraken over gemaakt moeten worden.

Sleutelfiguren van organisaties van zorgaanbieders verwachten bij de ontwikkeling van verblijfszorg thuis dat, bij de beoordeling van de zorg door het CIZ, géén rekening wordt gehouden met de wens van de cliënt om thuis te blijven wonen. Cliënten met een indicatie voor verblijf die graag thuis blijven wonen, kunnen wel aanspraak maken op een full package, maar het zorgzwaartepakket is dan niet dekkend.

Het is de tot slot vraag of er binnen de verblijfszorg thuis voldoende behandeling wordt geboden, aldus vertegenwoordigers van zorgaanbieders.

### *Verbeterpunten:*

Het merendeel van alle partijen vindt de ontwikkeling verblijfszorg thuis (full package) wenselijk, maar eveneens het grootste deel van de ondervraagde partijen verwacht knelpunten. Levering van verblijfszorg thuis kent, volgens de meerderheid van de partijen in de zorgketen, een financieel plafond (betaalbaarheid) en een inhoudelijke grens (alleen geschikt voor mensen die de regie kunnen voeren).

- De inrichting en de randvoorwaarden van verblijfszorg thuis met betrekking tot de financiering en inhoudelijke grenzen, zijn verbeterpunten.

## **5.4 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

### *Indicatiestellers*

Indicatiestellers van de CIZ-regiobureaus voorzien dat de afstemming met de Wmo problemen zal opleveren: de gevraagde zorg zal dan over te veel verschillende instanties worden gesplitst en over te veel schijven lopen, waardoor de bureaucratie naar verwachting (nog meer) zal toenemen.

### *Zorgkantoren*

Zorgkantoren verwachten knelpunten rondom de overheveling van delen van de AWBZ naar de Wmo en van de AWBZ naar de Ziekenfondswet. Vooral de informatieoverdracht

in de keten moet voldoende en goed gewaarborgd zijn, aldus de zorgkantoren.

#### *Zorgaanbieders*

Zorgaanbieders uiten hun zorgen over de onduidelijke regelgeving en besluitvorming ten aanzien van de Wmo, de (verwachte) toename van de bureaucratie, de afstemming met gemeenten, de gesplitste indicatiestelling AWBZ-Wmo en de automatisering. ‘*Splitsing van de AWBZ en Wmo zal leiden tot hiaten en gebrek aan afstemming en aansluiting*’. Ook voorspellen zorgaanbieders een grotere financiële druk vanuit de overheid op de indicatiestellingcriteria.

#### *Sleutelfiguren*

Sleutelfiguren van cliënten- en mantelzorgorganisaties zijn bang dat de uitruil van functies, bijvoorbeeld tussen huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging (een cliënt ontvangt huishoudelijke verzorging terwijl de mantelzorger persoonlijke verzorging levert) niet wordt geregeld.

De geïnterviewde sleutelfiguren van andere partijen (CIZ, zorgkantoren en zorgaanbieders) voorzien géén knelpunten op het gebied van de indicatiestelling in relatie tot de Wmo. Wel geven ze aan dat er nog wel onduidelijkheden zijn, bijvoorbeeld wat er gebeurt met de functie huishoudelijke verzorging in het kader van de functie verblijf. Bij het verslag van de expertmeeting (hoofdstuk 6) is de integraliteit van de indicatiestelling en de relatie met de Wmo ook ter sprake gebracht.

#### *Verbeterpunten:*

Vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgers verwachten dat door de Wmo de uitruil van AWBZ-functies niet meer mogelijk is en dat dit knelpunten zal opleveren.

- Uitruil van AWBZ-functies zou, ook met de komst van de Wmo, tot de mogelijkheden moeten blijven behoren.

Indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders verwachten een toename van de bureaucratie door de splitsing van de indicatiestelling van AWBZ en Wmo en knelpunten op het gebied van de afstemming en de informatieoverdracht tussen partijen.

- Afstemming en aansluiting tussen de indicatiestelling van de AWBZ en de Wmo zijn verbeterpunten.



## 6 Resultaten van de expertmeeting

### 6.1 Doel van de expertmeeting

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de expertmeeting gepresenteerd.

Het doel van de bijeenkomst was:

1. discussie over de uitkomsten van het kwalitatieve en kwantitatieve deel van het onderzoek en een toets op de herkenbaarheid van de resultaten;
2. komen tot een prioritering van de gesignaleerde knelpunten;
3. komen tot mogelijke oplossingen voor geconstateerde knelpunten, in het perspectief van de ontwikkelingen in de AWBZ.

Ter voorbereiding op de expertmeeting was de conceptsamenvatting van het onderzoeksrapport aan de deskundigen toegestuurd.

### 6.2 Prioritering knelpunten en oplossingsrichtingen

De onderzoeksresultaten bleken over het algemeen herkenbaar voor de experts vanuit het veld en het beleid.

Om te komen tot een prioritering van de gesignaleerde knelpunten zijn, op basis van de resultaten van de schriftelijke vragenlijst, de punten die door de meerderheid van de partijen in de zorgketen als knelpunt is ervaren, geclusterd in een aantal rubrieken (zie bijlage 4). Om inzicht te krijgen in het ‘gewicht’ van de knelpunten dat wil zeggen welke knelpunten als eerste opgelost zouden moeten worden, hebben de deelnemers van de expertmeeting de opdracht gekregen per rubriek het allerbelangrijkste knelpunt te kiezen. Telling van de stemmen van de deskundigen leidde tot de volgende prioritering van knelpunten:

*Bij rubriek 1. Werkwijze van het CIZ*

‘De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch en de indicatiestelling wordt niet snel genoeg afgehandeld’ en hiermee samenhangend ‘het verschil in interpretatie van indicatiecriteria tussen verschillende CIZ-regio’s en tussen indicatiestellers’.

*Bij rubriek 2. De afstemming tussen de verschillende partijen in de zorgketen*

‘Er is géén eenheid van taal in de zorgketen’. Binnen deze categorie is ook het (nog te verwachten) knelpunt genoemd: ‘de zorgzwaartepakketten doen geen recht aan de individuele zorgvraag, differentiëren niet voldoende’.

*Bij rubriek 3. De afstemming tussen de zorgvraag, de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg*

‘De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht’ wordt als belangrijkste knelpunt in deze categorie ervaren.

Over de hierboven geprioriteerde knelpunten is gediscussieerd en zijn verbeterpunten en oplossingsrichtingen naar voren gebracht.

*1. De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch en de indicatiestelling wordt niet snel genoeg afgehandeld*

Bij dit knelpunt (zie rubriek 1) komt ook de mandatering van de zorgaanbieders aan de orde. Volgens de experts is het belangrijkste dat er goed wordt gekeken naar de indicaties die binnen komen. Een volgende stap is af te vragen wat de toegevoegde waarde is van een onafhankelijke indicatiestelling voor de cliënt - door zorgaanbieder of CIZ - en in welke vorm de indicatiestelling dan plaats vindt bijvoorbeeld door middel van taakmandatering van de zorgaanbieder en toetsing achteraf door het CIZ. Er is gediscussieerd over waar de grens ligt en het belang is aangegeven om genuanceerd te kijken. Het CIZ geeft aan dat 70% tot 80% gestandaardiseerd (niet alleen aan de hand van SIP's) afgehandeld zou kunnen worden en dat expertise nodig is op de complexe aanvragen die niet gestandaardiseerd afgehandeld kunnen worden.

*Oplossingsrichtingen*

Er is overeenstemming over het feit dat alle partijen in de keten hun waarde hebben. Bij de cliënten die langer in zorg zijn, waarbij een herindicatie noodzakelijk is en waarbij de hulpvraag niet complex is, richt het CIZ zich bij het herindiceren vaak op de expertise van de zorgaanbieder. De waarde van het CIZ als onafhankelijke expert heeft dan vooral in de complexere casuïstiek toegevoegde waarde. (Een uitzondering hierop zijn spoedaanvragen: zorgaanbieders leveren zorg zonder een indicatie, maar met het zorgkantoor is de afspraak gemaakt dat zorgaanbieders met terugwerkende kracht, vanuit de datum melding zorg, een vergoeding krijgen.) Taakmandatering van de indicatiestelling aan de zorgaanbieders van de enkelvoudige zorg wordt dan ook gezien als prima oplossing voor de bureaucratie. Het CIZ houdt dan de ruimte en tijd over voor de complexe gevallen en kan zich kwalitatief verder ontwikkelen. Tegelijkertijd betekent dit ook een vermindering van de achterstanden bij het CIZ. Het is nu zo dat het proces van de indicatiestelling onder druk staat. Daar komt nog bij dat de automatisering nog niet optimaal werkt, wat weer vertragend werkt.

Er is bij dit onderwerp ook gesproken over het verschil in interpretatie tussen CIZ-regio's en tussen indicatiestellers (gebrek aan uniformiteit). Bij alle partijen in de zorgketen komen signalen binnen dat er (te) veel verschil is in omvang van zorg bij vergelijkbare hulpvragen. Ook de experts van het CIZ erkennen dit als knelpunt. Het is natuurlijk wel zo dat er individuele omstandigheden zijn waardoor een aanvraag hetzelfde lijkt, maar dat niet is. Soms wordt gebruik gemaakt van de discretionaire bevoegdheid. Dat neemt niet weg dat protocollen op verschillende manier uit te leggen zijn. Deels is het verschil in interpretatie te herleiden uit de RIO-tijd. Nu de beleidsregels er zijn en ook zijn getekend door de staatssecretaris van VWS hoopt het CIZ in de toekomst op verbetering. De beleidsregels treden per 1 april 2007 in werking. Het is nu nog zaak deze beleidsregels goed te communiceren met de indicatiestellers en het CIZ is dan ook druk bezig met een scholingstraject. Het vertalen van de beleidsregels in werkinstructies is een goede ontwikkeling, maar één expert waarschuwt voor te veel uniformering en te veel beslisbomen. Het CIZ heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid, en moet open staan voor alle partijen in de zorgketen en in dialoog blijven. In dat kader wordt gewezen op een regionaal werkoverleg tussen het CIZ en zorgaanbieders. De beleidsregels, zoals vastgesteld door VWS, komen op de website van het CIZ, de interne werkinstructies niet. Experts pleiten tijdens deze bijeenkomst sterk voor openbaarheid van de werkinstructies en zijn van mening dat deze transparant moeten zijn: voor cliënten en mantelzorgers is



het uitermate belangrijk om zicht te krijgen op de indicatiecriteria waarop het besluit is gebaseerd. Het CIZ beaamt dat de gemaakte afwegingen voor cliënten en cliëntondersteuners inzichtelijk moet zijn maar dat werkinstructies zijn bedoeld voor de medewerkers.

## *2. Er is geen eenheid van taal in de zorgketen*

Door alle deelnemers van de expertmeeting wordt erkend dat de afstemming tussen partijen in de zorgketen - cliënt, indicatiestellers van het CIZ, zorgkantoor en zorgaanbieder - verder verbeterd kan worden (rubriek 2). Het indiceren in zorgzwaartepakketten wordt gezien als mogelijke strategie voor het verbeteren van de eenheid van taal in de zorgketen. Tegelijkertijd worden de inhoudelijke grenzen van de levering van zorg aan huis en het financiële plafond ('omslagpunt') aangegeven als knelpunt bij verblijfszorg thuis. Het is de vraag of het gemiddelde aantal uren geïndiceerde zorg bij zzp's wel recht doet aan het individu. De taak van het CIZ is het vaststellen van de zorgbehoefte van de cliënt en te beoordelen of het cliëntprofiel past bij de cliënt. Hierbij is een afwijking van het cliëntprofiel mogelijk is in die zin dat waar het ene profiel niet past er een vergelijking met een ander profiel wordt uitgevoerd. Rekenregels zorgen dan voor een relatie tussen het cliëntprofiel en het gemiddelde aantal uren geïndiceerde zorg, maar deze zijn niet transparant en leveren automatisch een zzp-advies op. In tweede instantie beoordeelt de indicatiesteller of het advies 'passend' en meest doelmatig is.

