

## Zicht op 'overige zorg' naast ADL-assistentie

**XpertiseZorg**  
Organisatieadviseurs

Een onderzoek naar praktijkervaringen van ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag en aandachtspunten vanuit de uitvoering.

Hengelo  
27 juli 2016  
drs. Alette van Dijk – Jonkman  
drs. Wibout Dragt

Kenmerk: XZ160506

## Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Inleiding</b> .....  | <b>3</b>  |
| 1.1 ADL-assistentie .....  | 3         |
| 1.2 Invoering Wet langdurige zorg .....  | 3         |
| 1.3 Onderzoeksvraag .....  | 4         |
| 1.4 Leeswijzer.....  | 4         |
| <b>2. Onderzoek</b> .....  | <b>5</b>  |
| 2.1 Vooronderzoek .....  | 5         |
| 2.2 Diepte-interviews .....  | 5         |
| 2.3 Digitale enquête .....   | 5         |
| 2.4 Landelijke consultatiebijeenkomst .....  | 6         |
| 2.5 Samenvattend .....   | 6         |
| <b>3. Doelgroep en regelingen</b> .....  | <b>7</b>  |
| 3.1 ADL-assistentie .....  | 7         |
| 3.2 Regeling Wlz-indiceerbaren (overgangsregeling).....                                    | 7         |
| 3.3 Zorgverzekeringswet en Wet maatschappelijke ondersteuning .....                        | 8         |
| 3.4 Samenvattend .....   | 8         |
| <b>4. Cliëntervaringen</b> .....   | <b>9</b>  |
| 4.1 Uitkomsten diepte-interviews .....   | 9         |
| 4.2 Uitkomsten digitale enquête .....  | 11        |
| 4.2.1 Kenmerken van de respondenten .....  | 11        |
| 4.2.2 Kenmerken 'overige zorg' .....   | 12        |
| 4.2.3 Ervaringen van gebruikers van de regeling Wlz-indiceerbaren .....                    | 14        |
| 4.2.4 Ervaringen van gebruikers van de Zvw en/of Wmo.....                                  | 16        |
| 4.2.5 Belangrijke factoren bij de organisatie van zorg en of dit lukt in de praktijk ..... | 17        |
| <b>5. Ervaringen van stakeholders</b> .....  | <b>19</b> |
| 5.1 Zorgkantoren en zorgverzekeraars .....   | 19        |
| 5.2 Gemeenten.....   | 20        |
| 5.3 Zorgaanbieders ADL en 'overige zorg' .....   | 20        |
| <b>6. Uitkomsten consultatie</b> .....   | <b>21</b> |
| <b>7. Samenvattende conclusies</b> .....   | <b>22</b> |
| 7.1 Algemene conclusie .....   | 22        |
| 7.2 Aandachtspunten voor de toekomst.....  | 23        |
| <br>   |           |
| Bijlage 1: Afkortingen.....  | 24        |
| Bijlage 2: Betrokkenen vooronderzoek/diepte-interviews .....                               | 25        |
| Bijlage 3: Belang en ervaring in de praktijk.....  | 26        |

## 1. Inleiding

Nederland kent woonprojecten waar mensen met een lichamelijke handicap zelfstandig kunnen wonen en direct hulp kunnen krijgen wanneer zij dat nodig hebben. Dit heet ‘wonen met ADL-assistentie’ (= algemene dagelijkse levensverrichtingen). De woningen zijn aangepast (geen drempels, brede deurposten, aanwezigheid toiletsteunen et cetera) en rolstoeltoegankelijk. De ADL-assistentie vindt plaats op verzoek en aanwijzing van de bewoner.

### 1.1 ADL-assistentie

ADL-assistentie bestaat uit hulp en diensten door een direct oproepbare persoonlijke assistente. Deze assistentie is 24 uur per dag op afroep beschikbaar in de ADL-woning of er direct omheen. Bij een noodoproep ingeval van levensbedreigende situaties (bijvoorbeeld bij thuisbeademing) is ADL-assistentie binnen 2-5 minuten met alarmopvolging beschikbaar.

ADL-assistentie bestaat vaak uit:

- hulp bij eten of drinken (zoals het serveren van voedsel op bed en op tafel, hulp bij eten/drinken);
- hulp bij verplaatsen;
- persoonlijke hulp en toilet maken (bijvoorbeeld mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek);
- verpleegtechnische en medische assistentie (zoals het geven van medicijnen, aanleggen van verbanden en spalken, huidverzorging bij decubitus, aan- en afdoen van prothese, aanleggen draagurinaal).<sup>1</sup>

In de praktijk blijkt dat het soms lastig te bepalen is of hulp en diensten (de zgn. “hand- en spandiensten”) wel of niet onder de definitie van ADL-assistentie vallen. Bijvoorbeeld bij het bijvullen van printerpapier, het vervangen van een batterij, het opruimen van een omgevallen glas melk of het openmaken van een fles wijn. In dat geval wordt in de praktijk de vraag gesteld of de handeling voor de cliënt cruciaal is om verder te kunnen met zijn/haar bezigheid en daginvulling. Zorginstituut Nederland verstrekt op basis van de geleverde ADL-assistentie een subsidie aan een drietal zorgaanbieders in Nederland.

Hulp en diensten die *niet* vallen onder de definitie ADL-assistentie noemen we ‘overige zorg’.

### 1.2 Invoering Wet langdurige zorg

Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht geworden. Vanaf dat moment geldt dat bewoners van een ADL-woning naast de ADL-assistentie voor hun ‘overige zorg’ een beroep kunnen doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en/of de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Toen de Wlz werd ingevoerd is een overgangsregeling gemaakt voor bewoners van een ADL-woning met een zeer zware zorgvraag. Een ‘zeer zware zorgvraag’ betrof in dit geval meer dan 25 uur per week individuele zorg of het gebruik van verpleging in verband met ademhalingsondersteuning (hierna: ‘ademhalingsondersteuning’) naast de regeling ADL-

<sup>1</sup> Daarbij is de actuele praktijk dat door de aanbieders van ADL-assistentie handelingen die geen ‘verpleegkundig inzicht’ vereisen uitgevoerd kunnen worden als medewerkers hiervoor bevoegd en bekwaam zijn. Er zijn geen verpleegkundigen in dienst. Het beoordelen van wonden of andere inschattingen/beoordelingen van verpleegkundig niveau worden niet vanuit de subsidieregeling ADL geboden.

assistentie. De overgangsregeling is ingevoerd omdat onzeker was of ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag adequate zorg zouden krijgen bij een overgang van hun 'overige zorg' naar de Wmo en Zvw.

De overgangsregeling werd de regeling Wlz-indiceerbaren genoemd<sup>2</sup>. Cliënten met zeer zware zorgvraag konden eind 2014 ervoor kiezen om ook hun 'overige zorg' vanuit de Wlz te blijven ontvangen. Of de 'overige zorg' sindsdien op grond van de regeling Wlz-indiceerbaren (overgangsregeling) wordt geleverd hangt dus af van de keuze die ADL-bewoners hier aan het einde van het jaar 2014 in hebben gemaakt.

### 1.3 Onderzoeksvraag

Dit onderzoek richt zich op de praktijkervaringen van mensen met ADL-assistentie en een zeer zware zorgvraag. Zorginstituut Nederland wil weten of er knelpunten zijn bij het regelen van de 'overige zorg' in de praktijk. Of juist positieve ervaringen. Ook is de vraag of deze ervaringen samenhangen met het financieringsdomein waaruit deze zorg wordt geleverd: de regeling Wlz-indiceerbaren, Wmo en/of Zvw.

**In dit onderzoek staat de vraag centraal: Wat zijn de ervaringen met 'overige zorg' die wordt geboden aan ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag?**

XpertiseZorg organisatieadviseurs heeft onderzoek gedaan naar de ervaringen onder deze groep. Zorginstituut Nederland is opdrachtgever voor dit onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode mei 2016 tot en met juli 2016. Op basis van de uitkomsten van het inventariserend onderzoek zal Zorginstituut Nederland advies uitbrengen aan het Ministerie van VWS.

### 1.4 Leeswijzer

Deze rapportage is opgebouwd uit zeven hoofdstukken.

- De aanpak van het onderzoek is beschreven in hoofdstuk twee.
- Hoofdstuk drie biedt een overzicht van de verschillende wettelijke domeinen en regelingen die van toepassing kunnen zijn bij de onderzoeksgroep.
- In hoofdstuk vier staat het cliëntperspectief centraal. Diepte-interviews en een digitale enquête bieden hiervoor de basis.
- Hoofdstuk vijf biedt inzicht in de uitkomsten van onderzoek onder diverse stakeholders die betrokken zijn bij de 'overige zorg' naast ADL-assistentie: zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten.
- Hoofdstuk zes bevat de resultaten van reflectie met vertegenwoordigers van betrokken cliëntenraden, cliënt vertegenwoordigende organisaties en overige landelijke organisaties. Deze bijeenkomst maakte onderdeel uit van het onderzoek.
- Hoofdstuk zeven bevat samenvattende conclusies.

Een lijst met gebruikte afkortingen is opgenomen in bijlage 1.

<sup>2</sup> Specifiek is het overgangsrecht via de Regeling langdurige zorg (artikel 9.3a) geregeld voor mensen met een zeer zware zorgvraag die wonen in een ADL-clusterwoning.

## 2. Onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak van het onderzoek.

### 2.1 Vooronderzoek

We zijn gestart met een vooronderzoek waarin we diverse partijen hebben bevestigd op de invulling van 'overige zorg' in de praktijk en aandachtspunten. In dit kader heeft XpertiseZorg organisatieadviseurs gesproken met de aanbieders van ADL-assistentie en met de cliëntenorganisaties Ieder(in), Vereniging Spierziekten Nederland (ook als vertegenwoordiger van Per Saldo), Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning en de cliëntenraad van Fokus.

