

# Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg

Eindrapportage regio Zuid-Limburg

**Auteur(s)** drs. Maartje Hanning en dr. Patrick Jansen  
**Opdrachtgever** Ministerie van VWS

**Kenmerk** MG/19/0576/qmexpv  
**Publicatiedatum** 19 april 2019

© Bureau HHM



## Inhoud

<b>1.</b>	<b>Doel en werkwijze .....</b>	<b>3</b>
1.1	Werkwijze monitor regio Zuid-Limburg .....	3
1.2	Respons monitor regio Zuid-Limburg .....	4
1.3	Leeswijzer.....	5
<b>2.</b>	<b>Impact van experiment op klantreis .....</b>	<b>6</b>
2.1	Fase van vraagverheldering en vaststellen ondersteuningsvraag	6
2.2	Fase van aanvraag indicatie .....	8
2.3	Fase van oriëntatie op passend aanbod .....	8
2.4	Fase van start en aanpassen zorgverlening .....	10
<b>3.</b>	<b>Reflectie op experiment .....</b>	<b>15</b>
3.1	Bevorderende en belemmerende factoren.....	15
3.2	Adviezen voor andere organisaties/regio's.....	16
<b>4.</b>	<b>Samenvattende conclusie.....</b>	<b>17</b>
4.1	Worden wensen en behoeften goed gehoord?.....	17
4.2	Worden wensen en behoeften gerealiseerd? .....	17
4.3	Hoe waarderen cliënten informatie en ondersteuning?.....	18

1

2

3

4



# 1. Doel en werkwijze

*In de kwalitatieve monitor van het experiment Persoonsvolgende zorg in de regio Zuid-Limburg hebben wij onderzocht of cliënten ervaren dat zij vormen van zorg kunnen kiezen die goed aansluiten bij hun manier van leven, hun wensen en mogelijkheden.*

Het doel van de experimenten Persoonsvolgende zorg is het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past. Onder dit doel worden vier subdoelen onderscheiden:

1. versterken van de positie van de cliënt in het keuzeproces,
2. vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio,
3. zorgverlening die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt,
4. beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en -processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz.

1

*In de kwalitatieve monitor door bureau HHM staat de vraag centraal of de behoeften en voorkeuren van cliënten goed worden gehoord en gerealiseerd. En hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen.*

2

3

4

In deze rapportage beschrijven we onze werkwijze en bevindingen en beantwoorden we de centrale vraag.



MG/19/0576/qmexpv

## 1.1 Werkwijze monitor regio Zuid-Limburg

In de regio Zuid-Limburg hebben we in de eerst meting vragenlijsten uitgezet bij cliënten. In de tussentijdse rapportage hebben we verslag gedaan over deze resultaten. De respons op deze vragenlijst heeft inzicht gegeven in de wensen van cliënten en in de mate waarin cliënten informatie kunnen vinden en gebruiken om keuzes te maken voor het verkrijgen van passende zorg. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de tussentijdse rapportage (kenmerk PJ/18/1069/qmexpv kwalitatieve monitor experiment persoonsvolgende zorg Zuid-Limburg).

De tussenrapportage over de monitor maakte ook duidelijk dat het moeilijk is om in beeld te brengen wat de effecten van de twee experimenten zijn. Om een verband te kunnen leggen tussen de gepleegde interventies en ervaringen van cliënten, is een grootschalig onderzoek nodig, inclusief controlegroep waar niet persoonsvolgend wordt gewerkt. Met name het ontbreken van een goede controlegroep (omdat vrijwel alle zorgorganisaties de slag aan het maken zijn om persoonsvolgend te werken), maakte het lastig om tijdens de tussenevaluatie over 2017 de effecten goed in beeld te brengen.

Daarnaast waren veel organisaties al bezig met het vormgeven van persoonsvolgende zorg en heeft het experiment als katalysator gewerkt, waardoor moeilijk is vast te stellen wat toe te schrijven is aan het experiment.