De cliëntenorganisaties geven het belang aan dat de vraag van de cliënt in beeld moet blijven en dat de systematiek duidelijk moet zijn. Dat heeft te maken met de legitimiteit en de geloofwaardigheid van het CIZ. Voor het CIZ is het belangrijk waar ze een stempel op zetten: op het cliëntprofiel of op de omvang van de zorg? In de communicatie naar buiten toe wordt de suggestie gewekt dat het CIZ ook het aantal uren geïndiceerde zorg bepaalt, en dat is niet juist, en niet goed voor het imago van het CIZ, zo luidt de opvatting van een aantal deelnemers van de expertmeeting. De omvang van de zorg is onverbreekbaar verbonden aan een cliëntprofiel, dus als het CIZ een cliëntprofiel indiceert, dan wordt indirect ook de omvang van zorg mee geïndiceerd.

De opvatting wordt algemeen gedeeld dat er een inhoudelijke en een financiële grens is aan verblijfszorg thuis. Er is sprake van een paradox in het beleid: voor cliënten die voor geclusterd verblijf in aanmerking komen, en het is niet goed mogelijk een pakket te ontwikkelen waarmee een cliënt thuis kan blijven wonen. Toezicht in de situatie om zorg aan huis te leveren en de rol van de mantelzorg zijn heel belangrijk.

## *Oplossingsrichtingen*

Er wordt gepleit voor een flexibele overgang van een combinatiepakket van een zorgzwaartepakket en persoonsgebonden budget (pgb). Zo is gesproken over bijvoorbeeld een combinatie van twee dagen per week 24-uurs opvang in een intramuraal setting in combinatie met zorg thuis. Aangestipt is dat dit met de financiering te maken heeft en vooral voor de toekomst van belang is.

## *3. De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht*

Er zijn volgens de experts drie manieren om naar integraliteit te kijken (zie rubriek 3):

- totale zorgbehoefte van de cliënt in kaart brengen (in aansluiting bij de International Classification of Functioning, disability and health: ICF, 2002);

- integraliteit tussen de diverse doelgroepen;
- integraliteit in wetgeving (AWBZ en Wmo).

In het onderstaande gaan we op alle drie de manieren dieper in. Voor het formuleren van oplossingsrichtingen was het belangrijk de gesignaleerde knelpunten op het gebied van integraliteit te verwoorden: (1) het zou, volgens experts, bijna onmogelijk zijn voor indicatiestellers om een integraal beeld van de zorgvrager te krijgen (2) het CIZ ervaart een spanningsveld tussen een integrale indicatiestelling en een gestandaardiseerde afhandeling. Dit staat op gespannen voet met elkaar. Het één vraagt een grote mate van zorgvuldigheid en het ander is claimgericht en leidt tot een snelle afhandeling (3) vanuit de verschillende, wettelijke kaders, zoals de Wmo, ontbreekt integraliteit. We bespreken deze drie aspecten achtereenvolgens. De verschillende wettelijke kaders belemmeren het integraal in beeld brengen van een zorgbehoefte.

*Ad 1.* Eén van de experts (vertegenwoordiger van de Nederlandse Beroepsvereniging voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters) pleit voor erkenning van geriatrische deskundigheid bij de indicatiestelling, waarbij multidisciplinair wordt gekeken naar het hele scala van beperkingen van de cliënt, en voor betrokkenheid van de expertise van de zorgaanbieder. Het CIZ zegt hiervan dat dit niet onafhankelijk is, als dit gebeurt vanuit de deskundigheid die door de aanbieder van voorkeur wordt aangeboden.

*Ad 2.* Het CIZ merkt op dat de multidisciplinaire deskundigheid van derden, zoals behandelend artsen, al benut wordt, maar dat deze gegevens niet altijd even snel worden aangeleverd, wat ten koste gaat van de doorlooptijd van de indicatie. Ook kwam naar voren dat het ontbreken van een financiële vergoeding verhindert dat verpleeghuisartsen informatie aan het CIZ geven. Het CIZ geeft aan graag goede indicatiebesluiten af te willen geven; tegelijkertijd ervaren indicatiestellers de druk om binnen de wettelijke afhandelingstermijn van de aanvraag een juiste afweging te kunnen maken. De praktijk is vaak dat de gegevens die het CIZ hiervoor nodig heeft niet of te laat worden aangeleverd.

*Ad 3.* Door de Wmo (en dan vooral door het feit dat de indicatie voor huishoudelijke hulp nu onder verantwoordelijkheid van gemeenten valt) zakt de integraliteit steeds verder weg, zo is de opvatting van de deelnemers: het is niet duidelijk wie de verantwoordelijkheid voor de integraliteit op zich neemt, het CIZ of gemeenten of VWS? Het veld heeft steeds minder het gevoel dat wordt geïndiceerd vanuit de zorgvraag. Vanuit de overheid is een project ‘administratieve lastenverlichting’ gestart. De aanwezigen zijn van mening dat de integraliteit in de zorg is verdwenen en zijn bang dat de Wmo op dit punt gaat ontsporen. Opgemerkt is dat de versnippering van de zorg eigenlijk al is begonnen met de functiegerichte indicatiestelling.

### *Oplossingsrichtingen*

Het zou makkelijker moeten zijn om de indicatiestelling van de AWBZ en de Wmo op elkaar af te stemmen. Het moet géén competentiestrijd tussen gemeenten en CIZ worden (en daar lijkt het nu een beetje op), maar een wederzijdse bereidheid om de integraliteit van de zorg te waarborgen. Het CIZ geeft aan dat ze moeten ‘schakelen’ tussen wat gemeenten willen op het gebied van de Wmo (gemeentelijke verordening). Dit gaat ten koste van de uniformiteit en de onafhankelijkheid. Als oplossing is aangedragen dat er één zorgloket zou moeten komen voor de klant met een back office, in navolging van het Friese model, waarbij een samenwerkingsrelatie bestaat tussen gemeenten, zorgaanbieders, woningbouwverenigingen en andere partijen, en casemanagement.

Opgemerkt wordt dat er verder op in het traject veel herindicaties kunnen worden voorkomen, als er bij de eerste aanvraag goed wordt gekeken naar de zorgvraag. Verder is gediscussieerd of het een taak is van de zorgaanbieder om actief zorg aan te bieden, bijvoorbeeld respijtzorg bij mantelzorger, in gevallen waar de zorgaanbieder al zorg levert aan de cliënt. Hierbij speelt de vraag waar de ‘knip’ wordt gelegd. Ook is benadrukt dat, wanneer het CIZ als organisatie er goed in slaagt integraal te indiceren, vanuit de deskundigheid van indicatiestellers en op basis van landelijke protocollen, dit een waarborg is tegen de versnippering. Het CIZ heeft als taak de richting te bepalen en moet voor gemeenten, bij de indicatiestelling van de Wmo, een gezaghebbende instantie zijn. De indicatiestelling moet vanuit de visie op integraliteit plaats vinden, aldus een expert.

*Tot slot*

De expertmeeting is door de deelnemers als plezierig ervaren, waarin met respect is geluisterd naar andermans opvattingen en op een constructieve manier oplossingsrichtingen zijn aangedragen voor verdere verbetering van de indicatiestelling.



## 7 Reflectie op de onderzoeksmethoden en resultaten

### 7.1 Methodologische kwaliteit

Dit onderzoek bestond uit drie fasen: (1) kwalitatieve interviews met sleutelfiguren, (2) schriftelijk vragenlijstonderzoek onder indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders en (3) een expertmeeting. Om cliënten niet dubbel te belasten is daarnaast gebruik gemaakt van de resultaten van een recent uitgevoerd tevredenheidsonderzoek onder klanten van het CIZ door het Julius Centrum (Jedeloo en Schrijvers, 2007).

De kwalitatieve interviews met sleutelfiguren van organisaties van cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders, hebben inzicht verschaft in hun oordeel over de indicatiestelling. Het verslag is ter toetsing voorgelegd aan de geïnterviewden. Tevens hebben de interviews, naast de bestaande inzichten vanuit de literatuur, inzicht gegeven in perspectieven op de indicatiestelling en de gewenste punten die voor verbetering vatbaar zijn. Uit de analyses van de interviews zijn verschillen en overeenkomsten tussen de partijen in de zorgketen boven tafel gekomen. Ook vormden de interviews een basis voor de ontwikkeling van de schriftelijke vragenlijst van de tweede onderzoeksfase.

De tweede fase, het schriftelijke vragenlijstonderzoek, ging de breedte in en heeft perspectieven op de indicatiestelling en ervaren knelpunten voor de partijen in de zorgketen in kaart gebracht. De vragenlijst bestond uit een aantal specifieke vragen (over de wijze van aanmelding en het oordeel over de relatie tussen de betrokken partijen) en uit een algemeen deel, dat voor alle partijen hetzelfde was. Op deze manier was het mogelijk de verschillende perspectieven met elkaar te vergelijken. Op onderdelen zagen we verschillen in optiek tussen datgene wat in de kwalitatieve interviews met sleutelpersonen van de bij de indicatiestelling betrokken partijen naar voren is gekomen en de antwoorden van de deelnemers op de schriftelijke vragenlijst. Ook bleken er in sommige opzichten verschillen van mening te bestaan tussen geïnterviewde sleutelpersonen van het CIZ (managers) en indicatiestellers (kwaliteitsmedewerkers en teamleiders) in hun oordeel over de indicatiestelling en de mogelijkheden voor verbetering. Op enkele van deze verschillen gaan we in paragraaf 7.2 nader in.

De onderzoeksresultaten van de kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksfase zijn gepresenteerd tijdens de expertmeeting met deskundigen op het gebied van beleid en praktijk van de indicatiestelling. De resultaten waren zeer herkenbaar volgens de deelnemers. Ook is tijdens de expertmeeting overeenstemming bereikt over knelpunten die prioriteit hebben en zijn mogelijke verbeterpunten en oplossingsrichtingen aangedragen (zie hoofdstuk 6).

Al met al kunnen we concluderen dat de resultaten van dit onderzoek een genuanceerd beeld geven van de aard en de omvang van de knelpunten die er leven bij alle partijen in

de zorgketen. De meerwaarde van dit onderzoek is dat de perspectieven van alle partijen naast elkaar zijn gezet. Het oordeel van cliënten blijft in het onderzoek wel wat onderbelicht, omdat we cliënten in dit onderzoek niet zelf hebben bevroegd. Wel is gebruik gemaakt van uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoek van het Julius Centrum en zijn vergelijkbare vragen gesteld aan vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties, om op die manier het perspectief van cliënten en mantelzorgers in beeld te brengen. Ook ontbreekt op één onderdeel in het rapport, namelijk de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en geleverde zorg, het perspectief van de zorgkantoren. Volgens de vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland is deze materie te complex om hier zicht op te krijgen door middel van een vragenlijstonderzoek. Om die reden zijn deze vragen dan ook niet gesteld aan managers van zorgkantoren, zodat relevante informatie en vergelijkingsmateriaal op dit onderdeel ontbreekt. De respons op de schriftelijke vragenlijst was hoog, wat de representativiteit heeft bevorderd. Toch maken we hier de kanttekening dat de onderzoeksresultaten niet zonder meer doorgetrokken mogen worden naar de hele, achterliggende populatie, omdat in het vragenlijstonderzoek per CIZ-regiobureau en per zorgkantoor slechts één vertegenwoordiger is benaderd op basis van inzicht en ervaringen met de indicatiestelling. Bij het CIZ waren dit vooral degenen die dagelijks in operationele zin betrokken zijn bij de indicatiestelling en als het ware hun eigen functioneren moeten beoordelen, en bij de zorgkantoren de managers die zich bezig houden met de zorginkoop. Bij zorgaanbieders hebben zowel deelnemers met bestuurs- en beleidsmatige taken de vragenlijst ingevuld als degenen die dagelijks in de praktijk met indicaties te maken hebben. Voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten is het belangrijk om te bedenken dat er sprake is van een homogene onderzoeksgroep bij de zorgkantoren en CIZ-regiobureaus en van een heterogene samenstelling bij de zorgaanbieders.