De aandachtspunten die werden genoemd betroffen vooral de diversiteit van de doelgroep in relatie tot een mogelijk verschil in ervaring met de regelingen op grond waarvan de 'overige zorg' wordt geboden.

In deze fase van vooronderzoek hebben we met betrokkenen uitgebreid stilgestaan bij de wijze waarop we cliënten (behorend tot de doelgroep) zouden kunnen benaderen voor de diepte-interviews en enquête. Het ging dus om bewoners van een ADL-woning met een zeer zware zorgvraag die in aanmerking kwamen voor de regeling Wlz-indiceerbaren<sup>3</sup>, ongeacht de keuze die zij eind 2014 gemaakt hebben voor het wel of niet gebruiken van de regeling.

### 2.2 Diepte-interviews

Na het vooronderzoek volgden diepte-interviews bij cliënten en stakeholders in de uitvoering.

- Cliënten: in totaal hebben we met tien cliënten gesproken over de ervaringen die zij hebben met 'overige zorg' naast ADL-assistentie. De interviews vonden face-to-face of telefonisch plaats. Dit was afhankelijk van de wens van de geïnterviewde. De cliënten die we hebben gesproken, hadden te maken met verpleging in verband met ademhalingsondersteuning (drie) of namen meer dan 25 uur individuele zorg naast ADL-assistentie af (zeven). Van hen maakten zeven cliënten gebruik van de regeling Wlz-indiceerbaren en drie van de Zvw en Wmo.
- Stakeholders: we spraken met een selectie aan financiers en aanbieders van ADL-assistentie over de vraag welke signalen in de praktijk naar voren komen en welke mogelijke effecten er zijn bij de invulling van 'overige zorg' naast ADL-assistentie.

Na de gesprekken met de stakeholders hebben we zorgkantoren en zorgverzekeraars geïnterviewd. Tevens hebben we met de Vereniging Nederlandse Gemeenten contact gezocht, gecombineerd met een tweetal gemeenten (Utrecht en Apeldoorn).

Een lijst met alle betrokkenen is weergegeven in bijlage 2.

### 2.3 Digitale enquête

Op basis van het vooronderzoek en de diepte-interviews ontwierpen we een digitale enquête. De cliëntenorganisaties en de cliëntenraad van Fokus zijn nauw betrokken geweest bij het opstellen en het testen van de digitale enquête. Ze gaven aan dat het

---

<sup>3</sup> Na een brede verkenning van opties bleek het mogelijk om de doelgroep te kunnen identificeren en aan te schrijven met een persoonlijke brief. Zie hoofdstuk 5.

uitvoeren van een digitale enquête de beste onderzoeksmethode is om ervaringen vanuit deze doelgroep te verzamelen: cliënten met ADL-assistentie kunnen op deze wijze op een eigen tijdstip, en eventueel met ondersteuning, de enquête invullen. Daarbij heeft XpertiseZorg organisatieadviseurs gebruik gemaakt van een digitale vormgeving van de enquête die het mogelijk maakt om deze met zo beperkt mogelijke (hand)bewegingen in te vullen. De enquête was weergegeven in hoog-contrast.

De digitale enquête is bij cliënten in de doelgroep onder de aandacht gebracht door middel van een persoonlijke brief vanuit Zorginstituut Nederland. Deze is verzonden op vrijdag 10 juni 2016. Daarnaast zijn oproepen geplaatst tot deelname via digitale kanalen van de cliëntenraad van Fokus en de Vereniging Spierziekten Nederland. Er is gevraagd om de digitale enquête tussen 13 juni 2016 en 23 juni 2016 in te vullen. Gedurende de onderzoeksperiode bleken twee cliënten de vragenlijst digitaal niet te kunnen benaderen. Deze cliënten hebben telefonisch de vragen beantwoord en zijn derhalve geïncorporeerd in het onderzoek.

Na sluiting van de digitale enquête bleek de groep bewoners met ADL-assistentie met 'overige zorg' vanuit Zvw en/of Wmo relatief beperkt vertegenwoordigd. We hebben, in samenspraak met cliëntenraad Fokus en Vereniging Spierziekten Nederland, een aanvullende groep ADL-bewoners met 'overige zorg' vanuit Zvw en/of Wmo benaderd om zicht te krijgen op de redenen van non-response.<sup>4</sup>

## 2.4 Landelijke consultatiebijeenkomst

Als derde stap in de onderzoeksaanpak is een landelijke consultatiebijeenkomst georganiseerd op 28 juni 2016. Het doel hiervan was om de uitkomsten uit de diepte-interviews en digitale enquête nader te voorzien van achtergronden samenhangend met kenmerken van de doelgroep, ofwel de wijze waarop de wet is- of wettelijke regelingen zijn vormgegeven. De bijeenkomst werd geleid door de onderzoekers van XpertiseZorg organisatieadviseurs. Deelnemers waren:

- De cliëntenraad van Fokus.
- Vereniging Spierziekten Nederland.
- Ieder(in).
- Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingondersteuning.
- Zorgaanbieders van ADL-assistentie Fokus en Nieuw Amstelrade (Amstelring).
- Zorgkantoren CZ en Zilveren Kruis/Achmea.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- Zorginstituut.

## 2.5 Samenvattend

Bij de diepte-interviews, de digitale enquête en het aanvullend onderzoek hebben we de ervaringen van in totaal 48 ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag in beeld gebracht. Deze 48 zijn als volgt verdeeld over de verschillende regelingen:

- 29 Wlz-indiceerbare
- 19 mensen die gebruik maken van de Zvw/Wmo

In dit onderzoek is 25% van de totale doelgroep in Nederland betrokken. De uitkomsten van het onderzoek zijn representatief voor de totale populatie (200 ADL-bewoners in de onderzoeksgroep met een zeer zware zorgvraag in Nederland).

<sup>4</sup> In het contact hebben we eveneens gevraagd om alsnog een telefonisch interview te mogen afnemen. Hiermee hebben 5 cliënten ingestemd, 3 andere cliënten die we benaderden hadden de vragenlijst al ingevuld.

### 3. Doelgroep en regelingen

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de verschillende wettelijke domeinen en regelingen die van toepassing *kunnen* zijn bij de onderzoeksgroep in de organisatie van 'overige zorg'.

#### 3.1 ADL-assistentie

In zijn algemeenheid kan iemand in aanmerking komen voor een ADL-clusterwoning op basis van een indicatie door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Bij de indicatiestelling gelden de volgende criteria:

- Er is sprake van een lichamelijke handicap of somatische aandoening.
- Hij/zij is aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning.
- Hij/zij is aangewezen op ten minste vijf uur oproepbare ADL-assistentie per week.
- Hij/zij is voldoende sociaal zelfredzaam om zelfstandig te wonen, zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.

Met een positief indicatiebesluit kan iemand zich wenden tot een zorgaanbieder van ADL-assistentie om te gaan wonen in een ADL-clusterwoning. Er zijn in Nederland drie zorgaanbieders die ADL-assistentie aanbieden:

- Fokus met ongeveer 1.600 bewoners.
- Nieuw Amstelrade (Amstelring) met ongeveer 35 bewoners.
- Stichting Wassenaars Zorgverlening met ongeveer 15 bewoners.

De bewoner is zelf verantwoordelijk voor de woning, die veelal al aangepast is aan de behoeftes van de doelgroep. De bewoner huurt de woning van de woningbouwvereniging. De bewoner bepaalt zelf op welke momenten de ADL-assistentie wordt ingeschakeld: er zijn geen 'vaste' zorgmomenten. Voor de beschrijving van de inhoud van ADL-zorg verwijzen we terug naar de inleiding (hoofdstuk 1). We gaan nu in op de vraag hoe bewoners met een zeer zware zorgvraag hulp en diensten kunnen krijgen die *niet* vallen onder de definitie van ADL-assistentie: de 'overige zorg'.

#### 3.2 Regeling Wlz-indiceerbaren (overgangsregeling)

Allereerst is er de zogenaamde regeling Wlz-indiceerbaren. Dit is een overgangsregeling die van kracht is geworden met de start van de Wet langdurige zorg per 1 januari 2015.

Zorg die in 2014 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) thuis werd geboden is vanaf 1 januari 2015 overgeheveld naar de domeinen van de Zvw (persoonlijke verzorging en verpleging) en de Wmo (begeleiding individueel en begeleiding groep/dagbesteding). Eind 2014 werd besloten dat voor een deel van de mensen die woont in een ADL-woning de mogelijkheid bestaat om de zorg vanuit de AWBZ voort te zetten in de zogenaamde regeling Wlz-indiceerbaren. De groep mensen die hiervoor in aanmerking kwam moest voldaan aan de volgende criteria (een zeer zware zorgvraag):

- Maakt gebruik van verpleging in verband met ademhalingsondersteuning;
- Of: maakt gebruik van 25 uur of meer individuele zorg vanuit de AWBZ.

Voor deze groep met een zeer zware zorgvraag is vanaf 1 januari 2015 de regeling Wlz-indiceerbaren toegankelijk geworden. Dit betekende dat zij ervoor konden kiezen om ook hun 'overige zorg' vanuit de Wlz te blijven ontvangen. Dit betreft een overgangsregeling.

De groep ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag is in december 2014 benaderd door het ministerie van VWS en kon ervoor kiezen gebruik te maken van de regeling.<sup>5</sup>

Een deel van de ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag heeft hiervoor gekozen. Zij vormen de eerste subgroep in ons onderzoek: ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die *gebruik maken* van de regeling Wlz-indiceerbaren voor het organiseren van hun 'overige zorg'. De regeling Wlz-indiceerbaren geeft deze bewoners de mogelijkheid om tot 31 december 2018 gebruik te maken van de zorg zoals die op 31 december 2014 geïndiceerd was.<sup>6</sup>

Nieuwe instroom in de regeling is niet mogelijk, ook niet voor cliënten die na 1 januari 2015 zijn ingestroomd in de ADL-woningen en die voldoen aan de criteria 'een zeer zware zorgvraag'.