Deze ervaringen hebben geleid tot een iets andere opzet van de monitor in 2018. In plaats van vragenlijsten onder cliënten hebben we interviews en focusgroepen gehouden. De interviews waren met cliënten en/of naasten van cliënten. De focusgroepen waren met medewerkers van organisaties, bestuurders en

cliëntvertegenwoordigers. Zodoende konden we naast de ervaringen van cliënten, ook de ervaringen van medewerkers ophalen. In deze focusgroepen hebben we de klantreis zoals deze in het experiment is beschreven centraal gezet. Voor alle stappen hebben we geïnventariseerd welke veranderingen het experiment heeft gebracht, welke effecten dat heeft op cliënten (positief en negatief) en wat de consequenties zijn voor medewerkers en organisaties (positief en negatief). Ook hebben we met medewerkers en organisaties gesproken over de bevorderende en belemmerende factoren voor het experiment en suggesties voor andere organisaties die meer persoonsvolgend willen werken.

### 1.2 Respons monitor regio Zuid-Limburg

Zoals eerder benoemd is voor de monitor in regio Zuid-Limburg in de eerste twee meetmomenten (augustus 2017 en januari 2018) gekozen voor het uitzetten van drie vragenlijsten:

1. verspreid onder cliënten die op dat moment maximaal 3 maanden op de wachtlijst stonden;
2. verspreid onder cliënten die op dat moment maximaal 3 maanden in zorg waren.
3. verspreid onder cliënten die dat moment cliëntondersteuning krijgen.

De vragenlijsten die zijn verstrekt aan cliënten in zorg verliep via de aanbieders. In Zuid-Limburg zijn 26 aanbieders gecontracteerd voor langdurige zorg in Zuid-Limburg, circa 15 van deze aanbieders hadden ook daadwerkelijk Wlz cliënten in zorg. Alle aanbieders zijn benaderd om aan te geven hoeveel cliënten maximaal 3 maanden in zorg zijn. Vervolgens zijn per meting aan de 15 aanbieders met Wlz cliënten in

totaal 800 vragenlijsten verstrekt. Deze 15 aanbieders hadden ook daadwerkelijk Wlz-clieñten in zorg. Van de retour ontvangen vragenlijsten van cliënten die zorg ontvangen tijdens metingen is op een groot aantal vragenlijsten aangegeven bij welke zorgaanbieder de cliënt zorg ontvangt. Het gaat hierbij om verschillende aanbieders, waarbij zowel respons ontvangen is van cliënten in zorg bij grote als bij kleine zorgaanbieders. De vragenlijsten die zijn verstrekt via de cliëntondersteuners hebben een respons van minder dan 10 vragenlijsten opgeleverd, zodat deze niet afzonderlijk zijn gepresenteerd.

Kenmerken respondenten	Wachtlijstcliënten		Cliënten in zorg	
	0- meting	1-meting	0-meting	1-meting
<b>Respons</b>	68	66	131	88
<b>Geslacht</b>				
- <b>Vrouw</b>	68%	61%	59%	65%
- <b>Man</b>	32%	31%	38%	33%
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	84 jaar	84 jaar	84 jaar	84 jaar
<b>Zorg nodig vanwege</b>				
- <b>Somatische aandoening</b>	70%	63%	47%	53%
- <b>Psychogeriatrische aandoening</b>	28%	36%	53%	52%
- <b>Psychische stoornis</b>	0%	2%	3%	3%

Tabel 1. Respons 0-meting en 1-meting in 2017 en 2018

In de laatste meting is ervoor gekozen interviews te houden met cliënten en focusgroepen te organiseren met cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en bestuurders. We hebben interviews gehouden met drie cliënten en/of hun naasten. De cliënten zijn geworven via

1

2

3

4



aanbieders. We hebben op diverse manieren getracht meer cliënten te interviewen, zo zijn alle aanbieders meerdere keren en via verschillende ingangen benaderd. Aanbieders geven echter aan dat het erg moeilijk is cliënten te vinden die in aanmerking komen voor een interview vanwege bijvoorbeeld een zware hulpvraag waardoor ze hen niet extra willen belasten. Een aanbieder heeft ook gemeld dat organisatiebreed de keuze is gemaakt geen vragenlijsten meer te verspreiden. De samenloop met de verplichte cliëntmeting uit het kwaliteitskader maakt dat aanbieders kiezen voor de kwaliteitskadermeting om zo de administratieve lasten en belasting van niet-cliëntgebonden uren van medewerkers beperkt te houden. Daarnaast zijn er meerdere cliënten aangemeld voor een interview maar is het niet gelukt de cliënt te interviewen bijvoorbeeld door een spoedopname in het ziekenhuis of verslechtering van iemands situatie.