## **7.2 Belangrijke overeenkomsten en verschillen tussen partijen in de keten**

### *Overeenkomsten tussen partijen*

Op een belangrijk punt zijn de partijen in de zorgketen - vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders - het met elkaar eens: de kwaliteit van de indicatiestelling is verbeterd ten opzichte van de indicatiestelling in de tijd van de Regionale Indicatie Organen (RIO's).

Met de komst van het CIZ zijn goede stappen voorwaarts gezet. Er is een aantal verbeteringsslagen gemaakt en professionals erkennen dat. Ook klanten van het CIZ zijn over het algemeen tevreden, zo wijst het onderzoek van het Julius Centrum uit. De resultaten van dit onderzoek tonen tegelijkertijd aan dat de indicatiestelling nog verder verbeterd kan worden. Gemiddeld genomen ervaren ruim acht op de tien deelnemers van de schriftelijke vragenlijst knelpunten op het gebied van de indicatiestelling. Dat geldt zowel voor indicatiestellers als voor zorgkantoren en zorgaanbieders.

De indicatiestelling is echter op een aantal onderdelen niet klantvriendelijk genoeg, zo is de mening van de meerderheid van de respondenten van het vragenlijstonderzoek: de procedure van de indicatiestelling is volgens hen te bureaucratisch en niet efficiënt, en de toegang tot de AWBZ-zorg en de aanvraagprocedure is soms niet duidelijk voor cliënten. Ook zijn de meeste ondervraagde indicatiestellers zelf van mening dat de

aanvraagformulieren te omvangrijk zijn, dat de cliënt dezelfde informatie meerdere keren moet aanleveren en dat procedures verder vereenvoudigd kunnen worden.

In het schriftelijke vragenlijstonderzoek is ook gebleken dat de rol en de taken van de partijen in de zorgketen niet altijd duidelijk zijn. Zo worden er taken toebedeeld aan het CIZ die niet tot het CIZ behoren. Een illustratie is dat de informatievoorziening aan cliënten over het persoonsgebonden budget, bij een aanvraag voor AWBZ-zorg, te kort zou schieten, volgens sleutelfiguren van organisaties van cliënten en mantelzorgers. Dit is echter een taak van de zorgkantoren en niet van het CIZ, zoals vertegenwoordigers van cliënten- en mantelzorgorganisaties soms denken.

Verder zijn de partijen in de zorgketen het er over eens dat de uniformiteit van de indicatiestelling nog verder verbeterd kan worden. Zo worden er (nog steeds) verschillen waargenomen tussen indicatiestellers onderling, tussen teams en CIZ-regiobureaus bij de beoordeling van een zelfde soort aanvraag.

De onafhankelijkheid van de indicatiestelling wordt door alle partijen als een groot goed beschouwd. Het CIZ is volgens de meerderheid van alle ondervraagde partijen voldoende onafhankelijk. Een klein deel van de zorgaanbieders is minder positief over de onafhankelijkheid van het CIZ. Het indicatieorgaan laat zich, volgens deze zorgaanbieders, soms te veel leiden door de overheid (Ministerie van VWS) om binnen de financiële grenzen te indiceren. Dit wordt vooral genoemd bij de indicatiestelling van intramurale zorgzwaartepakketten. Het CIZ stelt bij de zorgzwaartepakketten niet alleen het individuele cliëntprofiel vast (de geobjectiverde zorgbehoefte), maar geeft op basis van 'externe algoritmen' vervolgens het indicatiebesluit af voor één van de tien voor de sector Verpleging & Verzorging beschikbare standaard (gemiddelde) zorgzwaartepakketten. Daaraan wordt, volgens planning in 2008, een zorgzwaartepakkettarief gekoppeld.

Indicatiestellers geven in dit onderzoek echter aan te indiceren waar de cliënt behoefte aan heeft, en dat voor indicatiestellers niet de wens van de cliënt leidend is, maar de zorg die indicatiestellers vanuit professioneel oogpunt nodig achten. De beleidsregels dienen hierbij als leidraad en vormen het kader waarbinnen de indicatiestelling gebeurt.

Tevens is het grootste deel van alle betrokken partijen het met elkaar eens dat de afstemming tussen de schakels in de keten niet goed functioneert, dat er geen eenheid van taal is in de zorgketen en dat de zorgvraag van de cliënt niet integraal in kaart wordt gebracht. De 'voorkant' van de zorgketen (de indicatiestelling) is gebaseerd op functies en functiebeschrijvingen die niet sporen met de definities die de zorgaanbieders aan de 'achterkant', mede in relatie tot de bekostiging, hanteren. Zo is de functie verpleging in de AWBZ-indicatiestelling nagenoeg versmald tot verpleegtechnisch handelen. Het indiceren in aparte AWBZ-functies 'versnipperd' de zorgvraag en belemmert een integrale zorgverlening (door een professional). De verschillende regelgeving op het terrein van wonen, zorg en welzijn bemoeilijken een integrale indicatiestelling daarboven ook nog eens in de breedte.

Een kwart van de indicatiestellers is van mening dat de indicatiestelling niet voldoende integraal plaats vindt, in de zin dat er te weinig afstemming is van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg met wonen, welzijn en arbeid. Eveneens een kwart van de

zorgaanbieders signaleert knelpunten op dit gebied, maar zorgaanbieders wijzen daarnaast ook op het probleem dat de indicatiestelling van AWBZ-zorg in aparte functies geen geïntegreerd maar een gefragmenteerd beeld van de zorgvraag oplevert. De komst van de Wmo komt de integraliteit van de indicatiestelling niet ten goede, zo verwachten de partijen.

#### *Verschillen tussen partijen*

De partijen in de keten zijn het er dus over eens dat er op alle gebieden van de indicatiestelling knelpunten worden ervaren, maar er zijn wel verschillen tussen de partijen op welk gebied ze de meeste knelpunten ervaren. Zo ervaren indicatiestellers onduidelijkheid over de rol, afspraken en verantwoordelijkheden van de partijen in de zorgketen als belangrijkste knelpunt; zorgkantoren en zorgaanbieders geven aan dat ze de meeste knelpunten ervaren op het gebied van de beoordeling van de zorgvraag. Er zijn ook verschillen tussen de partijen over de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. Zo zijn er verschillen tussen indicatiestellers en zorgaanbieders als het gaat om de afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg en of cliënten en mantelzorgers 'passende' zorg ontvangen. Een groot deel van de zorgaanbieders is van mening dat het vóórkomt dat cliënten onvoldoende uren zorg geïndiceerd krijgen, terwijl indicatiestellers van oordeel zijn dat cliënten de geïndiceerde zorg niet altijd geleverd krijgen. Dat er verschillen tussen partijen zijn, heeft waarschijnlijk te maken met de rol van de partijen in de zorgketen en met beeldvorming.

### **7.3 Spanningsvelden en dilemma's voor beleid en praktijk**

Tijdens de expertmeeting en de kwalitatieve interviews is gewezen op spanningsvelden en dilemma's op het gebied van de indicatiestelling. Het gaat dan om:

- de spanning tussen taakmandatering van de indicatiestelling aan zorgaanbieders door middel van Standaard Indicatie Protocolen en de integraliteit van de indicatiestelling;
- de spanning tussen de totale behoefte aan zorg en de (financiële) doelmatigheid;
- de spanning tussen flexibiliteit, rechtsgelijkheid en de toegankelijkheid voor iedereen;
- de spanning tussen het cliëntenperspectief en professionele verantwoordelijkheid (tussen datgene wat de cliënt wil en wat de professional, de indicatiesteller, noodzakelijk acht).

De integraliteit van de indicatiestelling hangt samen met de manier waarop de toegang wordt verleend tot diverse voorzieningen: voor de Zorgverzekeringswet fungeren de huisarts en de specialist als poortwachter, bij de AWBZ gebeurt de indicatiestelling juist apart van de zorgprofessional, centraal door het CIZ en bij de Wmo is de indicatiestelling gedecentraliseerd naar de gemeenten. Dat bemoeilijkt, volgens vertegenwoordigers van zorgaanbieders, een brede geïntegreerde indicatiestelling in de situaties waarbij dat juist nodig is.

Met de modernisering van de AWBZ is ook de druk op het CIZ opgevoerd om doelmatig en binnen de financiële grenzen te indiceren, zo bleek uit de kwalitatieve interviews. In de periode 1994-2004 namen de AWBZ-uitgaven jaarlijks gemiddeld met ongeveer bijna 8% toe. De groei is op basis van een convenant met de zorgaanbieders in 2005 bijna beperkt tot 3% (IBO-werkgroep, 2006). Van de andere kant heeft het CIZ, bij de start als landelijk indicatiestellingorgaan, van het Ministerie van VWS een taakstelling gekregen



(in 2004) voor de ontwikkeling van de indicatiestelling AWBZ met betrekking tot de jaren 2005, 2006 en 2007 (CIZ, 2007d). Het oorspronkelijke budget voor 2005 was €160 miljoen. De feitelijke ontwikkeling van het productievolume voor het CIZ is circa 11% uitgaande van de totale AWBZ-indicaties inclusief de naar de Wmo overgeheveldde huishoudelijke verzorging. Dat betekent dat er sprake is van een stijging van het aantal indicaties bij een niet evenredige toename van het budget voor de indicatiestelling. Dat levert spanning op en wordt duidelijk bij de ontwikkeling van verblijfszorg thuis. Hierbij speelt het financiële omslagpunt een rol en is het de vraag of het CIZ moet indiceren vanuit het oogpunt van financiële doelmatigheid of dat de hulpbehoefte van de cliënt en diens omgeving een zwaarwegende rol spelen bij de indicatiestelling. Overigens is het tot op heden zo dat er geen financieel omslagpunt is vastgesteld, maar er zijn wel 'bovengrenzen' gesteld aan wat geïndiceerd kan worden. Het is dus een spanningsveld wat nog niet bestaat binnen de indicatiestelling, maar wat door de roep om een financieel omslagpunt steeds meer in beeld komt. Momenteel gaat het zorgkantoor hierover en speelt het CIZ hier geen rol in.

Op dit moment functioneert het werken met Standaard Indicatie Protocolen voor de enkelvoudige, kortdurende zorg grotendeels naar tevredenheid van alle partijen in de zorgketen. Bij de vraag in de schriftelijke vragenlijsten naar de voorkeuren op het gebied van de verbetering van de indicatiestelling bleek hierover consensus te bestaan tussen indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Cliënten en mantelzorgorganisaties, indicatiestellers en zorgkantoren zijn bang dat de onafhankelijkheid van de indicatiestelling uit handen wordt gegeven, als er verdere uitbreiding van SIP's naar de langdurende zorg zou plaats vinden: de onafhankelijkheid is dan niet meer gewaarborgd. Zorgaanbieders geven er daarentegen veelal juist de voorkeur aan om, door middel van taakmandatering, hun expertise als professional van de beoordeling van de zorgvraag efficiënt en effectief in te kunnen zetten. Ook herindicaties voor AWBZ-zorg zouden door zorgaanbieders aan de hand van SIP's zelf gedaan kunnen worden, zo vinden zorgaanbieders in de schriftelijke vragenlijst, maar indicatiestellers zijn van mening dat dit ten koste gaat van de integraliteit van de indicatiestelling.

#### **7.4 Kansrijke verbeterpunten en oplossingsrichtingen**

Tijdens de expertmeeting is ook de vraag gesteld welke partij het beste de indicatiestelling kan uitvoeren. Er is overeenstemming over het feit dat alle partijen in de keten hun waarde hebben, maar dat het vooral gaat vooral om de toegevoegde waarde van de partijen.

Taakmandatering van enkelvoudige, kortdurende zorg aan zorgaanbieders wordt door alle partijen als oplossing gezien voor de bureaucratie van de indicatiestelling. Het CIZ blijft hierbij verantwoordelijk voor de indicatiestelling en toetst achteraf.