### 3.3 Zorgverzekeringswet en Wet maatschappelijke ondersteuning

De tweede subgroep in dit onderzoek betreft mensen met een zeer zware zorgvraag die hun 'overige zorg' organiseren door aanspraak te maken op de Zvw of een beroep te doen op hun gemeente met het oog op de Wmo. Waarover gaan deze beide wetten?

- De Zvw is bedoeld voor zorg die gericht is op genezing. Taken als ziekenhuiszorg, de huisarts maar ook wijkverpleging zijn ondergebracht in de Zvw. Verzekeraars voeren deze wet voor de bij hen verzekerde burgers uit.
- De Wmo richt zich op het vergroten van participatie en zelfredzaamheid. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de Wmo en het zo veel als mogelijk meedoen van burgers in hun gemeente aan het dagelijks leven. Met name individuele begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke hulp zijn belangrijke onderdelen vanuit de Wmo.

### 3.4 Samenvattend

Het onderzoek richt zich op de ervaringen met overige zorg naast ADL assistentie door bewoners van ADL-woningen met een zeer zware zorgvraag:

- Op grond van de regeling Wlz-indiceerbaren.
- Of via: Zvw en/of de Wmo.

---

<sup>5</sup> De keuzetermijn was destijds vrij kort, zo wordt aangegeven. Dit punt komt later in het onderzoek terug.

<sup>6</sup> Bij verandering in de zorgvraag kunnen mensen een nieuwe indicatie aanvragen conform de systematiek van 2014.



## 4. Cliëntervaringen

In dit hoofdstuk staat het cliëntperspectief centraal. De diepte-interviews en digitale enquête vormen de basis om zicht te krijgen op de uitvoeringspraktijk en de ervaring van bewoners van ADL-woningen.

### 4.1 Uitkomsten diepte-interviews

De diepte-interviews boden een eerste waardevol inzicht in de meningen, ervaringen en inzichten van ADL-bewoners met 'overige zorg' vanuit de regeling Wlz-indiceerbaren of Zvw/Wmo. Uit de diepte-interviews komen vijf belangrijke ervaringspunten naar voren. Deze worden beschreven en geïllustreerd met een 'praktijkverhaal'.

#### **Overige zorg' wordt zowel binnen- als buitenshuis ingezet.**

Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag voor zowel de zorg binnen als buiten de woning gebruikt maakt van 'overige zorg' naast de regeling ADL-assistentie. Buitenshuis is de 'overige zorg' nodig om ondersteuning te bieden in verband met de beperkingen die mensen hebben.

Binnenshuis wordt 'overige zorg' ingezet naast de ADL-assistentie voor taken die niet uitgevoerd kunnen worden door de aanbieder van ADL-assistentie of voor handelingen die:

- erg specifiek zijn en door slechts enkele zorgverleners uitgevoerd kunnen worden
- ofwel: handelingen die 'intiem' zijn en gewenst zijn om door slechts enkele zorgaanbieders uit te voeren.

#### **Oproepbare zorg is niet mogelijk in de Zorgverzekeringswet.**

Door ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruik maken van de Zvw en Wmo wordt aangegeven dat er een probleem is rondom de persoonlijke verzorging en verpleging buitenshuis. Waar er binnen de AWBZ een indicatie werd afgegeven met ruimte voor het 'aanwezig zijn' van een hulpverlener, wordt in de Zvw alleen een indicatie gegeven voor de 'feitelijke handeling' die moet worden uitgevoerd. Voor handelingen die niet planbaar zijn levert dit een probleem op: alleen de handeling zelf wordt vergoed en niet de tijd dat een hulpverlener aanwezig is.

#### **Praktijkverhaal**

*"Ik heb een ziekte waardoor mijn ledematen erg snel uit de kom schieten. Als dat gebeurt heb ik veel pijn en loop ik het risico op blijvend letsel, ook vanwege mijn aandoening. Het is daarom van groot belang dat ik op een bepaalde manier opgetild wordt. Mensen die dat doen moeten hiervoor speciaal getraind zijn. De ADL-aanbieder werkt met teveel mensen waardoor dat niet mogelijk is. Ik zet daarom binnenshuis hulpverleners in vanuit mijn PGB. Deze mensen gaan zelfs met mij mee wanneer ik naar het ziekenhuis moet, want ook daar zijn ze niet bekend met de tiltechniek die ik nodig heb."*

#### **Praktijkverhaal**

*"Drie dagen per week werk ik. Ik heb dan hulp nodig om naar het toilet te gaan. Dat moet nu op vooraf geplande tijd want ik heb geen ruimte in mijn budget om op delen van de dag een zorgverlener aanwezig te laten zijn. Er is een indicatie voor 30 minuten hulp per dag voor de ondersteuning bij de toiletgang daarmee moet ik het doen. Dat maakt dat ik me niet meer zo vrij voel om weg te gaan."*

### **Kunnen schuiven met zorgfuncties.**

ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren geven aan het erg prettig te vinden te schuiven met zorgfuncties.

Er is één zorgbudget waaruit alle ondersteuning wordt gefinancierd en waardoor maatwerk-afspraken tussen cliënt en hulpverlener mogelijk zijn, zo wordt aangegeven.

Dit is een groot voordeel.

### **Keuzevrijheid en ADL-assistentie.**

ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruik maken van de Zvw en/of Wmo geven aan dat zij minder keuzevrijheid ervaren dan voorheen in de AWBZ. Dat heeft vooral te maken met een kritische blik van de zorgverzekeraar en gemeente bij de indicatie voor 'overige zorg'. Financiers kijken strikter naar datgene wat vanuit de regeling ADL-assistentie geboden kan worden en bieden alleen toegang tot overige zorg als ze ervan overtuigd zijn dat dit niet vanuit de ADL-assistentie kan worden geboden.

### **Noodzakelijk beroep op informele zorg neemt (teveel) toe.**

ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruik maken van de Zvw en/of Wmo geven aan moeite te hebben met het beroep op informele zorg. Enerzijds willen ze niet (nog) meer leunen op mantelzorgers. Anderzijds willen ze juist iets leuks doen met mantelzorgers zonder dat deze mensen steeds zorg hebben. Vrijwilligers zijn geen oplossing.

### **Praktijkverhaal**

*“Zoals je ziet zit ik volledig aan de beademing. Dat betekent dat er altijd iemand bij mij moet zijn als ik mijn huis verlaat. Zelfs in de lift moet er iemand zijn, want stel dat de lift vast blijft zitten en mijn beademingsapparaat stopt ermee. Als ik de stad in ga, kan het zijn dat mijn hulpverlener verschillende zorgfuncties uitvoert. Het kan zijn dat ik uitgezogen moet worden: dat is verpleging. En soms heb ik een loopneus en helpt mijn hulpverlener: dat is persoonlijke verzorging. En als ik iets wil kopen en mijn portemonnee nodig heb? Dan is er sprake van begeleiding. Nu kan ik dat allemaal vanuit de regeling Wlz-indiceerbaren doen en hoef ik dus niets uit te splitsen. Binnen de Zvw/Wmo zou dat wel moeten, ik moet dan bijna met een stopwatch op pad. Ik moet er niet aan denken!”*

### **Praktijkverhaal**

*“Ik moet iedere zes weken gekatheriseerd worden. Ik vind het niet prettig als steeds verschillende mensen dit doen. Het is toch een heel intieme handeling. Door de aanbieder van ADL-assistentie kan mij niet gegarandeerd worden dat er slechts drie mensen zijn die deze handeling uitvoeren. Daarom kocht ik dit altijd zelf in via mijn PGB. Mijn zorgverzekeraar wil hier echter geen indicatie voor geven omdat het onderdeel is van de regeling ADL-assistentie.”*

### **Praktijkverhaal**

*“Als ik naar buiten wil moet ik volgens de gemeente maar een vrijwilliger meenemen. Ik kan bij de vrijwilligerscentrale een aanvraag doen en dan kan er iemand met mij mee, bijvoorbeeld naar het ziekenhuis. Dat ik dan elke keer een andere vrijwilliger heb is volgens de gemeente geen probleem. Maar mijn zorgvraag is behoorlijk complex en ik kan niet aan iedere vrijwilliger vragen of hij me wil helpen met opstaan om samen mijn jas aan te doen. Daar heb ik onvoldoende vertrouwen in.”*

## 4.2 Uitkomsten digitale enquête

Op 10 juni 2016 zijn alle ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag aangeschreven voor deelname aan de digitale enquête.<sup>7 8</sup> De groep ADL-bewoners die is aangeschreven bestaat uit:<sup>9</sup>

- Alle ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die na 31 december 2014 zijn ingestroomd in de regeling ADL-assistentie (ongeveer 100 cliënten).
- Alle ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruikmaken van ADL-assistentie en die gebruikmaken van de regeling Wlz-indiceerbaren (ongeveer 85 cliënten).
- Alle ADL-bewoners die voor 31 december 2014 gebruikmaakten van de regeling ADL-assistentie en die een indicatie hadden voor meer dan 25 uur zorg in de AWBZ dan wel gebruik maakten van de toeslag ademhalingsondersteuning(ongeveer 100 cliënten)<sup>10</sup>.