De focusgroepen hebben we in de regio Zuid-Limburg als volgt ingevuld:

- 1 • We hebben een focusgroep gehouden met de medewerkers van betrokken partijen (waaronder zorgorganisaties en MEE). Bij het overleg waren 10 personen aanwezig. Omdat de medewerker van het zorgkantoor niet aanwezig kon zijn hebben we aanvullend nog een telefonisch interview met deze persoon gehouden.
- 2 • We hebben een focusgroep gehouden met vertegenwoordigers van diverse cliëntenraden van zorgorganisaties in Zuid-Limburg. Er waren 12 personen aanwezig.
- 3 • We hebben een focusgroep gehouden met bestuurlijke vertegenwoordigers van betrokken partijen (waaronder zorgorganisaties en het zorgkantoor). Hierbij waren 8 personen aanwezig.
- 4

In elk van de focusgroepen hebben we andere accenten gelegd in onze vraagstelling, passend bij de aanwezigen en hun rol in het experiment.

### 1.3 Leeswijzer

De bevindingen uit de interviews en de bijeenkomsten brengen we samen in hoofdstuk 2. Dit doen we aan de hand van de fases in de klantreis. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bevorderende en belemmerende factoren die de partijen hebben ervaren in het experiment. In hoofdstuk 4 zijn de conclusies beschreven.



## 2. Impact van experiment op klantreis

*Aan de hand van vier hoofdfases uit de klantreis geven we weer wat nieuw is als gevolg van het experiment en hoe de deelnemers aan de focusgroepen (medewerkers, bestuurders en cliëntenvertegenwoordigers) de impact waarden. De tabel aan het eind van dit hoofdstuk vat de bevindingen samen.*

### 2.1 Fase van vraagverheldering en vaststellen ondersteuningsvraag

In Zuid-Limburg zijn verschillende initiatieven om de vraagverheldering te verbeteren en de wensen en behoeften van cliënten te verhelderen. Zo zijn er werkgroepen vraagverheldering waarin medewerkers van organisaties diverse thema's oppakken (zoals instrumenten voor vraagverheldering). Ze leren elkaar zo beter kennen waardoor ze zicht krijgen op elkaars aanbod en cliënten beter kunnen doorverwijzen naar elkaars aanbod zodat het beter aansluit bij de wensen van de cliënt.

1

2

3

4

Om cliënten te ondersteunen bij de vraagverheldering is door een aantal organisaties gebruik gemaakt van de website [www.watikbelangrijkvind.nl](http://www.watikbelangrijkvind.nl). Deze website is ontwikkeld binnen een promotietraject. In het experiment is daarmee de verbinding gezocht en is de website door aanbieders gebruikt. Door de vragen te beantwoorden over het dagelijks leven, gezondheid, geld, wonen en familie en vrienden, krijgt de cliënt zicht op zijn/haar wensen en behoeften en wat voor

iemand belangrijk is. Dit kan een cliënt doen voordat hij een gesprek heeft met cliëntondersteuners of een zorgaanbieder zodat hij/zij voorbereid is en beter kan aangeven wat hij/zij wenst.

Er zijn in het experiment diverse folders ontwikkeld over bijvoorbeeld de cliëntroute. Aanbieders hebben op basis van deze folders ook hun eigen materialen aangepast. Ook zijn er afspraken gemaakt over het delen van informatie die is opgehaald bij een cliënt zodat een cliënt niet vaker zijn verhaal moet doen als hij/zij dat niet wenst maar deze informatie onderling wordt gedeeld. Een cliënt heeft in een interview aangegeven nog wel meerdere keren dezelfde informatie te moeten invullen op papieren van het CIZ en de aanbieder. Echter, zij gaf daarbij ook aan dat ze prettig werd geholpen door een zorgprofessional van de aanbieder die met hen de formulieren heeft ingevuld.