Bij cliënten die al langer in zorg zijn, is het voorstelbaar dat niet het CIZ maar de zorgaanbieder de expert is en de herindicatie verzorgt. Deze aanbeveling werd door de experts gedeeld en als haalbaar en uitvoerbaar geacht. Bij herindicaties zal de toegevoegde waarde van het CIZ namelijk zeer gering zijn, zo is tijdens de expertmeeting ingebracht. Een belangrijk aandachtspunt vanuit het CIZ is wel dat moet worden gekeken of de indicatie voldoende breed en integraal is. Het CIZ zou hierbij toetsend kunnen

optreden.

Het CIZ als onafhankelijk indicatieorgaan heeft, vanuit haar expertise, vooral in de complexe casuïstiek een toegevoegde waarde. Als de herindicaties door middel van een taakmandaat bij de zorgaanbieder komen te liggen, zou dit leiden tot een vermindering van de achterstanden. Het CIZ zou dan haar aandacht meer kunnen richten op de complexere casuïstiek.

Ook bij de indicatiestelling van de Wmo zou het CIZ zich op termijn moeten profileren als gezaghebbende instantie, en er is voor het CIZ een adviserende rol weggelegd voor gemeenten, als het gaat om de indicatiestelling, vanuit de opgebouwde expertise van het CIZ.

In de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren en ook tijdens de expertmeeting is tevens de wens uitgesproken voor (1) meer uniformering van de indicatiestelling, (2) meer transparantie op het gebied van de indicatiestelling en (3) een meer geprofessionaliseerde indicatiestelling. We lichten deze aanbevelingen hieronder toe.

### *1. Meer uniformering*

Het CIZ heeft, sinds de oprichting op 1 januari 2005, grote stappen gezet als het gaat om het verder verbeteren en uniformeren van de indicatiestelling AWBZ. Zo is er, zoals eerder genoemd, een traject in gang gezet om het indicatieproces te vereenvoudigen. Een deel van de indicaties wordt gemandateerd aan de zorgaanbieders (SIP's) en er wordt steeds meer gewerkt volgens standaardindicatieprotocollen via de aanmeldmodule van de AZR. Dit toezichtmodel werkt naar ieders tevredenheid. Immers door de strenge protocollering van de SIP's is uniformiteit en objectiviteit geborgd, en blijft de verantwoordelijkheid en de toetsende rol van het CIZ onverkort van toepassing. De cliënt profiteert hierbij van een snellere en waarschijnlijk minder belastende gang van zaken. Deze werkwijze ligt in lijn met afspraken die tussen VWS en de brancheorganisaties zijn gemaakt (AWBZ-convenant 2005-2007) waarbij de convenantpartners er vanuit gaan dat tenminste 30% tot 50% van alle indicaties, zowel nieuwe aanvragen als herindicaties, via een mandaat aan de zorgaanbieders tot stand zullen komen.

Ook is er een 'referentiewerkproces' (RWP) ontwikkeld en ingevoerd door het CIZ dat zorgt voor eenzelfde procesgang binnen de organisatie bij het afhandelen van een indicatie-aanvraag. Het referentiewerkproces zorgt, volgens het CIZ, voor eenduidigheid bij het in behandeling nemen van een aanvraag, bij het vaststellen welke van de verschillende afhandelingroutes gevolgd dient te worden (direct, verkort, standaard, uitgebreid) en de wijze waarop elk van die routes uitgevoerd moet worden. Daarbij is ook vastgelegd wanneer de inzet van een regionaal of landelijk multidisciplinair team aan de orde is. Uit de evaluatie van het referentiewerkproces (CIZ, 2007a) blijkt dat er al heel veel werk is verzet, maar dat er nog sprake is van grote diversiteit en verscheidenheid. Verder loopt er bij het CIZ een traject om bij een voorspelbaar verloop van de zorgzwaarte te komen tot een vereenvoudiging van de nieuwe indicaties. Deze ontwikkelingen binnen het CIZ hebben er toe bijgedragen dat de uniformiteit en de objectiviteit van de indicatiestelling de laatste jaren zijn verbeterd.

Toch zou, volgens de geïnterviewde sleutelpersonen, het CIZ zich nog sterker moeten maken voor de uniformering van de indicatiestelling: er is nog steeds sprake van diversiteit in de toepassing en uitleg van werkinstructies en er is nog geen echte uniformiteit.

Ook is in dit (vragenlijst)onderzoek geconstateerd dat er géén eenheid van taal is in de zorgketen: de AWBZ-functies en de definities van de zorgprestaties/producten (die ook een centrale rol spelen bij de bekostiging van de zorg) zijn niet dezelfde en dit leidt onder andere tot lastige conversieproblemen. Sleutelpersonen van zorgaanbieders pleiten voor grote prioriteit aan een traject waarbij één begrippenkader vertrekpunt wordt voor zowel de indicatiestelling als voor de uitvoering en de bekostiging van de zorg.

### *2. Meer transparantie*

Ook voor het CIZ is de bureaucratie een groot punt van aandacht en is op dit gebied ook al het een en ander verbeterd, zoals het verduidelijken en motiveren van de indicatiebesluiten, zodat deze begrijpelijk zijn voor cliënten. Er moet nu worden gezocht naar meer mogelijkheden om de indicatiestelling nog klantgerichter, beter toegankelijk en begrijpelijker te maken voor de cliënt. Tijdens de expertmeeting is uitdrukkelijk de behoefte uitgesproken om meer openbaarheid van de werkinstructies voor alle betrokkenen. Voor cliënten en mantelzorgers is het uitermate belangrijk zicht te kunnen krijgen op de indicatiecriteria waarop het besluit is gebaseerd, anders wordt het recht op bezwaar en beroep uitgehouden. Ook zorgaanbieders willen nadrukkelijker hierbij betrokken zijn. Immers de indicatiestelling dient ruimte te bieden voor het leveren van verantwoorde zorg die aansluit op professionele maatstaven van de professionals in het veld en algemeen aanvaarde standaarden over passende zorg. Er wordt dan ook, door de deelnemers van de expertmeeting, sterk gepleit voor het inzichtelijk maken van deze indicatiecriteria en de mogelijkheid van een dialoog hierover, zoals dat tot voor kort tussen de ketenpartijen ook feitelijk plaatsvond.

### *3. Meer professionalisering*

Tijdens de expertmeeting is geopperd dat het CIZ zich verder zou moeten ontwikkelen richting kenniscentrum en zich meer moeten profileren als deskundige, ook richting gemeenten, en zich moet opstellen als interessante gesprekspartner. Het CIZ staat voor de opdracht om een eenduidige, kwalitatief hoogwaardige en zorgvuldige uitvoeringspraktijk te realiseren, die tegelijkertijd een minimale administratieve belasting van klanten en zorgaanbieders met zich meebrengt via verdergaande afspraken over mandatering van de indicatiestelling. Cliënten die zorg nodig hebben zien het CIZ als objectief en onafhankelijk orgaan dat hun recht op zorg vaststelt. Deze opdracht kan voor het CIZ als een uitdaging worden opgevat, waar het CIZ op creatieve wijze vorm probeert aan te geven en aan te voldoen.

Het CIZ heeft haar doelen en ambities recent tegen het licht gehouden en is onlangs het debat aangegaan met cliënten, zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en met enkele onafhankelijke deskundigen. Deze debatten zijn verwoord in een position paper (CIZ, 2007a).

Het CIZ ziet voor zichzelf een rol weggelegd als expertisecentrum en als toezichthouder, zo komt uit het kwalitatieve verslag met de vertegenwoordiger van het CIZ naar voren. Ook meer dan de helft van de ondervraagde indicatiestellers in dit onderzoek spreekt hier de voorkeur voor uit. Het CIZ wil zich meer gaan richten op de langdurende zorg en maatwerk leveren bij complexe situaties met de inzet van hoogwaardige expertise. Het CIZ als kennis- en expertisecentrum, met een visie op integraliteit van de zorg, vanuit de deskundigheid van indicatiestellers, biedt mogelijk een waarborg tegen versnippering van indicatiestelling en zorg, en kan worden opgevat als ‘kansrijke’ ontwikkeling voor

een kwalitatief goede indicatiestelling vanuit het oogpunt van cliënten en mantelzorgers. Tijdens de debatten die onlangs door het CIZ zijn georganiseerd met cliënten, zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en met enkele onafhankelijke deskundigen en tijdens de expertmeeting van dit onderzoek werd gewezen op het belang van een integrale indicatiestelling, die behalve de AWBZ ook de Wmo en aanpalende terreinen omvat.

## 7.5 Discussie

In dit rapport over de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, zijn door alle partijen die bij de indicatiestelling betrokken zijn, knelpunten gesignaleerd die voor verbetering vatbaar zijn. Deels gaat het om knelpunten die praktisch van aard zijn en die *op de korte termijn* opgelost zouden kunnen worden, zoals de informatiestroom aan alle betrokken partijen via de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR). Vooral zorgaanbieders geven aan dat essentiële informatie over de beperkingen van cliënten niet beschikbaar is voor zorgaanbieders. Voor cliënten is het belangrijk dat de informatievoorziening goed werkt om te voorkómen dat cliënten meerdere keren hetzelfde verhaal moeten vertellen. Bovendien, zo komt uit dit onderzoek ook naar voren, is het voor cliënten niet altijd duidelijk wie ze voor zich hebben: een medewerker van het indicatiebureau of een thuiszorgmedewerker. Ook op het gebied van de aanvraag voor AWBZ-zorg (minder formulieren, meer transparantie voor de cliënt, betere uitleg van het indicatiebesluit) en de afhandeling van de aanvragen (snellere afhandeling) zou verbetering op korte termijn mogelijk moeten zijn en onderdeel moeten uitmaken van het kwaliteitstraject van het CIZ.

Op het gebied van eenheid van taal en terminologie in de zorgketen (functies versus prestaties) is er nog winst te behalen. Door het gebruik van de ICF (International Classification of Functions) bij de indicatiestelling is een begin gemaakt als het gaat om het objectief vaststellen van de beperkingen en de daarop gebaseerde zorgbehoefte van cliënten. De introductie van de zorgzwaartepakketten zal, zo luidt de verwachting, bijdragen tot het spreken van één taal. Van de andere kant zijn vooral zorgkantoren van mening dat de zorgzwaartepakketten onvoldoende zullen differentiëren tussen cliënten en dat de individuele aanspraak van cliënten op zorg niet duidelijk zijn.

Andere knelpunten, die zijn genoemd in dit rapport, hebben betrekking op de *lange termijn* en vergen de nodige inspanning om tot verbetering te komen. Een voorbeeld hiervan is de relatie tussen partijen in de zorgketen (indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders): vooral de relatie tussen de indicatiestellers en de zorgaanbieders laat te wensen over. Zorgaanbieders benadrukken dat andere partijen in de zorgketen uit moeten gaan van de integriteit van de zorgaanbieder bij de (gemandateerde) indicatiestelling en zij ervaren soms wantrouwen ten opzichte van zorgaanbieders. Ook de communicatie tussen indicatiestellers en zorgaanbieders is voor verbetering vatbaar. Tot slot is er sprake van een spanningsveld tussen de professionaliteit van de indicatiesteller als het gaat om het vaststellen van de zorgbehoefte en de beperkingen van de cliënt enerzijds, en anderzijds de professionaliteit van de zorgaanbieder als het gaat om de diagnosestelling en de vaststelling welke aandoening mensen hebben en welke zorg zij nodig hebben. In de huidige zorgverzekeringswet is er geen onafhankelijke indicatiestelling, maar vindt de

indicatie door zorgaanbieders plaats en voeren verzekeraars de claimbeoordeling uit. Met het oog op het uitgangspunt van de AWBZ van onafhankelijkheid van de indicatiestelling lijkt een zelfstandige indicatiestelling door een zorgaanbieder als belanghebbende partij geen haalbare optie. Er wordt momenteel al gewerkt met standaardindicatieprotocollen van relatief eenvoudige aanvragen, met pre-adviezen van zorgaanbieders voor de benodigde zorg en de ervaringen hiermee zijn zeer positief, zo blijkt uit dit onderzoek. Voor een uitbreiding van taakmandatering aan zorgaanbieders als het gaat om herindicaties en aanvragen voor enkelvoudige kortdurende zorg onder toezicht van het CIZ bij zorgaanbieders is een breed draagvlak. Steekproefsgewijze controle achteraf door het CIZ is dan voldoende. Op die manier wordt gebruik gemaakt van het deskundige oordeel van de zorgaanbieder en kan het CIZ zich toeleggen op de complexere aanvragen.