Tabel 1 geeft een overzicht van de respons op de digitale enquête. Deze bedroeg 18%.

| Subgroep  | Aantal steekproef | Aantal doelgroep | Respons N | Respons %  | Van totaal  |
|---|-------------------|------------------|-----------|------------|-------------|
| Nieuw ingestroomd na 31-12-2014   | 100               | 15               | 3         | 20%        | 8%          |
| Cliënt bekend uit 2014 en gebruikmakend van regeling Wlz-indiceerbaren                                  | 85                | 85               | 27        | 32%        | 69%         |
| Cliënt bekend uit 2014 met meer dan 25 uur zorg en geen gebruikmakend van de regeling Wlz-indiceerbaren | 100               | 100              | 9         | 9%         | 23%         |
| <b>Totaal</b>   | <b>285</b>        | <b>200</b>       | <b>39</b> | <b>20%</b> | <b>100%</b> |

Tabel 1. Respons digitale enquête

### 4.2.1 Kenmerken van de respondenten

De kenmerken van de respondenten zijn weergegeven in tabel 2.

In de enquête hebben de respondenten aangegeven of zij behoren tot de groep ADL-bewoners die gebruik maken ademhalingsondersteuning of meer dan 25 uur zorg.<sup>11</sup>

| Respons  | Regeling Wlz-indiceerbaren | Zvw/Wmo  | Totaal    |
|--|----------------------------|----------|-----------|
| 'overige zorg' via                                 | 27 (69%)                   | 12 (31%) | 39 (100%) |
| Een zeer zware zorgvraag: ademhalingsondersteuning | 18 (67%)                   | 2 (17%)  | 20 (51%)  |
| Een zeer zware zorgvraag: meer dan 25 uur zorg     | 9 (33%)                    | 10 (83%) | 19 (49%)  |

Tabel 2. Kenmerken respondenten

<sup>7</sup> Op basis van het landelijke berichtenverkeer rondom indicaties en declaraties is een overzicht gemaakt van de cliënten die mogelijk behoren tot de doelgroep van het onderzoek.

<sup>8</sup> De persoonlijke brief is van overheidswege verzonden. Anonimiteit is bij de digitale enquête gewaarborgd door geen naar-de-persoon-herleidbare-gegevens te verzamelen en vast te leggen. Deelnemers konden, op eigen verzoek, een e-mailadres achterlaten voor terugkoppeling over de onderzoeksresultaten.

<sup>9</sup> Voor de cliënten onder (a) geldt dat onbekend is of zij behoren tot de doelgroep omdat na 1 januari 2015 geen landelijk overzicht is van de zorg naast ADL-assistentie die cliënten afnemen. Dit is namelijk georganiseerd via de Wmo (gemeente waar de cliënt woont) en Zorgverzekeringswet (eigen zorgverzekeraar van de cliënt). De schatting van de onderzoekers is dat ongeveer 15% van deze cliënten tot de doelgroep behoort. Deze inschatting is gebaseerd op het feit dat er in 2014 ongeveer 1.400 cliënten gebruikmaakten van de regeling ADL-assistentie en dat hiervan ongeveer 200 cliënten vielen binnen de doelgroep van het onderzoek (25 uur of meer aanvullende zorg naast ADL-assistentie of het gebruik van ademhalingsondersteuning).

<sup>10</sup> Bij de selectie vanuit de landelijke database is een optelling van de gemiddelde omvang van de bandbreedte in uren per functie gemaakt. Daarom is iedereen die meer dan 24,5 uur zorg ontving in 2014 meegenomen in de selectie.

<sup>11</sup> Mensen die gebruik maken van ademhalingsondersteuning en als gevolg daarvan meer dan 25 uur zorg ontvangen zijn in dit hele onderzoek meegenomen in de populatie 'ademhalingsondersteuning'.

De tabel laat zien dat mensen die gebruik maken van ademhalingsondersteuning vooral gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren. Voor de respondenten die meer dan 25 uur zorg afnemen geldt dat zij grotendeels gebruik maken van de Zvw en/of Wmo. In de digitale enquête is gevraagd naar een aantal basisgegevens over de woon- en leefsituatie:

- Acht respondenten wonen met een partner, dit zijn vier ADL-bewoners met ademhalingsondersteuning en vier ADL-bewoners die meer dan 25 uur zorg ontvangen. Van deze acht ADL-bewoners kozen in 2014 vijf voor de regeling Wlz-indiceerbaren en drie voor de Zvw/Wmo.
- Er zijn zes respondenten die betaald werk verrichten. Vier maken gebruik van ademhalingsondersteuning. Er zijn vijf respondenten die in 2014 kozen voor de regeling Wlz-indiceerbaren.

#### 4.2.2 Kenmerken 'overige zorg'

In de digitale enquête is gevraagd wat de omvang is aan zorguren per week. Tabel 3 geeft het individueel gemiddeld aantal uren per functie per week weer in de responsgroep.

| Gemiddeld uren zorg per functie  | Wlz-indiceerbaren |                          |               | Zvw/Wmo     |                          |              |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------|-------------|--------------------------|--------------|
|                                  | Totaal            | Ademhalingsondersteuning | > 25 uur zorg | Totaal      | Ademhalingsondersteuning | >25 uur zorg |
| Persoonlijke verzorging          | 10,2              | 7,8                      | 17,5          | 20,8        | 18,0                     | 21,4         |
| Verpleging                       | 12,2              | 12,6                     | 11,0          | 4,3         | 5,5                      | 4,0          |
| Begeleiding individueel          | 6,0               | 6,0                      | 5,8           | 5,3         | 9,0                      | 4,6          |
| Begeleiding groep (dagbesteding) | 0,7               | 0,8                      | 0,5           | 0,2         | 0,0                      | 0,2          |
| Huishoudelijke hulp              | 4,5               | 4,8                      | 3,7           | 7,2         | 8,5                      | 6,9          |
| <b>Totaal excl. Dagbesteding</b> | <b>32,9</b>       | <b>31,2</b>              | <b>38,0</b>   | <b>37,6</b> | <b>41,0</b>              | <b>36,9</b>  |

Tabel 3. Individuele gemiddelde omvang zorguren per week, responsgroep

De wijze waarop de respondenten hun zorg kunnen verzilveren wordt bepaald door de mogelijkheden die de regeling Wlz-indiceerbaren, Zvw en/of Wmo biedt. In de digitale enquête hebben we gevraagd naar de wijze waarop cliënten hun zorg verzilveren.

- Het merendeel van de respondenten (89%) neemt zorg af in de vorm van een Persoonsgebonden budget (PGB)<sup>12</sup>. Dit betreft 23 mensen die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren (85% van deze groep) en 9 mensen die gebruik maken van de Zvw/Wmo (75%).
- Een deel van deze mensen (8 personen) kent een combinatie van PGB en zorg in natura. Daarbij zetten zij de naturazorg in voor huishoudelijke hulp of dagbesteding. Voor de mensen die gebruik maken van huishoudelijke hulp in natura zorg geldt dat dit ook regelmatig voorkomt in combinatie met een PGB vanuit de regeling Wlz-indiceerbaren.

Het overgrote deel van de respondenten maakt dus gebruik van de verzilveringsvorm PGB. XpertiseZorg organisatieadviseurs heeft in de digitale enquête gevraagd naar de reden om voor deze verzilveringsvorm te kiezen. Respondenten gaven hierop de volgende reactie:

- "Het geeft vrijheid om zelf zorgverleners te kiezen."

<sup>12</sup> Dit is inclusief de mensen die gebruik maken van een combinatie van PGB en Zorg in Natura

- “Het geeft meer mogelijkheden om zorg buiten de deur te organiseren, op de tijden die ik wil.”
- “Mijn zorg is zo complex dat het niet mogelijk is om dit met zorg in natura te organiseren.” Dit is door twee personen aangegeven. Beiden hebben te maken met ademhalingsondersteuning.

De minderheid van de respondenten maakt volledig gebruik van zorg in natura bij het organiseren van de ‘overige zorg’ naast de ADL-assistentie. Dit zijn er vier (11%). Redenen die hierbij werden genoemd zijn:

- “Het is relatief makkelijk te regelen.”
- “Daarmee is de kwaliteit geborgd.”

In de digitale enquête is gevraagd wat het aantal hulpverleners is dat ‘overige zorg’ biedt. Deze is weergegeven in tabel 4.

| Aantal hulpverleners overige zorg | Wlz-indiceerbaren        |               | Zvw/Wmo                  |              |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
|                                   | Ademhalingsondersteuning | > 25 uur zorg | Ademhalingsondersteuning | >25 uur zorg |
| 1                                 | 1                        | 3             |                          | 3            |
| 2 of 3                            | 4                        | 1             | 1                        | 3            |
| 3 of 4                            | 4                        | 3             | 1                        | 4            |
| 5 t/m 10                          | 6                        | 1             |                          |              |
| 10 of meer                        | 3                        | 1             |                          |              |

Tabel 4. Aantal hulpverleners per cliënt voor overige zorg

Wat opvalt is dat respondenten die gebruikmaken van de regeling Wlz-indiceerbaren van *meer zorgverleners* gebruikmaken voor de ‘overige zorg’ dan ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruikmaken van de Zvw/Wmo dat doen. In de praktijk blijkt dat voorkomt dat mensen die gebruik maken van de Zvw/Wmo één hulpverlener voor beide domeinen inzetten. Financiering vindt dan ook vanuit beide domeinen plaats.

In de diepte-interviews kwam naar voren dat in een aantal gevallen ‘overige zorg’ wordt ingezet naast ADL-assistentie *in de woning*. De digitale enquête bevestigt dit beeld. Er zijn 28 respondenten (72%) die gebruikmaken van ‘overige zorg’ *in de woning*.