Naast de vraagverhelderingsgroepen zijn er drie regionale netwerken waar ondersteuningspunten zijn ontstaan van waaruit mensen die zorg zoeken verder worden geholpen. Iedere regio heeft dit op een andere manier ingericht:

- Parkstad: In deze regio is het initiatief ontstaan van Parkstad Zorgwijzer, één telefoonnummer waar de burger terecht kan met een zorgvraag.
- Westelijke Mijnstreek: Hier is een netwerk opgericht waarin zorgaanbieders, MEE en Zorgbelang participeren. Het is een gezamenlijk initiatief dat periodiek via bijeenkomsten elkaar ontmoet en het aanbod bij elkaar onder de aandacht brengt.
- Maastricht Heuvelland: In deze regio komen alle zorgaanbieders en de onafhankelijke cliëntondersteuning periodiek bij elkaar. Tijdens deze overleggen bespreken de partijen onder andere de onderlinge



samenwerking bij het warm doorverwijzen van cliënten (al dan niet aan de hand van casuïstiek).

Medewerkers geven aan dat door dergelijke initiatieven zorgaanbieders elkaars aanbod beter leren kennen en cliënten daardoor beter kunnen helpen bij het vinden van passende zorg en ondersteuning. Aanbieders voelen meer dan voorheen een gezamenlijk doel de cliënt zo snel en goed mogelijk de passende hulp te bieden in plaats van te concurreren met elkaar. Medewerkers en cliëntvertegenwoordigers geven daarnaast aan dat een initiatief als Parkstad nog weinig vragen krijgt van burgers terwijl veel aandacht is besteed aan het onder de aandacht brengen van het telefoonnummer en de website bij burgers. Ook de website (watikbelangrijkvind) en folders die zijn ontwikkeld worden door cliënten weinig gebruikt. Cliënten/hun naasten vinden het prettiger persoonlijk met iemand over hun zorgvraag te spreken, bijvoorbeeld iemand die zij al kennen zoals de huisarts of de casemanager. Daarnaast gaan veel mensen pas hierover nadenken als er al een zware hulpvraag is en men niet meer veel tijd heeft om na te denken over iemands wensen en behoeften. Ook cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat cliënten graag zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen en pas gaan nadenken over de zorg (en eventueel verblijf) wanneer het zover is. Als het dan eenmaal zover is bespreken ze hun wensen en behoeften het liefst met een naaste of professional waar ze al contact mee hebben. Aanbieders geven ook aan dat veel cliënten via een ziekenhuisopname bij de aanbieder terechtkomen. Hierdoor is er weinig tijd voor cliënt/hun naasten om na te denken over de wensen en behoeften rondom zorg en ondersteuning.

1

2

3

4



MG/19/0576/qmexpv

In de regio Zuid-Limburg is onafhankelijke cliëntondersteuning voorafgaand aan de indicatiestelling beschikbaar. Inwoners op zoek naar zorg kunnen - ondersteund door MEE of Zorgbelang - op zoek naar een aanbieder en zorgvorm die het best aansluit bij hun situatie. Een aanleiding van het experiment is dat de keuze voor een zorg in de praktijk veelal gemaakt wordt zonder dat met de cliënt expliciet en tijdig is gekeken naar de persoonlijke zorgvraag, en de behoeften en wensen in relatie tot het bestaande aanbod. Daarom wordt de keuze gemaakt zonder goed beeld te hebben van de eigen zorgvraag, wensen en behoefte. In de 1-meting zagen we dat cliënten in zorg hier niet altijd over hadden nagedacht (circa 40 %). Bij de cliënten in zorg was het aandeel cliënten dat hierover nadent met een cliëntondersteuner van 0% gestegen tot 5% tussen de 0- en 1-meting. Het maakt duidelijk dat de rol van onafhankelijk cliëntondersteuning bij het begin van het experiment nog beperkt was. In de periode tussen die meting en de eindmeting is de cliëntondersteuning beter beschikbaar gekomen doordat o.a. ook indirecte uren konden worden vergoed. Daarnaast is er geïnvesteerd in het beter bekendmaken van de cliëntondersteuners bijvoorbeeld via folders. Cliënten die zich nu melden bij een zorgaanbieder worden geïnformeerd over de mogelijkheid om gebruik te maken van onafhankelijke cliëntondersteuning. Ook worden cliënten door bijvoorbeeld een huisarts gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning. In 2019 wil de regio ook afspraken maken met de gemeenten zodat kortere lijnen tussen wijkteam en cliënt-ondersteuning en tussen aanbieders en cliëntondersteuning ontstaan, waardoor cliënten beter kunnen worden geholpen.