Naast de genoemde korte en lange termijn oplossingen, is een *verdere bezinning* op de indicatiestelling, gelet op de toekomstige ontwikkelingen, hier op zijn plaats: welke kant moet het nu op met de indicatiestelling voor AWBZ-zorg?

Waar alle ondervraagde partijen in dit onderzoek (vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders) het fundamenteel over eens zijn is dat een *onafhankelijke indicatiestelling* overeind gehouden moet worden én dat een goed functionerende indicatiestelling van cruciaal belang is. De indicatiestelling is een onderwerp wat enorm leeft onder de partijen, waar veel energie in wordt gestoken en als een krachtenveld wordt ervaren dat spanning oplevert. Dat maakt dat de motivatie om te komen tot een ideale indicatiestelling erg groot is, zo blijkt uit dit onderzoek.

Op dit moment functioneert de indicatiestelling voor AWBZ-zorg echter (nog) niet in alle opzichten naar behoren, wat tot uitdrukking komt in de knelpunten die door alle en/of door enkele partijen worden gesignaleerd. Eén manier om er voor te zorgen dat de indicatiestelling optimaal functioneert is een verandering van de rollen van de partijen in de zorgketen. Uitgangspunt hierbij is dat een goede indicatiestelling niet alleen de verantwoordelijkheid wordt van het CIZ, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De relatie tussen de partijen zou zich moeten ontwikkelen van ‘gestold wantrouwen’ naar ‘geborgd vertrouwen’ waarbij ieders vakkundigheid wordt erkend en er sprake is van sturingskracht en keuzevrijheid van de cliënt. De borging via steekproefsgewijze toetsing door het CIZ is belangrijk. Het kritisch beoordelen van de ‘toegevoegde waarde’ van het CIZ bij de indicatiestelling lijkt hierbij een sleutelbegrip.

Verder is het voor het bepalen van de richting van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg van belang om tot een betere afbakening te komen tussen de aanspraken op grond van de zorgverzekeringswet, de Wmo en de AWBZ. De door ieder gewenste ketenzorg vraagt immers wel de mogelijkheid om de zorg voor de diverse schakels in de keten heel eenvoudig en flexibel te kunnen arrangeren. Een voorbeeld is de huidige discussie over waar de functies ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding ondergebracht dienen te worden: onder de AWBZ of in de Wmo of onder behandelen binnen de Zvw (Zorgverzekeringswet). In die zin is de problematiek van de indicatiestelling breder dan alleen de AWBZ en is het belangrijk dat er goede oplossingen worden gezocht. De verantwoordelijkheid voor het systeem van de indicatiestelling ligt bij de overheid als het gaat om het vaststellen van beleidsregels en indicatieprotocollen. Ook het CIZ heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de opdracht gekregen om de

kwaliteit hoog te houden en tegelijkertijd de uitvoeringskosten omlaag te brengen.

In de indicatiestelling voor AWBZ-zorg zijn stappen in de goede richting gezet, zoals centralisering en protocollering. Het is ons inziens essentieel dat de ervaringen met de indicatiestelling i.c. de invoering van de zorgzwaartepakketen, de ontwikkeling van verblijfszorg thuis en de afstemming met de Wmo, worden gemonitord en dat in een follow-up bekeken wordt of verdere maatregelen noodzakelijk zijn. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de rechtszekerheid voor cliënten enerzijds en anderzijds dat nieuwe ontwikkelingen zorgaanbieders voldoende ruimte moet bieden om de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen garanderen.

Een andere discussie betreft de vraag wat er in de AWBZ thuis hoort. De kosten van de AWBZ stijgen nog steeds en de verwachting is, in elk geval voor de ouderenzorg, dat deze mede door de vergrijzing nog verder zullen toenemen.

Er zou een fundamentele discussie gevoerd moeten worden over de inhoud van de AWBZ-zorg en welke waarden op dit gebied worden gedeeld. De onderliggende waarden en uitgangspunten bij de indicatiestelling in de Wmo, de AWBZ en de Zvw dienen verhelderd en afgewogen te worden om tot een meer evenwichtige en integrale indicatiestelling te kunnen komen.

Tegen deze achtergrond bevelen wij aan om de komende jaren de volgende samenhangende ontwikkelingstrajecten te bevorderen:

- Maak (meer) gebruik van de professionaliteit en deskundigheid van zorgaanbieders bij de indicatiestelling en zorg voor een gestroomlijnde informatievoorziening tussen de partijen, waarbij het principe van een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling overeind blijft.
- Zorg voor een gestroomlijnde informatievoorziening tussen de partijen, die de cliënt zo min mogelijk belast, die de 'administratieve lasten' binnen de perken houdt, en die een snelle effectieve en efficiënte voortgang mogelijk maakt.
- Schep voorwaarden om te komen tot één taal en zorg voor dezelfde invulling van gebruikte terminologie voor alle ketenpartners en financiers.
- Initieer een fundamentele, politieke/maatschappelijke discussie over wat er in de AWBZ thuis hoort, over de onderliggende 'zorgwaarden' en uitgangspunten daarbij, en over de inrichting van de indicatiestelling voor AWBZ- en andere zorg.
- Monitor de gevolgen van de ontwikkelingen binnen de AWBZ voor de indicatiestelling voor AWBZ- en andere zorg.

# Literatuur

- Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-Org, *Toetsingskader voor verantwoorde zorg*, Een operationalisatie van het Visiedocument Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, Utrecht: 2005.
- Algera M. *All you need is home care*. Matches in home care needed, care indicated and care delivered". Proefschrift Universiteit Maastricht, april 2005.
- Algera, M, Francke AL, van der Zee, J. Zorgindicatiestelling 'nieuwe stijl' binnen de zorgketen, een literatuurstudie naar de haalbaarheid van doelstellingen van de indicatiestelling 'nieuwe stijl' en de realisering van de zorgketen, *Verpleegkunde*, 2002-17, nr. 3. 140-151.
- Beek APA van, de Boer ME, van Nispen R, Wagner C. *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een meetinstrument*. Deelrapport 2, NIVEL 2005.
- Bellemakers, C, Schrijvers AJP, Visser O, Morskieft, M. *Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ: verslag van een kwalitatief onderzoek onder vertegenwoordigers van landelijke en decentrale cliëntenorganisaties uitgevoerd in het najaar van 2006*, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, Utrecht: 2007
- BIO (Breed Indicatie Overleg), *Modelprotocol geïntegreerde indicatiestelling voor het terrein van wonen, welzijn en zorg*, Gouda, BIO, 1997.
- Boer en Croon, *Onderzoek naar gebruik van AWBZ-middelen*: Den Haag: Centraal Plan Bureau (CPB), 2004.
- Buurmeijer, F. De indicatiesteller als poortwachter: streng maar rechtvaardig. in: Schrijvers, AJP (red.), *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling van de AWBZ*, Igitur, Utrecht Publishing & Archiving Services, <http://www.igitur.nl>: 2005.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *Handboek Implementatie en uitbesteding Standaard Indicatieprotocollen (SIP's)*; ten behoeve van zorgaanbieders/zorgaanmelders. Driebergen: CIZ, 2005a.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *Protocol Gebruikelijk zorg*, Driebergen: CIZ, april 2005b.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *Trendrapportage. Landelijke indicatiestelling AWBZ*. Driebergen: CIZ, Januari- september 2005c.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), *Uitvoering Indicatiestelling AWBZ krijgt centrale aansturing*, Persbericht, Driebergen: CIZ, 2005.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *CIZ-nieuws*, Driebergen: CIZ, december 2006.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *Indiceren, eenvoudig beter. Twee jaar CIZ: de koers verder uitgezet*, Driebergen: CIZ, februari 2007a.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *CIZ-nieuws*, Driebergen: CIZ, maart 2007b.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). *Recente ontwikkelingen in de indicatiestelling*, presentatie van H. Janssen, Raad van Bestuur CIZ op het UMC-congres 9 maart 2007, CIZ, maart 2007c.
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Gids voor uitleg in de praktijk*, Diemen: 2004.
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Wachlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden*, op 8 juni 2006 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS, Diemen: 2006.
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Beleidsregels indicatiestelling*, brief aan de staatssecretaris van VWS, 13 juli 2006, Diemen: 2006.
- Dam, NJ en WA van Velzel, *Evaluatie 'Richtlijn met spoed indiceren'*. Bureau HHM, Enschede, januari 2003.
- Dam, NJ en C IJland. Vereenvoudiging van de indicatiestelling op de agenda, in: Schrijvers, AJP (red.), *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling van de AWBZ*, Igitur, Utrecht Publishing & Archiving Services, <http://www.igitur.nl>: 2005.
- Dijkstra, GJ, *De indicatiestelling voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen*, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen: 2001.

- Ee, van T. De zorgvrager en nieuwe ontwikkelingen van de AWBZ, in: Schrijvers, AJP (red.), *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling van de AWBZ*, Igitur, Utrecht Publishing & Archiving Services, <http://www.igitur.nl>: 2005.
- Hoogerduijn, J en AJP Schrijvers, Regionale indicatiestelling en vernieuwing AWBZ, RIO, toegangspoor tot de zorg, *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2003, nr. 3, 20-23.
- Huijben CMS, MEG van den Hurk, Peeters JM e.a *Functiegerichte indicatiestelling, ZOZ en ZBR: verkennend onderzoek naar de relatie tussen geïndiceerde zorg, Zorgbehoefte en geleverde zorg*, Van Loveren & Partners, Beuningen: 2004.
- International Classification of Functioning, Disability and Health*, Nederlandse vertaling, WHO-FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, Bilthoven: 2002.
- Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO-werkgroep), *Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ*, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-1005, nr. 4. Den Haag: 2006.
- Jedelloo, S en Schrijvers, AJP. *Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-aanvragers*, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Utrecht: 2007.
- Jörg F. *Objectivity in individual needs assessment for access to long-term care*: Proefschrift, Universiteit Utrecht, februari 2003.
- Kunnevan, H en M Slob. *Thuiszorg in transitie, een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*. Universiteit voor Humanistiek, Bunnik: 2007.
- Linschoten, van CP en P Moorer. *Toegang tot thuiszorg: onderzoek naar de ervaringen van zorgvragers en de rol van het zorgkantoor*, ARGO, Rijksuniversiteit Groningen BV, Groningen: december 2006.
- Lucas, WDJ. *Rechtsgelijkheid organisaties en cliënten in het geding*. Zorg Consult, Bilthoven: 2007.
- LVIO (Landelijke Vereniging van Indicatie Organen). *Werkdocument Gebruikelijke Zorg*, oktober 2003.
- LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg), *Knelpunten (functiegerichte) indicatiestelling*, Bunnik: LVT, maart 2005.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), *Modernisering AWBZ: Klanten kiezen*, Den Haag: 2003.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), *Plan van aanpak centraliseren indicatiestelling AWBZ*, Den Haag: 2004a.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), *Convenant AWBZ 2005-2007*, Den Haag: 2004b.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), *Factsheet Ontwikkelingen in de AWBZ 2007*, Den Haag: 2006.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Nota Indicatiestelling en Zorg op maat*, Zoetermeer: NRV en CVZ, oktober 1994.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), *Uitvoeringstoets Care voor de toekomst*, Voorstellen voor de korte en lange termijn, Utrecht: 2007.
- Nispen, RMA van, HJ Sixma, Kerkstra A. *Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief. Ontwikkeling van een meetinstrument*. NIVEL, Utrecht: 2002.
- Nispen R van, Van Beek APA, Wagner C. *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek. Deelrapport I*. NIVEL 2005.
- Poel van de, P. *Indicatiestelling veroorzaakt ontslaggolf*, *Zorgvisie*, Elsevier, Maarssen: 2007.
- PriceWaterhouseCoopers, *Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving*, PWC: Utrecht: 2006.
- Ross-van Dorp C. *Besluit Zorgaanspraken*, Kamerstuk Den Haag: Ministerie van VWS, 28 oktober 2002.
- Ross-van Dorp C. Brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 26631, nr. 127.
- Ross-van Dorp C. Brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Zorgzwaartebekostiging en convenant AWBZ 2005-2007*. Kamerstuk. Den Haag: Ministerie van VWS, 29 september 2005.
- Schrijvers, AJP, Heinsbroek NQM, *Veel op het spel, over het hoe en waarom van verbreding van geïntegreerde indicatiestelling voor mensen met een functiebeperking*. Utrecht: Stichting Dienstverleners Gehandicapten, 1998.
- Schrijvers, AJP, RIO, *het jongste kind groeit op*, Eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998, Universitair Medisch Centrum, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnszorg, Utrecht: 2001.