In de digitale enquête is gevraagd naar de activiteiten die deze ‘overige zorg’ in de woning betreft. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 5. Er kunnen meerdere redenen tegelijkertijd van toepassing zijn.

| Activiteiten ‘overige zorg’ binnenshuis                            | Wlz-indiceerbaren        |               | Gebruik Zvw/Wmo          |              |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
|  | Ademhalingsondersteuning | > 25 uur zorg | Ademhalingsondersteuning | >25 uur zorg |
| Verpleegtechnisch handelen in verband met ademhalingsondersteuning | 10                       | 1             | 2                        |              |
| Verpleegtechnisch handelen overig                                  | 8                        | 2             | 1                        | 6            |
| Alarmopvolging   | 6                        | 1             |                          | 5            |
| Transfers  | 6                        | 2             |                          | 3            |
| Anders   | 10                       | 1             | 1                        | 5            |

Tabel 5. Activiteiten ‘overige zorg’ binnenshuis

In de digitale enquête is gevraagd naar de redenen waarom 'overige zorg' binnen de woning wordt ingezet. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 6. Er kunnen meerdere redenen tegelijkertijd van toepassing zijn.

| Redenen 'overige zorg' binnenshuis                            | Wlz-indiceerbaren             |                  | Zvw/Wmo                       |     |
|---|-------------------------------|------------------|-------------------------------|-----|
|   | Ademhalings-<br>ondersteuning | > 25 uur<br>zorg | Ademhalings-<br>ondersteuning | >25 |
| De handelingen passen niet binnen de regeling ADL-assistentie | 10                            | 1                | 2                             | 5   |
| De kwaliteit van de ADL-assistent vind ik onvoldoende         | 4                             | 1                |                               | 1   |

Tabel 6. Redenen 'overige zorg' binnenshuis

De meerderheid van de respondenten geeft aan de 'overige zorg' binnenshuis nodig is omdat de activiteiten niet passen binnen de regeling ADL-assistentie.<sup>13</sup>

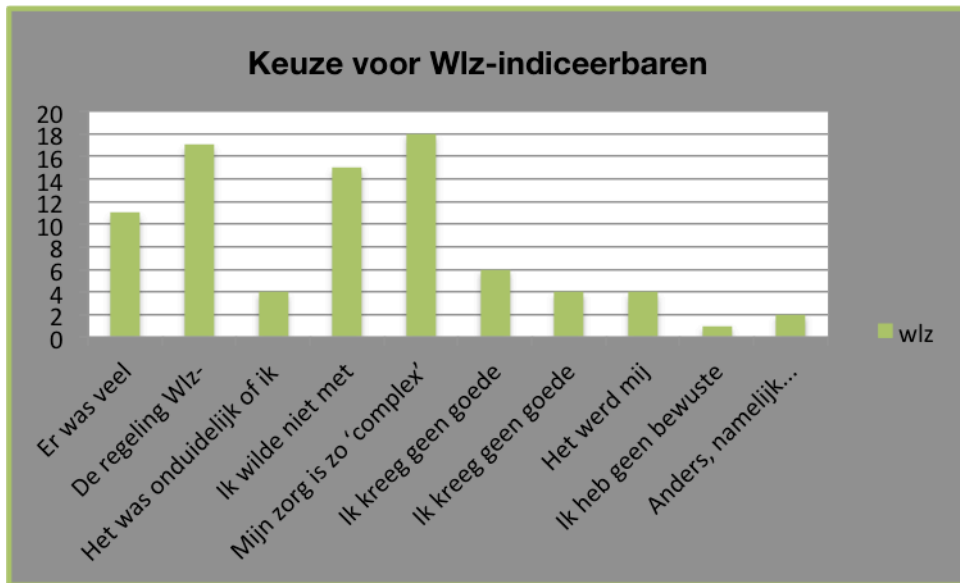
#### 4.2.3 Ervaringen van gebruikers van de regeling Wlz-indiceerbaren

In de digitale enquête is gevraagd naar de redenen om te kiezen voor de regeling Wlz-indiceerbaren. Daarbij waren de volgende antwoordcategorieën mogelijk:

- a. Er was veel onduidelijkheid over de zorgverzekeringswet en Wmo.
- b. De regeling Wlz-indiceerbaren was voor mij duidelijk en bood me zekerheid dat ik de zorg kon krijgen/houden waar ik behoefte aan heb.
- c. Het was onduidelijk of ik anders wel gebruik kon maken van het PGB.
- d. Ik wilde niet met verschillende financiers (deel Zorgverzekeringswet, deel gemeente) te maken hebben.
- e. Mijn zorg is zo 'complex' dat ik niet bij de Zvw/Wmo thuis hoor.
- f. Ik kreeg geen goede informatie van mijn gemeente over de Wmo.
- g. Ik kreeg geen goede informatie van mijn zorgverzekeraar.
- h. Het werd mij aangeraden/ geadviseerd door..
- i. Ik heb geen bewuste keuze gemaakt.
- j. Anders, namelijk...

Grafiek 1 biedt een grafische weergave van de reacties, op de verticale as staat het aantal respondenten dat een antwoord heeft gegeven. Opgemerkt dient te worden dat respondenten meerdere antwoorden konden aangeven.

<sup>13</sup> Daarnaast zijn er door mensen ook andere redenen aangegeven, dit betrof dan specifiek de huishoudelijke hulp. Omdat deze huishoudelijke hulp niet opgenomen is in de regeling ADL-assistentie en niet bedoeld was met deze vraag hebben we deze antwoordcategorie niet opgenomen in bovenstaande tabel.



Grafiek 1. Redenen om te kiezen voor de regeling Wlz-indiceerbaren

In de categorie 'anders' zijn genoemd: 'de functie toezicht en aanwezigheid (onplanbare) zorg is onmogelijk in de Zorgverzekeringswet die heb ik wel nodig' (cliënt 1) en: 'zekerheid voor een langere periode zonder dat de gemeente of zorgverzekeraar mijn uren zou korten' (cliënt 2).

De respondenten die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren hebben hier destijds in hoofdzaak voor gekozen om de volgende redenen:

- "Mijn zorg is zo 'complex' dat ik niet bij de Zvw/Wmo thuis hoor."
- "De regeling Wlz-indiceerbaren was voor mij duidelijk en bood me zekerheid dat ik de zorg kon krijgen/houden waar ik behoefte aan heb."
- "Ik wilde niet met verschillende financiers (deel verzekeraar, deel gemeente) te maken hebben."

Voor alle respondenten die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren geldt dat zij minimaal één positieve ervaring hebben met de regeling. Deze ervaringen zijn met name:

- "Ik heb voldoende regie over de invulling van mijn dagelijks leven."
- "Ik heb hierdoor de mogelijkheden om het leven te leiden dat ik wil."
- "Ik heb op deze manier voldoende vertrouwen en het gevoel van veiligheid bij de geleverde ondersteuning."

Vier respondenten (15% van deze subgroep) hebben een negatieve ervaring met de regeling Wlz-indiceerbaren. Het gaat dan met name om:

- "Bureaucratie."
- "Te weinig aanvullende zorg naast ADL-assistentie."
- "Er zijn knelpunten bij de organisatie van zorg tijdens vakantie."

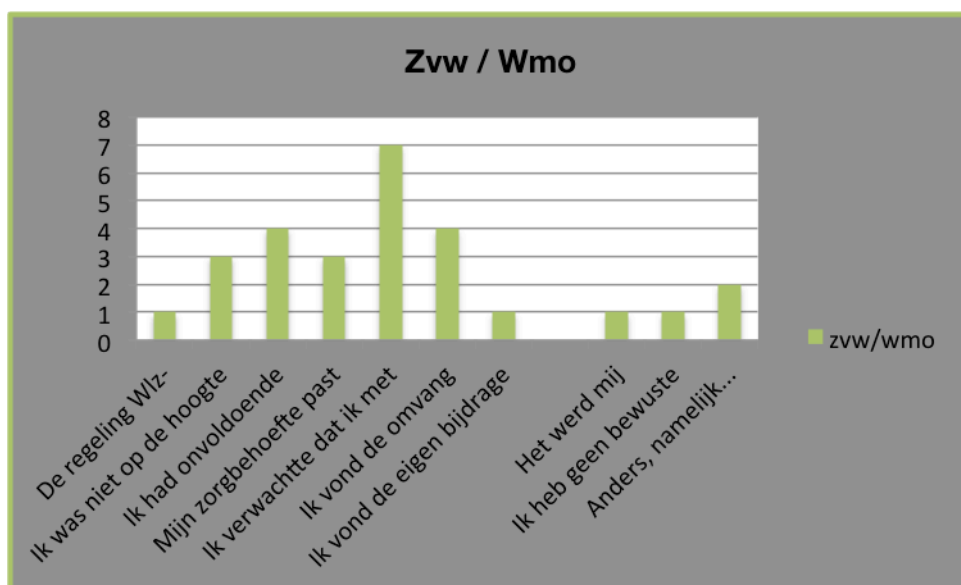
Als aanbeveling geeft de responsgroep ADL-bewoners 'regeling Wlz-indiceerbaren' mee om de huidige invulling van de regeling Wlz-indiceerbaren zo te laten. Hierbij wordt aangegeven dat dit van belang is om het schuiven tussen zorgfuncties mogelijk te houden en de regeling de regiemogelijkheid ondersteunt om het leven te leiden zoals de groep ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag dit wil leiden.

## 4.2.4 Ervaringen van gebruikers van de Zvw en/of Wmo

In de digitale enquête is gevraagd naar de redenen om te kiezen voor de Zvw/Wmo. Daarbij waren de volgende antwoordcategorieën mogelijk:

- De regeling Wlz-indiceerbaren bood mij slechts 1 jaar zekerheid.
- Ik was niet op de hoogte van de regeling Wlz-indiceerbaren.
- Ik had onvoldoende informatie om een goede keuze te maken en heb daarom niet echt kunnen kiezen.
- Mijn zorgbehoefte past niet bij de regeling Wlz-indiceerbaren.
- Ik verwacht dat ik met de Zvw/Wmo meer ruimte kreeg om mijn zorgbehoefte in te vullen.
- Ik vond de omvang huishoudelijke hulp in de regeling Wlz-indiceerbaren te laag.
- Ik vond de eigen bijdrage voor de regeling Wlz-indiceerbaren te hoog.
- Ik voelde me gedwongen door..
- Het werd mij aangeraden/geadviseerd door..
- Ik heb geen bewuste keuze gemaakt.
- Anders, namelijk...