Cliëntvertegenwoordigers geven aan dat het prettig is dat de cliëntondersteuning beter bekend en beschikbaar is gekomen zodat

mensen die daar behoefte aan hebben ook gebruik van kunnen maken. Ze noemen ook dat de samenwerking met de gemeente nog verder kan worden verbeterd zodat het voor cliënten niet uitmaakt waar ze met hun vraag komen maar overal op dezelfde manier worden geholpen.

## 2.2 Fase van aanvraag indicatie

Een doelstelling van het experiment is het beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en -processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz. Een belangrijk knelpunt in het keuzeproces was dat de cliëntondersteuning veelal pas start na de Wlz-indicatiestelling, terwijl in de praktijk de keuze dan al is gemaakt. In het experiment willen ze het hiervoor geschetste 'gat' in het vraagverhelderingsproces vullen en cliënten en hun naasten/sociaal netwerk een bereikbaar en goed toegerust team bieden dat hen ondersteunt in de vraagverheldering en het doorlopen van dat keuzeproces. In de eerdere tussentijdse rapportage is daarover gemeld dat maar een kleine toename zichtbaar was van het aantal mensen dat wordt gewezen op het aanvragen van de Wlz-indicatie door een cliëntondersteuner. Ook aanbieders gaven toen aan dat de onafhankelijke cliëntondersteuning hierin een rol zou kunnen vervullen maar dat dat nog extra aandacht behoefde. In de focusgroep tijdens de eindmeting geven medewerkers en cliënt(vertegenwoordigers) aan dat dit sterk is verbeterd doordat de cliëntondersteuners nu eerder en beter beschikbaar zijn. Als aandachtspunt hierbij wordt genoemd dat afspraken met gemeenten hierover nog moeten worden gemaakt zodat ook zij inwoners kunnen wijzen op de mogelijkheden van een cliëntondersteuner. Naast hulp bij het aanvragen van een indicatie was de doorlooptijd van het aanvragen van een indicatie volgens medewerkers in het verleden te lang. Hierover zijn inmiddels afspraken gemaakt met het CIZ waardoor de doorlooptijd

van meerdere weken naar enkele dagen is verkort. Daarnaast is met aanbieders en het CIZ een informatiefolder gemaakt waarin is uitgelegd hoe de verschillende wetten zich tot elkaar verhouden en iemand zorg kan aanvragen.

In de focusgroepen is aangegeven dat de schotten tussen de zorgwetten belemmerend werken, vooral in de focusgroep met cliëntvertegenwoordigers kwam dit naar voren. De wettelijke kaders zijn complex en moeilijk uit te leggen aan cliënten. De partijen geven daarom aan dat het goed zou zijn als de samenwerking met de gemeenten verbeterd. De regio wil dit in 2019 verder vormgeven.

## 2.3 Fase van oriëntatie op passend aanbod

Uit de eerdere meting bleek een belangrijk knelpunt in het keuzeproces het ontbreken van vraagverheldering, advies en informatie op het moment dat de keuze wordt gemaakt voor een aanbieder of specifiek aanbod. Dit bleek bijvoorbeeld uit interviews met cliënten en verwanten vanuit de werkgroep vraagverheldering in de regio waarin naar voren kwam dat er grote behoefte is aan heldere informatievoorziening over welke zorg waar te krijgen is en hoe deze wordt vergoed. Dit heeft ertoe geleid dat in 2018 per regio (3 regio's in Zuid-Limburg) een samenwerking is vormgegeven waarin de aanbieders in samenwerking met MEE, Zorgbelang en het zorgkantoor ondersteuningspunten hebben ingericht waaruit mensen die zorg zoeken verder geholpen worden. Zoals eerder aangegeven heeft iedere regio dit op een andere manier ingericht. Daarnaast is er zoals eerder genoemd gebruik gemaakt van de website ([www.watikbelangrijkvind.nl](http://www.watikbelangrijkvind.nl)) waar cliënten hun vraag zelf in beeld kunnen brengen. Dit kan als input worden gebruikt door aanbieders om

1

2

3

4





het met cliënten te hebben over de passende zorg en ondersteuning op basis van de vraag van de cliënt.