- Schrijvers, AJP (red.), *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling van de AWBZ*, Igitur, Utrecht Publishing & Archiving Services, <http://www.igitur.nl>: 2005.
- SGBO, *Werkwijze van Regionale Indicatie Organen (RIO's), Onderzoek onder 7 RIO's*. Den Haag: SGBO; 2000.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. *Nota Zicht op Zorg*; Plan van aanpak modernisering AWBZ. Kamerstukken 26.631. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1998-1999.
- Vernhout G, Bakker PF en W Dragt, *Rapportage verkennend onderzoek naar opzeggers thuiszorg in verband met de verhoging van de eigen bijdrage in 2004*, Hoeksma, Homans en Menting (HHM), Enschede: 2004.
- Welschen, RW. *Ouderenzorg met toekomst*. Commissie Modernisering Ouderenzorg, Rijswijk:1994.
- Wolffensperger E, Van Huis A, Henselmans I, Smith R. *Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de praktijk*. Onderzoek naar de effecten van de invoering van het Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling AWBZ. Groningen: GINO, december 2004.
- Zorgindicatiebesluit* (Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkerrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 447; 1997.



## **Bijlage 1: Geïnterviewde sleutelfiguren**

*ActiZ*

Dhr. drs. G.A.P. Rutten, senior beleidsmedewerker

*ActiZ*

Dhr. drs. W.J.C. Vink, beleidsmedewerker

*Carint*

Mw. drs. I. Sales, lid Raad van Bestuur

*Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*

Dhr. dr. M. de Krosse, manager expertisecentrum

*College voor Zorgverzekeringen (CVZ)*

Dhr. drs. F. Hopman, beleidsmedewerker

*Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)*

Mw. dr. J.M.B. Berkhout, beleidsmedewerker

*Hoeksma, Homans en Menting (HHM)*

Dhr. dr. P. Jansen, projectleider

*Hoeksma, Homans en Menting (HHM)*

Mw. drs. Ch. IJland, projectmedewerker

*Mezzo, landelijke vereniging voor Mantelzorgers en vrijwilligerszorg*

Mw. drs. A. M.W. van der Vlist, beleidsmedewerker

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur (VWS)*

Mw. drs. A. Hartholt-Hofstee, senior beleidsmedewerker Directie Langdurige Zorg

*Nederlandse beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA)*

Dhr. drs. R. Wiewel, beleidsmedewerker

*Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)*

Mw. drs. D. Tjalsma, beleidsmedewerker

*Per Saldo, de vereniging van mensen met een persoonsgebonden budget*

Mw. drs. A. Saers, directeur

*PuurZuid*

Dhr. drs. W. Bakker MSM, voorzitter Raad van Bestuur

Dhr. G.F. van Pijkeren, adviseur

*RIVAS-zorggroep*

Dhr. J. P. Koch, regiomanager

*Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)*

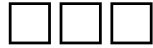
Mw. drs. F. Bolle, beleidsmedewerker

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

Dhr. dr. J.A.I. Coolen, coördinator AWBZ



## Bijlage 2: Schriftelijke vragenlijst



NIVEL  
Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Telefoon 030 2 729 700

---

### Ontwikkelingen indicatiestelling AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

#### Vragenlijst voor contactpersoon CIZ-regiobureau

---

Vragenlijst ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de  
gezondheidszorg (NIVEL) op initiatief van ActiZ en Centrum Indicatiestelling Zorg  
(CIZ)

*Kruis het CIZ-regiobureau aan waar u werkzaam bent:*

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leek                   | <input type="checkbox"/> Haarlem   |
| <input type="checkbox"/> Heerenveen             | <input type="checkbox"/> Den Haag  |
| <input type="checkbox"/> Zwolle                 | <input type="checkbox"/> Rotterdam |
| <input type="checkbox"/> Enschede               | <input type="checkbox"/> Gouda     |
| <input type="checkbox"/> Arnhem                 | <input type="checkbox"/> Wouw      |
| <input type="checkbox"/> Utrecht                | <input type="checkbox"/> Oss       |
| <input type="checkbox"/> Amsterdam              | <input type="checkbox"/> Veldhoven |
| <input type="checkbox"/> Alkmaar                | <input type="checkbox"/> Roermond  |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ..... |                                    |

## Bij géén deelname aan het onderzoek

Als u de vragenlijst niet kunt of wilt invullen, zou u dan een inhoudelijk deskundige collega willen vragen om deze in te vullen? Als er écht niemand binnen de organisatie is die de lijst kan invullen, zou u dan de reden daarvan willen aangeven? Dan krijgen we een beeld waarom sommige contactpersonen van CIZ-regiobureaus de vragenlijst niet invullen.

Reden(en) voor niet deelnemen aan het onderzoek:

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Ik heb geen interesse
- Ik heb geen tijd
- Ik vind de vragenlijst te lang
- Ik heb onvoldoende zicht op de onderwerpen van de vragenlijst
- Anders, namelijk

Bij géén deelname, graag ook nog de vragen op het voorblad en **deel A. Algemene vragen** in de lijst invullen en terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolop.

## Achtergrond en doel van het onderzoek

Het is alweer enige tijd geleden dat de functiegerichte indicatiestelling is ingevoerd en de ontwikkelingen op het gebied van de AWBZ staan niet stil. Zo maken veel zorgaanbieders gebruik van de Standaard Indicaties Protocolen (SIP's), in 2007 zullen intramurale cliënten worden geïndiceerd naar een zorgzwaartepakket (zzp's) en de verdere ontwikkeling van de Verblijfszorg thuis (in de praktijk 'full package' genoemd) vindt plaats.

Met deze vragenlijst willen we nagaan wat er volgens uw optiek, als vertegenwoordiger van een CIZ-regiobureau, *niet en wel* goed gaat op het gebied van de indicatiestelling van de AWBZ-zorg. Het doel van dit onderzoek is uw mening over knelpunten, en te verwachten en gewenste ontwikkelingen in de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. Dit is belangrijke informatie voor onze opdrachtgevers CIZ en ActiZ bij het verder vorm geven van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg.

Andere deelnemers aan het onderzoek

In dit onderzoek worden *alle* betrokkenen en partijen in de zorgketen bevraagd: vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers, indicatiestellers, zorgaanbieders en zorgkantoren.

## Wie vult de vragenlijst in?

Degene aan wie de vragenlijst is geadresseerd, namelijk een inhoudelijk deskundig functionaris op het gebied van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. De gegevens van de vragenlijst worden geanonimiseerd, dat wil zeggen de gegevens zijn niet herleidbaar tot individuele CIZ-regiobureaus.

Instructie bij het invullen

Het gaat in deze vragenlijst om de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, binnen de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, en betreft zowel intramurale als extramurale cliënten met de (hoofd)grondslagen 'somatiek' of 'psychogeriatric'. Kortom, het gaat om de indicatie voor AWBZ-zorg: **verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)**.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten. Zet een kruisje bij het hokje dat het beste bij u past. Bij de open vragen kunt u uw antwoord binnen het daarvoor bestemde kader schrijven.

Voor nadere informatie over dit onderzoek kunt u terecht bij de onderzoeker: mw. dr. J. Peeters tel. 030- 27 29 628 of via [j.peeters@nivel.nl](mailto:j.peeters@nivel.nl).

Terugsturen van de vragenlijst

Graag zien wij de ingevulde vragenlijst *binnen 14 dagen* tegemoet. U kunt de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolpette sturen naar het NIVEL. Een postzegel is niet nodig!

---

## A. Algemene vragen

---

We beginnen met een aantal algemene vragen over de aanvraag voor AWBZ-zorg, de gevolgde routes bij de indicatiestelling en relatie met andere partijen in de keten.

A1. Op welke wijze vindt doorgaans de *aanmelding* van zorgvragen (=aanvraag voor indicatiestelling) plaats? Kruis de twee belangrijkste mogelijkheden aan.

- Telefonisch door de cliënt of mantelzorger
- Schriftelijk of via de e-mail door de cliënt of mantelzorger
- Persoonlijk (face-to-face) door de cliënt of mantelzorger
- Door huisarts, thuiszorgorganisatie, ziekenhuis of andere zorgaanbieder
- Anders, namelijk .....

A2. Bieden de *beleidsregels, protocollen en werkinstructies* voldoende houvast om uw werk als indicatiesteller naar behoren uit te voeren?

- Ruim voldoende
  - Voldoende
  - Onvoldoende
  - Ruim onvoldoende
- Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

A3. Wat is uw oordeel over de *objectiviteit* van het CIZ als indicatieorgaan?

*Objectiviteit:* het indicatieproces heeft een transparante opzet, zodat vergelijkbare zorgvragen tot vergelijkbare oordelen over de benodigde zorg leiden.

- Ruim voldoende
  - Voldoende
  - Onvoldoende
  - Ruim onvoldoende
- Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

A4. Wat is uw oordeel over de *onafhankelijkheid* van het CIZ als indicatieorgaan?

*Onafhankelijkheid:* het indicatieproces wordt uitgevoerd zonder binding aan de belangen van zorgaanbieders of financiers.

- Ruim voldoende
  - Voldoende
  - Onvoldoende
  - Ruim onvoldoende
- Eventueel uw antwoord toelichten:

.....



Wat is uw oordeel over de *integrale* indicatiestelling van het CIZ? *Integraal*: bij het in kaart brengen van de zorgbehoefte kijken naar de samenhang tussen arbeid, zorg, wonen en welzijn.

- Ruim voldoende
- Voldoende
- Onvoldoende
- Ruim onvoldoende

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

A6. Wat is uw oordeel over de *uniformiteit* van de indicatiestelling door het CIZ?

*Uniformiteit*: het in kaart brengen van de zorgvraag verloopt volgens een algemeen geldend stramien, zodat vergelijkbare zorgvragen tot vergelijkbare oordelen over de benodigde zorg leiden.

- Ruim voldoende
- Voldoende
- Onvoldoende
- Ruim onvoldoende

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

A7. Waar heeft u in uw werk als indicatiesteller het *meest moeite* mee? Kruis één antwoord aan.

- Objectief indiceren
- Onafhankelijk indiceren
- Integraal indiceren
- Uniform indiceren
- Rapportage onderbouwen/motiveren
- Anders, namelijk .....

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

---

## **B. Ervaringen met de indicatiestelling**

---

In het volgende vragen wij u globaal aan te geven wat er goed gaat én wat er niet goed gaat op het gebied van de indicatiestelling.

B1. Signaleert of ervaart u momenteel *knelpunten* als het gaat om de uitvoering van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg, mede gelet op de eerder genoemde punten?

- Ja
- Nee, *ga door met deel C*

B2. Indien u knelpunten ervaart of signaleert, op welke *gebieden* ervaart u dan knelpunten? U kunt meerdere antwoorden geven.

- Aanvraag van AWBZ-zorg
- Beoordeling van de zorgvraag door indicatiestellers
- Indicatiebesluit
- Afstemming tussen de zorgvraag en de geïndiceerde zorg
- Afstemming tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg
- Rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen
- Anders, namelijk .....
- Anders, namelijk .....