Grafiek 2 biedt een grafische weergave van de reacties, op de verticale as staat het aantal respondenten dat een antwoord heeft gegeven. Opgemerkt dient te worden dat respondenten meerdere antwoorden konden aangeven.



Grafiek 2. Redenen om te kiezen voor de Zvw en/of Wmo

In de categorie ‘anders’ zijn genoemd: “zorg in vakantieperiodes kon ik niet krijgen via de regeling Wlz-indiceerbaren” (cliënt 1), “ik dacht dat ik via de zorgverzekeraar meer regie zou hebben” (cliënt 2).

De ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruik maken van de Zvw en/of Wmo hebben hier destijds in hoofdzaak voor gekozen om de volgende redenen:

- “Ik verwacht dat ik met de Zvw/Wmo meer ruimte kreeg om mijn zorgbehoefte in te vullen.”
- “Ik had onvoldoende informatie om een goede keuze te maken en heb daarom niet echt kunnen kiezen / Ik vond de omvang huishoudelijke hulp in de regeling Wlz-indiceerbaren te laag.”



Voor tien ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die gebruik maken van de Zvw/Wmo geldt dat zij minimaal één positieve ervaring hebben met de regeling. Deze ervaringen zijn met name:

- “Ik heb voldoende regie over de invulling van mijn dagelijks leven.”
- “Ik heb hierdoor de mogelijkheden om het leven te leiden dat ik wil.”
- “Op deze manier ontvang ik goede zorg die nodig is voor mijn aandoening.”

Vier mensen (25% van deze subgroep) hebben een negatieve ervaring met de Zvw/Wmo. Het gaat dan om:

- “Het langs elkaar heen werken van de verschillende financieringsstromen.”
- “Onvoldoende kwaliteit van zorg bij de huidige aanbieder van overige zorg, die ik in Natura ontvang.”
- “Bureaucratie.”

Als aanbeveling geeft de ‘responsgroep ADL-bewoners Zvw en/of Wmo’ mee om financiers meer inzicht te laten krijgen in de doelgroep en het belang van ‘overige zorg’ naast ADL-assistentie. Daar wordt nog te vaak en teveel onbekendheid met de zorgsituatie ervaren. Daarnaast wordt ook de kwaliteit en deskundigheid van personeel (zowel ADL-assistentie als aanbieders van zorg in natura bij het bieden van ‘overige zorg’) genoemd.

#### **4.2.5 Belangrijke factoren bij de organisatie van zorg en of dit lukt in de praktijk**

In de digitale enquête hebben we gevraagd hoe belangrijk diverse aspecten van de invulling en organisatie van ‘overige zorg’ zijn. Ook hebben we gevraagd in hoeverre de uitvoering van deze aspecten in de praktijk gerealiseerd wordt. Het gaat hierbij om de volgende aspecten:

- Schuiven tussen zorgfuncties.
- Eén aanspreekpunt voor de financiering van alle zorg naast de ADL-assistentie.
- Administratie beperken.
- Aantal zorgverleners beperken.
- De mogelijkheid om met 1 zorgplan te werken dat uitgaat van het gemiddelde om de zorg te organiseren (flexibiliteit).
- Niet steeds nieuwe indicaties aanvragen bij wijzigingen in zorgvraag.
- De mogelijkheid om binnen mijn zorgbudget zelf hulpverleners te kiezen.
- Mogelijkheid voor een bestedingsvrij bedrag.
- Mogelijkheid om voldoende zorg/ondersteuning te ontvangen.

Beide subgroepen in de responsgroep hebben de aspecten beoordeeld op het belang dat ze eraan hechten en de mate waarin het in de praktijk lukt om het te realiseren. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in bijlage 3. We hebben de uitkomsten geanalyseerd door het belang te vergelijken met de realisatie. Hieruit ontstaat een beeld van factoren die goed werken en factoren die mogelijk aandacht behoeven (omdat ze belangrijk zijn maar niet goed worden uitgevoerd).

Uit de analyse trekken we een aantal praktijkconclusies:

- Het **'schuiven tussen zorgfuncties'** is voor ADL-bewoners met ademhalingsondersteuning en ADL-bewoners die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren (veelal dezelfde doelgroep) belangrijker dan bij ADL-bewoners die gebruik maken van de Zvw/Wmo of die 25 uur of meer zorg ontvangen (veelal dezelfde doelgroep).
- Het **'schuiven tussen zorgfuncties'** door ADL-bewoners met ademhalingsondersteuning en ADL-bewoners die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren (veelal dezelfde doelgroep) lukt in de praktijk ook een stuk beter dan bij ADL-bewoners die gebruik maken van de Zvw/Wmo of die 25 uur of meer zorg ontvangen (veelal dezelfde doelgroep).
- Het hebben van **'één aanspreekpunt'** is minder belangrijk voor ADL-bewoners die gebruik maken van de Zvw/Wmo en voor ADL bewoners die meer dan 25 uur of meer zorg ontvangen.<sup>14</sup>
- Het **'beperken van administratie'** voor is alle groepen ADL-bewoners even belangrijk is en lukt bij de invulling in de praktijk ook in gelijke mate.
- Het **'werken met 1 zorgplan'** is voor alle groepen ADL-bewoners nagenoeg even belangrijk, evenals het **'niet steeds opnieuw aanvragen van indicaties'** bij verandering in zorgvraag.
- In de praktijk lukt het **'niet steeds opnieuw aanvragen van indicaties'** minder goed bij ADL-bewoners die gebruikmaken van de Zvw/Wmo of die 25 uur of meer zorg ontvangen (veelal dezelfde doelgroep).
- De mogelijkheid om **'zelf hulpverleners te kiezen'** is voor alle groepen ADL-bewoners belangrijk.
- Bij ADL-bewoners die gebruik maken van de Zvw/Wmo en ADL bewoners die meer dan 25 uur of meer zorg ontvangen (veelal dezelfde doelgroep), lukt het **'zelf hulpverleners kiezen'** in de praktijk echter minder goed.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Mogelijk dat bij de beantwoording van deze vraag de bestaande praktijk van invloed is geweest op de beantwoording. In de praktijk zijn er namelijk al meerdere aanspreekpunten en is het niet mogelijk om dit te beperken. Hetzelfde geldt voor het beperken van het aantal zorgverleners, het organiseren van voldoende zorg en het hebben van een bestedingsvrij bedrag.

<sup>15</sup> Mogelijk heeft dit te maken met de verschillende tarieven tussen formele en informele zorg die in de Zorgverzekeringswet worden gehanteerd.

## 5. Ervaringen van stakeholders

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de uitkomsten van onderzoek onder diverse stakeholders die betrokken zijn bij de 'overige zorg' naast ADL-assistentie: zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Deze stakeholders zijn door de onderzoekers geïnterviewd en bevraagd op de bekendheid met knelpunten in de overige zorg aan ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag.

### 5.1 Zorgkantoren en zorgverzekeraars

Zorgkantoren en zorgverzekeraars wijzen op de bijzondere kenmerken van de uitvoering van de regeling Wlz-indiceerbaren enerzijds en de Zvw anderzijds:

- Als ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag in 2014 hebben gekozen voor de regeling Wlz-indiceerbaren dan verloopt dit via de landelijke regeling (administratief uitgevoerd door de regionale zorgkantoren).
- Als zij gekozen hebben voor de Zvw dan is er contact met de zorgverzekeraar.

Dit maakt dat de inhoudelijke betrokkenheid van zorgkantoren bij de doelgroep in de praktijk relatief beperkt is. De meest directe betrokkenheid ontstaat op het moment dat ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag op grond van de Wlz een PGB hebben en ook bij vraagstukken over de toepassing van wetgeving.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor uitvoering van Zvw. In de praktijk gaat het dan eventueel om wijkverpleging die wordt geboden aan ADL-bewoners.

Onder de zorgverzekeraars geven twee zorgverzekeraars aan dat er signalen zijn van knelpunten rondom deze specifieke doelgroep. Eén zorgverzekeraar heeft een casuoverleg georganiseerd waarin specifieke vragen van bijzondere doelgroepen aan bod komen. Daarin is gesignaleerd dat er vanuit de bewoners van ADL-woningen vragen komen. Met name de oproepbare zorg en de snijvlakken met de regeling ADL-assistentie zijn hierin naar voren gekomen. Deze signalen zijn ook bij de afdeling 'medisch advies' van een andere zorgverzekeraar bekend. Daar wordt bij de toekenning van PGB's kritisch gekeken naar de afgegeven indicatie als bekend is dat een cliënt valt onder de regeling ADL-assistentie.

Op het vlak van indicatiestelling worden eveneens aandachtspunten benoemd: de indicatie voor de overige zorg vanuit de Zvw wordt gesteld door wijkverpleegkundigen die in dienst zijn bij zorgaanbieders met wie de verzekeraar een overeenkomst voor naturazorg heeft. Per verzekeraar verschilt het beleid van indicatiestelling tot toekenning van een budget. Sommige verzekeraars bekijken strikt welke zorg wordt aangevraagd en kijken ook naar de woonplaats (al dan niet ADL-wonen) bij het toekennen van een budget. Andere verzekeraars doen dat (nog) niet, mede vanwege beperkingen in hun administratieve systeem.