B3. Wat zijn volgens u de *mogelijke oorzaken* van de knelpunten rondom de indicatiestelling? U kunt meerdere antwoorden geven.

- De indeling in AWBZ-functies is te theoretisch
  
- De AWBZ-functies zijn te abstract
- De functiegerichte indicatiestelling brengt niet integraal de zorgbehoefte in kaart
- Zorgverleners hanteren andere definities dan in de functiegerichte indicatiestelling
- De indicatiestelling is strenger geworden
- De indicatiestelling is niet efficiënt, dat wil zeggen wordt niet snel, klantgericht en zorgvuldig uitgevoerd
- De indicatiestelling is te weinig objectief, dat wil zeggen vergelijkbare vragen leiden niet altijd tot vergelijkbare oordelen over de benodigde zorg
- De indicatiestelling is niet onafhankelijk, dat wil zeggen het indicatieproces wordt niet onafhankelijk van zorgaanbieders of van financiers genomen
- De indicatiestelling is te weinig transparant (doorzichtig, uit te leggen aan cliënten)
- De indicatiestelling is te weinig zakelijk
- De indicatiestelling is niet laagdrempelig toegankelijk
- De indicatiestelling houdt zich niet bezig met de financiële doelmatigheid van de zorg
- De indicatiestelling kent te veel financiële prikkels
- De indicatiestelling wordt niet snel genoeg afgehandeld
- De indicatiestelling sluit niet aan bij de productgerichte bekostiging
- Het indicatieproces is niet overzichtelijk wat betreft regelgeving en uitvoering
- De indicatiestelling is te weinig gesteld vanuit het perspectief van de klant
- De indicatiestelling is een momentopname
- De indicatiestelling sluit niet aan bij de zorgbehoefte van de cliënt
- De indicatie voor AWBZ-zorg moet breder worden gesteld (integratie van arbeid, zorg, wonen en welzijn)
- Indicatiestellers hebben te weinig zicht op de intramurale zorg
- Andere oorzaak, namelijk .....
- Andere oorzaak, namelijk .....

---

## C. Aanvraag voor AWBZ-zorg: ontwikkelingen en knelpunten

---

### SIP's

Vanaf 1 mei 2005 kunnen zorgorganisaties met indicatieorganen een overeenkomst sluiten om gebruik te maken van *Standaard Indicatie Protocolen* (SIP's). De inhoud van een indicatiebesluit wordt door de protocollen bepaald. Zorgaanbieders kunnen dan direct de noodzakelijke zorg inzetten en het CIZ toetst achteraf. Het gaat om de sector V&V.

C1. Vindt u het werken met Standaard Indicatie Protocolen (SIP's) voor de kortdurende, enkelvoudige zorg wenselijk?

- Heel wenselijk
- Wenselijk
- Niet wenselijk, niet onwenselijk
- Niet wenselijk
- Helemaal niet wenselijk

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

C2. Merkt u *knelpunten* als het gaat om het werken met SIP's voor kortdurende, enkelvoudige zorg?

- Ja
- Nee
- Geen mening

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

C3. Bent u van mening dat SIP's, waarbij de aanbieders zelf de benodigde zorg bepalen en CIZ steekproefsgewijs achteraf toetst, een optie kunnen zijn voor de *langdurende, enkelvoudige* zorg?

- Ja
- Nee
- Geen mening

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

C4. Bent u van mening dat SIP's, waarbij aanbieders zelf de benodigde zorg bepalen en CIZ steekproefsgewijs achteraf toetst, een optie kunnen zijn voor de *langdurende, meervoudige* zorg?

- Ja
- Nee

Geen mening

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

Signaleert u knelpunten als het gaat om de *aanvraag* voor AWBZ-zorg, **vanuit de sector VVT** (verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg)? Geef aan in hoeverre u het eens bent met onderstaande uitspraken.

Als u een uitspraak *niet* als een knelpunt ervaart, vult u (*zeer*) *mee oneens* in. Als u er geen duidelijk oordeel over hebt, vult u *niet mee eens/niet mee oneens* in.

	<i>Ze er mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Niet mee eens, niet mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Ze er mee oneens</i>
C5. De cliënt is vaak niet in staat zijn zorgvraag helder te formuleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6. De toegang tot de indicatiestelling is over het algemeen niet duidelijk voor cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7. De aanmeldprocedure (termijnen, stappen en betrokken instanties) is niet duidelijk voor cliënten en mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8. De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C9. De aanvraagformulieren zijn te omvangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10. Dezelfde informatie moet door de cliënt meerdere keren worden aangeleverd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11. De inhoudelijke informatie die bij de aanbieders terecht komt is te summier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12. De communicatie tussen de cliënten en mantelzorgers en het indicatieorgaan laat te wensen over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13. Anders, namelijk .....					
C14. Anders, namelijk .....					

---

## D. Beoordeling van de zorgvraag: ontwikkelingen en knelpunten

---

Vanaf 1 juli 2007 gaat het CIZ alle cliënten die op Verblijfszorg zijn aangewezen indiceren naar een *zorgzwaartepakket* (zzp's). Voor de sector V&V zijn er 10 zorgzwaartepakketten. Een zorgzwaartepakket omschrijft een cliëntprofiel met daarbij de behorende zorg, in soort en omvang.

### Zorgzwaartepakketten

D1. Vindt u het indiceren in *zorgzwaartepakketten* voor cliënten die op Verblijfszorg zijn aangewezen wenselijk?

- Heel wenselijk
- Wenselijk
- Niet wenselijk, niet onwenselijk
- Niet wenselijk
- Helemaal niet wenselijk

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

D2. Voorziet u *knelpunten* als het gaat om het indiceren in zorgzwaartepakketten?

- Ja, naar verwachting zal dit knelpunten opleveren
- Nee, naar verwachting zal dit *géén* knelpunten opleveren, *ga door met vraag D4*
- Geen idee

D3. Als u verwacht dat de zzp's *knelpunten* op zullen gaan leveren, om welke knelpunten gaat het volgens u dan?

- De zorgzwaartepakketten doen geen recht aan de individuele kenmerken van de zorgvrager
- De zorgzwaartepakketten differentiëren niet voldoende
- De individuele aanspraak op zorg is niet duidelijk
- Het ontbreekt aan heldere beslisregels met betrekking tot de keuze van een passend zorgzwaartepakket
- De keuze van de dominante grondslag is bepalend voor de zorgzwaartepakketten-reeks, zodat cliënten mogelijk in een verkeerd zorgzwaartepakket vallen
- Ander knelpunt, namelijk .....
- Ander knelpunt, namelijk .....

D4. Vindt u eventuele toepassing van indicatiestelling in zorgzwaartepakketten in de *extramurale zorg* wenselijk? Hiermee bedoelen we: herziening van de huidige extramurale zorg in functies naar ‘pakketten’, zodat over grenzen van extramurale en intramurale zorg een sluitende reeks voor langdurende zorg ontstaat.

- Heel wenselijk
- Wenselijk
- Niet wenselijk, niet onwenselijk
- Niet wenselijk
- Helemaal niet wenselijk

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

D5. Dragen de zorgzwaartepakketten volgens u bij tot eenheid van taal in de keten van zorgtoeleiding (CIZ, zorgkantoor, zorgaanbieder)?

- Ja
- Gedeeltelijk
- Nee

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

### **Verblijfszorg thuis (‘full package’)**

De *indicatie voor Verblijf* in het zorgzwaartepakket biedt in 2007 niet per definitie **Verblijf** in een 24-uurs instelling. Indien mogelijk kan de zorg worden geleverd op een plek die de cliënt zelf kiest, bijvoorbeeld aan huis of in een geclusterde setting. De **functie Verblijf** wordt niet verzilverd, de cliënt betaalt zelf de woonkosten en blijft recht op andere servicediensten houden.

Onderstaande vragen hebben dus géén betrekking op de indicatiestelling als zodanig, maar met de bekostiging, namelijk in termen van zzp’s bij een indicatie voor Verblijf. Het gaat om de sector V&V.

D6. Vindt u de ontwikkeling van de constructie *Verblijfszorg thuis* wenselijk?

- Heel wenselijk
- Wenselijk
- Niet wenselijk, niet onwenselijk
- Niet wenselijk
- Helemaal niet wenselijk

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

D7. Is de wens van de cliënt leidinggevend bij het oordeel over een verblijfsindicatie?

- De wens van de cliënt is leidinggevend
- De professionele standaard van de indicatiestelling is leidinggevend
- Anders, namelijk .....

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

D8. Voorziet u *knelpunten* als het gaat om Verblijfszorg thuis?

- Ja, naar verwachting zal dit knelpunten opleveren
- Nee, naar verwachting zal dit géén knelpunten opleveren,  
☞ ga door met vraag D10
- Geen idee

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

D9. Als u verwacht dat de Verblijfszorg thuis knelpunten op zal gaan leveren, om welke *knelpunten* gaat het volgens u dan?

- Er is een inhoudelijke grens aan de levering van zorg aan huis
- Er is een financieel plafond aan de levering van zorg aan huis ('omslagpunt')
- De extramurale financiering is niet toereikend als cliënten met de indicatie Verblijf in de eigen omgeving willen blijven (niet-geclusterd)
- Ander knelpunt, namelijk .....

D10. Verwacht u dat de *Verbijszorg thuis* aan zal sluiten bij de wens van de cliënt om zo lang mogelijk thuis te wonen?

- Ja
- Gedeeltelijk
- Nee

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

## Beoordeling van de zorgvraag

De volgende vragen gaan over de *werkwijze* van de indicatiestelling en de *beoordeling* van de zorgvraag door indicatiestellers van het CIZ. Signaleert u knelpunten als het gaat om de werkwijze van de indicatiestelling en de beoordeling van de zorgvraag door indicatiestellers?

Geef aan in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens of oneens bent. Als u een uitspraak *niet* als een knelpunt ervaart, vult u (*zeer*) *mee oneens* in. Als u er geen duidelijk oordeel over hebt, vult u *niet mee eens/niet mee oneens* in.

	<i>Ze er mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Niet mee eens, niet mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Ze er mee oneens</i>
D11. De termijnen bij de afhandeling van aanvragen bij indicaties worden overschreden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D12. Bij ‘gebruikelijke’ zorg wordt onvoldoende rekening gehouden met de feitelijke beschikbaarheid van huisgenoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D13. In de beoordeling van de zorgvraag wordt voorbij gegaan aan de wens van de cliënt om thuis te blijven wonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D14. Anders, namelijk .....					
D15. Anders, namelijk .....					



---

## E. Indicatiebesluit: ontwikkelingen en knelpunten

---

Signaleert u knelpunten als het gaat om het *indicatiebesluit*?

Geef aan in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens of oneens bent. Als u een uitspraak *niet* als een knelpunt ervaart, vult u (*zeer*) *mee oneens* in. Als u er geen duidelijk oordeel over hebt, vult u *niet mee eens/niet mee oneens* in.

	<i>Ze er m ee e ens</i>	<i>M ee e ens</i>	<i>N iet m ee e ens, n iet m ee o neens</i>	<i>M ee o neens</i>	<i>Z ee r m ee o neens</i>
E1. De inhoud van het indicatiebesluit is niet duidelijk voor cliënten en mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2. Cliënten en mantelzorgers zijn het vaak niet eens met het indicatiebesluit, gelet op de aanvraag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3. De toelichting op het besluit is onvoldoende gemotiveerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4. Anders, namelijk .....					
E5. Anders, namelijk .....					

---

## F. Afstemming tussen zorgvraag en geïndiceerde zorg: ontwikkelingen en knelpunten

---

Signaleert u knelpunten als het gaat om de *aansluiting* tussen de zorgvraag van de cliënt en de geïndiceerde zorg?

Geef opnieuw aan in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens of oneens bent. Als u een uitspraak *niet* als een knelpunt ervaart, vult u (*zeer*) *mee oneens* in. Als u er geen duidelijk oordeel over hebt, vult u *niet mee eens/niet mee oneens* in.