Als er sprake is van ADL-wonen dan signaleert een deel van de verzekeraars knelpunten bij de overige zorg, omdat er uiteindelijk minder zorg *binnenshuis* wordt toegekend dan wordt aangevraagd door bewoners. Verzekeraars kijken daarbij naar de zogenaamde EVA-lijst (lijst welke handelingen in een ADL-woning geleverd dienen te worden) om te bekijken wat aanvullend geïndiceerd kan worden.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Tevens wordt door verzekeraars opgemerkt dat er in de wijkverpleging in het algemeen knelpunten bestaan voor mensen met een complexe zorgvraag. Dat is breder dan alleen de bewoners van de ADL-woningen.

## 5.2 Gemeenten

Onder gemeenten is er sprake van een relatieve onbekendheid met de onderzoeksgroep ADL-bewoners met een een zeer zware zorgvraagvraag en de vraag of er knelpunten zijn.

Door de gemeenten die bekend waren met de doelgroep (in dit onderzoek twee) is aangegeven dat zij de doelgroep relatief zwaar vinden binnen de populatie die behoort tot de Wmo. ADL-bewoners hebben veel huishoudelijke hulp nodig omdat zij zelf vrijwel niets kunnen doen. Dat wijkt af van de andere gebruikers van de Wmo.

Daarbij komt dat ook het bereiden van maaltijden regelmatig wordt aangevraagd als Wmo-ondersteuning. Gemeenten verwachten hierin een taak bij de aanbieder van ADL-assistentie en kijken daarom kritisch naar een dergelijk beroep op de Wmo.

Gemeenten geven aan dat de ervaren onmogelijkheid van onplanbare (oproepbare) zorg in de Zorgverzekeringswet een groter beroep op de Wmo doet. Als ADL-bewoners op pad gaan dan is er regelmatig continue aanwezigheid van een hulpverlener nodig. Daarvoor wordt nu door ADL-bewoners een vraag bij de Wmo neergelegd. Voor de tijd dat er dan een taak ligt die behoort tot persoonlijke verzorging of verpleging is een indicatie van de zorgverzekeraar aanwezig. De 'overige tijd' (aanwezigheidstijd) komt ten laste van de gemeente, zo wordt aangegeven. Ze kijken daarom kritisch naar een dergelijk beroep op de Wmo bij activiteiten buitenshuis.

Gemeenten geven aan redelijk te willen zijn, maar ook te maken te hebben met een beperkt budget. Alternatieven (zoals inzet van vrijwilligers of andere ondersteuningsvormen in de vorm van digitale technologie) wordt als 'gebruikelijk' gezien. Tegelijkertijd signaleren ze dan wel een gevoel van 'inperking van vrijheid' bij cliënten.

## 5.3 Zorgaanbieders ADL en 'overige zorg'

XpertiseZorg organisatieadviseurs heeft voor het onderzoek contact gehad met de aanbieders van ADL-assistentie en de ervaringen die zij hebben met de 'overige zorg'.

De aanbieders van ADL-assistentie geven aan dat zij beperkt met knelpunten in de 'overige zorg' te maken hebben, omdat de ADL-assistentie en 'overige zorg' gescheiden zijn. De aanbieders van ADL-assistentie bieden immers geen 'overige zorg'. De achterliggende waarneming is dat cliënten het juist fijn vinden om hun 'overige zorg' bij andere personen af te nemen, die zij het liefst zelf selecteren door middel van een PGB.

Voor het onderzoek heeft XpertiseZorg organisatieadviseurs tevens contact gezocht met aanbieders van 'overige zorg'. In de praktijk zijn dit grotendeels zelfstandige zorgverleners die door ADL-bewoners *op individuele basis* worden ingezet op basis van een PGB.

Door deze individuele PGB-relatie zijn geen algemene ervaringen op te halen bij deze zorgverleners. In aanvulling daarop is door ADL-bewoners in het onderzoek aangegeven dat hulpverleners individuele taken/opdrachten uitvoeren en dat hulpverleners verder geen inzicht en overzicht hebben over de gehele organisatie en financiering van de 'overige zorg' naast ADL-assistentie.

## 6. Uitkomsten consultatie

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van reflectie met vertegenwoordigers van cliëntenraden, cliënt vertegenwoordigende organisaties en overige landelijke organisaties. Op 28 juni 2016 is deze bijeenkomst gehouden om de uitkomsten uit de diepte-interviews en digitale enquête nader te voorzien van achtergronden en duidingen.

De consultatiebijeenkomst leverde aanvullende inzichten op over drie onderwerpen die in het kader van het onderzoek (kunnen) spelen / speelden bij ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag:

- Huishoudelijke hulp.
- Tariefstelling.
- Indicatiestelling.

We gaan hier nader op in.

Allereerst het onderwerp huishoudelijke hulp. Eén van de redenen die door veel respondenten in de digitale enquête is gegeven om te kiezen voor de Zvw/Wmo is de relatief lage component huishoudelijke hulp in de regeling Wlz-indiceerbaren. Tijdens de consultatiebijeenkomst is aangegeven dat dit probleem sindsdien is opgelost door een toevoeging van budget aan de regeling Wlz-indiceerbaren. Op het moment van kiezen, december 2014, was dit echter nog niet bekend. Dit verklaart dat dit punt in dit onderzoek opnieuw naar voren is gekomen. De aanpassing van het budget van de regeling Wlz-indiceerbaren maakt de situatie voor de subgroep ADL-bewoners 'regeling Wlz-indiceerbaren' vergelijkbaar met de situatie voor 1 januari 2015.

Dan de tariefstelling. Het onderscheid tussen formele- en informele tarieven in de PGB-bestedingsregels (Zvw) bij zorgverzekeraars is door respondenten benoemd als knelpunt. Hier is nader bij stilgestaan. Het betekent dat voor formele zorgverleners<sup>17</sup> een hoger uurtarief mag worden afgesproken en gedeclareerd dan voor andere (informele) zorgverleners. ADL-bewoners geven aan de vrijheid om zelf tariefafspraken te maken de mogelijkheid biedt voor maatwerk met het budget. De regelgeving bij de besteding van het PGB Zvw betekent een beperking in vergelijking met de bestedings(mogelijkheden) van het PGB op grond van de Wlz. Door stakeholders is tijdens de consultatiebijeenkomst opgemerkt dat ook gemeenten werken met een tariefdifferentiatie in de PGB tarieven en dat ook voor nieuwe Wlz-indicaties een onderscheid in formele en informele zorgverleners geldt. Voor de hand ligt dat het type bestedingsregels zoals nu voor PGB Zvw ook toegepast zal gaan worden in de regeling Wlz-indiceerbaren.

Het derde onderwerp betreft de indicatiestelling voor de Wlz. ADL-bewoners die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren vallen nog onder de beleidsregels 2014. Anno 2016 worden zij als ze een herindicatie aanvragen nog vanuit de oude beleidsregels beoordeeld (rechtsbescherming in relatie tot de overgangsregeling). Wanneer de nieuwe beleidsregels toegepast zouden worden, met daarin ook nieuwe normeringen voor handelingen, zouden de indicaties beperkter kunnen worden. Door de overgangsregeling merken veel bewoners van ADL-woningen met een zeer zware zorgvraag daar nog weinig van, maar in de toekomst kan dat anders uitpakken. Dit is een aandachtspunt.

---

<sup>17</sup> in geval van de Zorgverzekeringswet zijn dit veelal verpleegkundige zorgverleners met een BIG-registratie.

## 7. Samenvattende conclusies

Dit hoofdstuk bevat samenvattende conclusies. Het onderzoek richt zich op de praktijkervaringen van mensen met ADL assistentie met een zeer zware zorgvraag. Zijn er knelpunten bij het regelen van de 'overige zorg' in de praktijk? Of juist positieve ervaringen? Ook is de vraag of deze samenhangen met de financieringsvorm op basis waarvan deze zorg wordt geleverd: de regeling Wlz-indiceerbaren, Wmo en/of Zvw.

**In dit onderzoek staat de vraag centraal: Wat zijn de ervaringen met 'overige zorg' die wordt geboden aan ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag?**

### 7.1 Algemene conclusie

Het onderzoek leidt tot de algemene conclusie dat ADL-bewoners met een een zeer zware zorgvraag geen grote knelpunten ervaren die het dagelijks leven ernstig belemmeren. Wel zijn er verschillen in ervaring tussen ADL-bewoners die gebruik maken van de regeling Wlz-indiceerbaren en de Zvw en/of Wmo. Stakeholders signaleren eveneens geen grote knelpunten, wel aandachtspunten in de uitvoering.

De ervaring van ADL-bewoners wordt 'gekleurd' door de wettelijke basis op grond waarvan ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag zorg kunnen organiseren: ADL-bewoners die gebruik maken van de Wlz-regeling indiceerbaren zijn overwegend iets positiever over de mogelijkheid om de zorg te organiseren zoals ze dat willen. Vooral de mogelijkheid om te schuiven tussen zorgfuncties (inclusief huishoudelijke hulp) en de afhandeling via één loket worden als belangrijk voordeel gezien.

Het onderzoek laat zien dat de regeling Wlz-indiceerbaren de gevraagde flexibiliteit biedt voor de groep ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die maatschappelijk zeer actief zijn (betaald werk, actief sociaal leven). Ditzelfde geldt voor ADL-bewoners die voor zeer specifieke verpleegtechnische handelingen zijn aangewezen op een kleinere groep hulpverleners die ze zelf selecteren, soms opleiden, en het allerbelangrijkst: compleet vertrouwen.

Beide groepen ADL-bewoners zien een alternatief door 'overige zorg' vanuit de Zvw en/of Wmo momenteel niet als niet haalbaar. Dat komt met name door onduidelijkheid die in de praktijk blijkt te staan rondom de reikwijdte van ADL-assistentie (welke handelingen horen wel en niet tot de regeling), de invulling van oproepbare zorg in de praktijk en onvoldoende maatwerk door met name beperkt aanwezige specifieke kennis in het Zvw en Wmo domein. Meer aandacht voor de doelgroep in de uitvoering is hier gewenst.

Tijdens de consultatiebijeenkomst is aangegeven dat ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag best gebruik willen maken van de Zvw en Wmo, maar dat de juiste randvoorwaarden er moeten zijn. Het niet gebruiken van de Zvw/Wmo is dus geen principekwestie, maar een uitdaging in de afstemming van beleid.

Een specifieke oproep wordt gedaan te kijken naar ADL-bewoners met ademhalingsondersteuning en de absolute noodzaak van een korte responstijd.

## 7.2 Aandachtspunten voor de toekomst

Met het oog op de toekomst levert het onderzoek enkele aandachtspunten op.

Een eerste aandachtspunt die we mee willen geven gaat over de definitie van ‘overige zorg’ en het onderscheid met ADL-assistentie. Door ADL-bewoners wordt aangegeven dat ‘overige zorg’ echt iets anders is dan ADL-assistentie. Hierbij wordt het onderscheid als volgt verwoord:

- ADL-hulp wordt geleverd door de aanbieder van ADL-assistentie binnen de woning. Het gaat dan om zowel planbare als onplanbare zaken op het gebied van lichamelijke zorg inclusief het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen, maar ook hand- en spandiensten in de woning.
- Bij ‘overige zorg’ gaat het om zorg buitenshuis en een aantal activiteiten die binnenshuis worden uitgevoerd. Bij de activiteiten binnenshuis gaat het bijvoorbeeld om handelingen die niet binnen de regeling ADL-assistentie vallen, zoals taken waarvoor een beoordeling vanuit een verpleegkundige blik noodzakelijk is. Daarnaast blijkt in de praktijk dat ook voor andere zaken een beroep wordt gedaan op de ‘overige zorg’ omdat dit de wens van de cliënt is (vanwege het beperken van hulpverleners). Deze situaties zijn historisch gegroeid en zijn ook binnen de regeling Wlz-indiceerbaren mogelijk. Bij de overgang naar Zvw/Wmo kunnen hier knelpunten ontstaan als de uitvoering van de wetten niet wordt afgestemd voor deze specifieke groep zorgvragers. Met name de aandachtspunten uit paragraaf 7.1 op het gebied van verpleegtechnische handelingen spelen hierin een belangrijke rol.

Het onderzoek levert een aanbeveling op te komen tot meer bekendheid over de domeinafbakening tussen de regeling ADL-assistentie en de domeinen Wlz en Zvw/Wmo op grond waarvan de zeer zware zorg aan ADL-bewoners wordt vormgegeven. Gemeenten geven aan dat een deel van de groep ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag ‘oneigenlijk’ aanvoelt in de Wmo vanwege het complexe zorgprofiel en de noodzaak van continue nabijheid van zorg. De regeling Wlz-indiceerbaren biedt dit en de verlenging van deze regeling tot 1 januari 2019 is daarmee in lijn. Tegelijkertijd kan er een gevoel van rechtsongelijkheid ontstaan bij nieuwe instroom van ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag en (met terugwerkende kracht) bij ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die ‘spijt’ hebben niet aangegeven hebben (eind 2014) gebruik te willen maken van de regeling Wlz-indiceerbaren.

Tot slot is een derde aandachtspunt dat ADL-bewoners die nu gebruik maken van de Zvw en/of Wmo aangeven dat zij op onderdelen verbeteringen zien in de mogelijkheden om hun zorg te organiseren. Specifiek aandachtspunt is echter wel de ervaren onmogelijkheid om onplanbare zorg vanuit de Zvw te organiseren. Deze wens speelt juist bij ADL-bewoners met een zeer zware zorgvraag die te maken hebben met onplanbare zorg (één van de instroomcriteria in de ADL-regeling<sup>18</sup>).

---

<sup>18</sup> De behoefte aan minimaal vijf uur oproepbare zorg per week is een instroomcriterium.

## Bijlage 1: Afkortingen

|      |   |
|------|---|
| ADL  | Algemene dagelijkse levensverrichtingen   |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten      |
| CIZ  | Centrum Indicatiestelling Zorg            |
| EVA  | Eenvoudige verpleegtechnische assistentie |
| PGB  | Persoonsgebonden Budget                   |
| VNG  | Vereniging Nederlandse Gemeenten          |
| Wmo  | Wet maatschappelijke ondersteuning        |
| Wlz  | Wet langdurige zorg                       |
| Zvw  | Zorgverzekeringswet                       |



## **Bijlage 2: Betrokkenen vooronderzoek/diepte-interviews**

- Zorgkantoor CZ / Zorgverzekeraar CZ
- Zorgkantoor Zilveren Kruis / Zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorgkantoor Menzis / Zorgverzekeraar Menzis
- Zorgkantoor VGZ / Zorgverzekeraar VGZ
- Vereniging Spierziekten Nederland
- Ieder(in)
- Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning
- Stichting Fokus
- Nieuw Amstelrade (Amstelring)
- Stichting Wassenaarse Zorgverlening
- Cliëntenraad Fokus
- Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Gemeente Utrecht
- Gemeente Apeldoorn
- Tien cliënten (diepte-interviews).

## Bijlage 3: Belang en ervaring in de praktijk

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de mate waarin cliënten in de digitale enquête aangeven aspecten enerzijds ‘belangrijk’ vinden en anderzijds ‘de ervaring in de praktijk’.

De uitkomsten uit de digitale enquête geven een beeld van de ervaringen in de praktijk.

- We brengen eerst de groep “regeling Wlz-indiceerbaren” en “Zvw/Wmo” in de eerste tabel in beeld en kijken hierbij naar de uitkomsten en verhouding tussen “belang” en “ervaring”.
- Vervolgens kijken we naar een andere indeling: mensen met “ademhalingsondersteuning” en mensen die gebruik maken van “meer dan 25 uur zorg”. We doen hier hetzelfde als voorgaand beschreven. Dit doen we op basis van de tweede tabel.

De relevante uitkomsten hebben we opgenomen in hoofdstuk 4 van deze rapportage.<sup>19</sup>

|   | Belangrijk?                               |             | Mogelijk in de praktijk?               |              |
|---|---|-------------|--|--------------|
|   | 5 = erg belangrijk<br>1 = niet belangrijk |             | 5 = goed mogelijk<br>1 = niet mogelijk |              |
|   | Wlz-<br>indiceer<br>baar                  | Zvw/W<br>mo | Wlz-<br>indiceer<br>baar               | Zvw /<br>Wmo |
| Schuiven tussen zorgfuncties. Zorg organiseren zonder dat de indicatie belet.   | 3,6                                       | 3,1         | 4,2                                    | 3,0          |
| Eén aanspreekpunt voor de financiering van alle zorg naast de ADL-assistentie.  | 3,6                                       | 3,1         | 3,8                                    | 3,5          |
| Administratie beperken.   | 3,3                                       | 3,3         | 4,0                                    | 3,6          |
| Aantal zorgverleners beperken.  | 3,3                                       | 2,8         | 4,1                                    | 3,7          |
| De mogelijkheid om met 1 zorgplan te werken dat uitgaat van het gemiddelde om de zorg te organiseren (flexibiliteit). | 3,4                                       | 3,5         | 3,3                                    | 3,2          |
| Niet steeds nieuwe indicaties aanvragen bij wijzigingen in zorgvraag.   | 3,6                                       | 3,7         | 3,1                                    | 2,1          |
| De mogelijkheid om binnen mijn zorgbudget zelf hulpverleners te kiezen.   | 3,8                                       | 3,6         | 4,3                                    | 2,8          |
| Mogelijkheid voor een bestedingsvrij bedrag.  | 2,9                                       | 1,7         | 4,1                                    | 2,0          |
| Mogelijkheid om voldoende zorg/ondersteuning te ontvangen.  | 4,0                                       | 3,8         | 3,9                                    | 3,6          |

<sup>19</sup> Met het oog op de omvang van de steekproef kunnen we hier niet spreken van een statistische analyse, maar spreken we van een expertanalyse van de uitkomsten.

|   | Belangrijk?                               |         | Mogelijk in de praktijk?               |         |
|---|---|---------|--|---------|
|   | 5 = erg belangrijk<br>1 = niet belangrijk |         | 5 = goed mogelijk<br>1 = niet mogelijk |         |
|   | Adem-haling                               | 25+ uur | Adem-haling                            | 25+ uur |
| Schuiven tussen zorgfuncties. Zorg organiseren zonder dat de indicatie belet.   | 3,5                                       | 3,3     | 4,6                                    | 2,5     |
| Eén aanspreekpunt voor de financiering van alle zorg naast de ADL-assistentie.  | 3,7                                       | 2,9     | 4                                      | 3,1     |
| Administratie beperken.   | 3,35                                      | 3,2     | 3,95                                   | 3,7     |
| Aantal zorgverleners beperken.  | 3,1                                       | 2,9     | 4,25                                   | 3,6     |
| De mogelijkheid om met 1 zorgplan te werken dat uitgaat van het gemiddelde om de zorg te organiseren (flexibiliteit). | 3,25                                      | 3,6     | 3,6                                    | 2,6     |
| Niet steeds nieuwe indicaties aanvragen bij wijzigingen in zorgvraag.   | 3,7                                       | 3,5     | 3,05                                   | 2,2     |
| De mogelijkheid om binnen mijn zorgbudget zelf hulpverleners te kiezen.   | 3,9                                       | 3,4     | 4,35                                   | 3,0     |
| Mogelijkheid voor een bestedingsvrij bedrag.  | 2,85                                      | 2,0     | 4,25                                   | 2,2     |
| Mogelijkheid om voldoende zorg/ondersteuning te ontvangen.  | 3,9                                       | 3,9     | 3,95                                   | 3,8     |