	<i>Ze er mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Niet mee eens, niet mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Ze er mee oneens</i>
F1. De cliënt is vaak van mening dat zijn zorgvraag niet goed uit het indicatiebesluit naar voren komt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2. De indicatiecriteria waarop het besluit is gebaseerd, zijn onduidelijk voor cliënten en mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3. Beslisregels worden door het CIZ niet eenduidig toegepast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. Er is verschil in interpretatie van criteria tussen verschillende indicatiestellers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. Er is verschil in interpretatie van criteria tussen verschillende CIZ-regio's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. Anders, namelijk .....					
F7. Anders, namelijk .....					
F8. Welke soort zorg, uitgedrukt in AWBZ-functies, wordt vaak <i>niet geïndiceerd</i> , terwijl de cliënt daar wel behoefte aan heeft?					
	<input type="checkbox"/> Huishoudelijke verzorging				
	<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging				
	<input type="checkbox"/> Verpleging				
	<input type="checkbox"/> Ondersteunende begeleiding algemeen				
	<input type="checkbox"/> Ondersteunende begeleiding dagprogramma				
	<input type="checkbox"/> Activerende begeleiding algemeen				
	<input type="checkbox"/> Activerende begeleiding dagprogramma				
	<input type="checkbox"/> Behandeling				
	<input type="checkbox"/> Verblijf tijdelijk				
	<input type="checkbox"/> Verblijf langdurig				
	<input type="checkbox"/> Weet ik niet				
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk .....				

---

## G. Afstemming tussen geïndiceerde zorg en geleverde zorg: ontwikkelingen en knelpunten

---

G1. Welke soort geïndiceerde zorg, uitgedrukt in AWBZ-functies, krijgen cliënten vaak *niet* (dat wil zeggen: wordt niet geleverd)?

- Huishoudelijke verzorging
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Ondersteunende begeleiding algemeen
- Ondersteunende begeleiding dagprogramma
- Activerende begeleiding algemeen
- Activerende begeleiding dagprogramma
- Behandeling
- Verblijf tijdelijk
- Verblijf langdurig
- Weet ik niet
- Anders, namelijk .....

G2. Krijgen cliënten over het algemeen *het aantal uren zorg* dat ze nodig hebben en zoals dit in het indicatiebesluit staat? Het gaat opnieuw om de geleverde zorg door aanbieders.

- Ja, precies het vastgestelde aantal uren
- Ja, zelfs méér uren zorg
- Nee, vaak niet, zelfs minder uren zorg
- Nee, (nog) niet
- Weet ik niet

G3. Is het *aantal uren* geïndiceerde zorg door het CIZ over het algemeen naar uw mening voldoende?

- Ruim voldoende
- Voldoende
- Onvoldoende
- Ruim onvoldoende

G4. Voor welke cliënten geldt dit vooral?

- Huishoudelijke zorg thuis
- Verpleging en verzorging thuis
- Verzorgingshuiszorg
- Verpleeghuiszorg
- Ten aanzien van andere zorgvormen, namelijk .....

G5. In welke setting wonen deze cliënten vooral?

- Thuis
- Geclusterd wonen
- Verblijfzorg
- Anders, namelijk .....

G6. Krijgen cliënten volgens u over het algemeen ‘*passende zorg*’?

- Nee
- Gedeeltelijk
- Ja

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

G7. Krijgen mantelzorgers, namens de cliënt, volgens u over het algemeen ‘*passende zorg*’ (respijtzorg)?

- Nee
- Gedeeltelijk
- Ja

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

G8. Wat vindt u, over het algemeen, van de *tijdsduur* tussen het indienen van de aanvraag voor AWBZ-zorg en de ontvangst van het indicatiebesluit?

- Heel kort
- Kort
- Niet lang en niet kort
- Lang
- Niet lang

G9. Komt het, voor zover u weet, vaak voor dat de zorg al is gestart vóórdát een indicatiebesluit is afgegeven?

- Ja
- Vaak wel
- Vaak niet
- Nee

G10. Komt het, voor zover u weet, vaak voor dat (een deel van) de geïndiceerde zorg niet kan worden geleverd door de voorkeursinstelling van de cliënt?

- Ja
- Vaak wel
- Vaak niet
- Nee

Signaleert u knelpunten als het gaat om de *aansluiting* tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg?

Geef opnieuw aan in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens of oneens bent. Als u een uitspraak *niet* als een knelpunt ervaart, vult u (*zeer*) *mee oneens* in. Als u er geen duidelijk oordeel over hebt, vult u *niet mee eens/niet mee oneens* in.

	<i>Ze er mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Niet mee eens, niet mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Ze er mee oneens</i>
G11. De zorg waarvoor cliënten geïndiceerd zijn, kan niet worden geleverd (wachlijsten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12. Er is geen alternatieve zorg (overbruggingszorg) voor de geïndiceerde zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13. De vertaalslag van indicatie naar PGB is niet goed te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14. Anders, namelijk .....					
G15. Anders, namelijk .....					

---

## **H. Rol, afspraken en verantwoordelijkheden van diverse partijen in de zorgketen**

---

Signaleert u knelpunten als het gaat om de *aansluiting* tussen de diverse partijen in de zorgketen?

Geef aan in hoeverre u het er mee eens of oneens bent. Ook hier geldt: als u een uitspraak *niet* als een knelpunt ervaart, vult u (*zeer*) *mee oneens* in. Als u er geen duidelijk oordeel over hebt, vult u *niet mee eens/niet mee oneens* in.

	<i>Ze er mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Niet eens, niet oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Ze er mee oneens</i>
H1. De afstemming tussen de schakels in de keten functioneert niet goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2. Er is sprake van een toename van indicaties binnen een begrensde contracteerruimte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3. Er is geen eenheid van taal in de zorgketen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4. De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5. De afstand van de indicatiesteller tot de zorgaanbieder is groot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6. Anders, namelijk .....					
H7. Anders, namelijk .....					

---

## I. Toekomstvisie

---

11. Verwacht u voor de toekomst nog *andere* dan de eerder genoemde knelpunten in de indicatiestelling voor de AWBZ-zorg?

- Ja
- Nee *☞ ga door met vraag 13*

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

12. Zo ja, met welke *ontwikkelingen* hangen deze knelpunten volgens u dan samen?

- Overgang softwaresysteem GINO en koppeling met AZR
- Overheveling ‘huishoudelijke verzorging’ naar Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Nieuwe beleidsregels voor eenvoudige verpleegkundige handelingen
- Invoering van de zzp’s in de zorg en de indicatiestelling
- Bekostiging van de zzp’s
- Anders, namelijk .....
- Anders, namelijk .....

Eventueel uw antwoord toelichten:

.....  
.....

13. Hoe zou de indicatiestelling van de AWBZ in de nabije toekomst verder *verbeterd* kunnen worden? Kruis *uw voorkeur* aan.

- Alle aanvragen voor AWBZ-zorg zouden via het CIZ moeten verlopen
- Herindicaties voor AWBZ-zorg kunnen ook door zorgaanbieders worden afgehandeld, gemandateerd en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs
- Zorgaanbieders krijgen een taakmandaat voor standaardaanvragen (enkelvoudige, kortdurende zorg) en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs
- Zorgaanbieders krijgen de ruimte voor aanvragen voor enkelvoudige, langdurige zorg en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs
- Zorgaanbieders krijgen de ruimte voor aanvragen voor complexe, langdurige zorg en het CIZ toetst achteraf steekproefsgewijs
- Het CIZ ontwikkelt zich verder als expertisecentrum en toezichthouder
- Anders, namelijk .....

*Toelichting op mogelijkheden tot verbetering van de indicatiestelling:*

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

14. Hieronder heeft u nog de ruimte om algemene opmerkingen te plaatsen over de indicatiestelling voor AWBZ-zorg of over het onderzoek.

*Opmerkingen:*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**





## **Bijlage 3: Deelnemerslijst expertmeeting**

*ActiZ*

Dhr. drs. G.A.P. Rutten, senior beleidsmedewerker

*ActiZ*

Dhr. drs. W.J.C. Vink, beleidsmedewerker

*Carint (hoofdkantoor)*

Dhr. J. Brangert, manager meld- en zorgcentrale

*Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*

Mw. S. Claassen, beleidsmedewerker Expertisecentrum

*Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*

Regiobureau Haarlem

Dhr. N. Porskamp, stafmedewerker Kwaliteit en processen

*Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*

Mw. E.J. Stekelenburg, indicatiesteller

*Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*

Mw. drs. I. Vijzelman, beleidsmedewerker algemeen

*Coloriet*

Dhr. drs. A. Withaar, PMP, adjunct-directeur zorg en dienstverlening

*Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties CSO, ook namens Landelijke  
Organisatie Cliëntenraden (LOC)*

Mw. dr. J.M.B. Berkhout, senior beleidsmedewerkster zorg/welzijn

*De Stromen Opmaat Groep*

Mw. H. van den Brande, beleidsadviseur

*Florence, Centraal bureau*

Mw. Y. C.M. Boef - van Dijk, manager Zorgwinkel

Mezzo, Landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg

Mw. drs. A.M.W. van der Vlist, beleidsmedewerker

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur (VWS)*

Mw. drs. A. Hartholt-Hofstee, senior beleidsmedewerker Directie Langdurige Zorg

*NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg*  
Mw. dr. A.L. Francke, programmaleider Verpleging & Verzorging

*NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg*  
Mw. dr. J.M. Peeters, onderzoeker Verpleging & Verzorging

*NVVA, Nederlandse Beroepsvereniging voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters,  
tevens namens Stichting mentorschap Breda*  
Dhr. C.J.G. Theewes, verpleeghuisarts

*Per Saldo*  
Dhr. drs. F. van der Pas, beleidsmedewerker

*Trompetter & Van Eeden, Sociaal medische expertise*  
Mw. drs. H.M. van Eeden-Geytenbeek, directeur (voorzitter expertmeeting)

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*  
Dhr. dr. J.A.I. Coolen, coördinator AWBZ

## Bijlage 4: Prioritering knelpunten

*Op basis van de resultaten van het schriftelijke vragenlijstonderzoek onder indicatiestellers, zorgkantoren en zorgaanbieders*

<b>Werkwijze van het CIZ</b>	<b>Prioritering knelpunt (1= zéér belangrijk)</b>	<b>Oplossingsstrategie?</b>
1. De toegang en de aanmeldprocedure tot de indicatiestelling zijn vaak niet duidelijk voor cliënten		
2. De indicatieprocedures zijn te bureaucratisch en de indicatiestelling wordt niet snel genoeg afgehandeld		
3. Dezelfde informatie moet meerdere keren door de cliënt worden aangeleverd		
4. De indicatiecriteria waarop het besluit is gebaseerd, zijn onduidelijk voor cliënten en mantelzorgers		
5. De inhoud van het indicatiebesluit is niet duidelijk voor cliënten en mantelzorgers		
6. Er is verschil in interpretatie van criteria tussen verschillende CIZ-regio's en tussen indicatiestellers		

<b>Afstemming tussen CIZ, zorgkantoren en zorgaanbieders</b>	<b>Prioritering knelpunt (1= zéér belangrijk)</b>	<b>Oplossingsstrategie?</b>
7. Zorgaanbieders ervaren de relatie met het CIZ als 'matig'		
8. Er is sprake van een toename van (her)indicaties binnen een begrensde contracteerruimte		
9. Er is geen eenheid van taal in de zorgketen		
10. De zorgzwaarte-pakketten doen geen recht aan de individuele zorgvraag, differentiëren niet voldoende en lijken ongelijkheid in grondslag te bewerkstelligen		

<b>Afstemming zorgvraag, geïndiceerde zorg en geleverde zorg</b>	<b>Prioritering knelpunt (1= zéér belangrijk)</b>	<b>Oplossingsstrategie?</b>
11. De cliënt is vaak niet in staat zijn zorgvraag helder te formuleren		
12. De zorgvraag van de cliënt wordt niet integraal in kaart gebracht		
13. De inhoudelijke deskundigheid van indicatiestellers varieert		
14. Er is een inhoudelijke grens aan de levering van zorg aan huis.		
15. Er is een financieel plafond aan levering van zorg aan huis ('omslagpunt')		