Een ander genoemd knelpunt in het keuzeproces is het ontbreken van toegankelijke en complete informatie over het aanbod en de kwaliteit daarvan. In het 'Plan van aanpak Experiment Persoonsvolgende zorg Zuid-Limburg' was hierover genoemd dat De Zorgkaart en de Zorgatlas van CZ veelbelovend zijn, maar dat het nog ontbreekt aan een compleet overzicht van het aanbod en waarderingen. De meest gebruikte informatiebronnen genoemd door de respondenten in de 0 en 1-meting zijn het CIZ, familie/naasten/bekenden en informatie van de casemanager dementie en de huisarts. We zien in de 1-meting dat zowel wachtlijstcliënten als cliënten in zorg meer gebruik maken van informatie van het zorgkantoor dan in de 0-meting. Gedurende het experiment is met aanbieders, het CIZ en de cliëntenraden een informatiefolder ontworpen die gebruikt kan worden om de zorg aan te vragen. Daarnaast is de beschrijving van het aanbod verbeterd met de inzet van het zorgkantoor. Deze folders hebben aanbieders tevens gebruikt om hun eigen informatievoorziening te verbeteren. Zo heeft een aanbieder ook de klantreis in beeld gebracht voor cliënten om zo helder te maken voor cliënten en familie welke stappen hij/zij doorloopt.

Om de informatievoorziening te verbeteren is ook ingezet op de verbetering van de beschrijving van het zorgaanbod op de Zorgatlas. Zorgaanbieders kunnen nu zelf de beschrijving over het aanbod op de Zorgatlas actueel houden. De cliënt kan zo op zoek naar een aanbieder die de zorg kan leveren die bij zijn wensen en behoefte past. De website kan hierbij helpen: de cliënt heeft inzicht in de keuzemogelijkheden bij

zijn specifieke situatie. Cliënten kunnen zo beter een keuze maken. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld zien bij welke aanbieder hij wel/niet zijn huisdier kan meenemen. Ook zorgprofessionals kunnen de Zorgatlas gebruiken om met cliënten mee te denken over passende zorg en ondersteuning en de aanbieder die dit het beste kan leveren. Zorgatlas wordt als bron voor informatie nog beperkt gebruikt door cliënten en hun naasten, voor zorgprofessionals is het beter bruikbaar. Medewerkers geven in de focusgroepen aan dat de gebruiksvriendelijkheid ervan nog kan worden verbeterd. Ook de eerdergenoemde informatiefolder over het keuzeproces en de gevraagde toegang tot onafhankelijke cliëntondersteuning kan hierbij ondersteunen.

Cliënt(vertegenwoordigers) hebben aangegeven dat het personeel van de aanbieders hen vooral helpt bij het geven van informatie. Zo geeft een cliënt aan dat het prettig was dat een medewerker van een aanbieder informatie heeft gegeven over de formulieren die iemand moest invullen en hebben zij een keer gekeken bij de aanbieder hoe een kamer ervuitzag en hoe de daginvulling kon zijn.

Een doelstelling van het experiment is onder andere het vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio. Zoals eerder aangegeven is er grote behoefte aan een heldere informatievoorziening over welke zorgvormen mogelijk zijn. Daarom zijn in het experiment verschillende acties ondernomen waardoor de informatie aan cliënten wordt verbeterd. In de 1-meting zien we voor de wachtlijstcliënten een toename in de ervaren bruikbaarheid (+9%) en toegankelijkheid (+7%) van de informatie over de zorgvormen. Voor de cliënten in zorg geldt

1

2

3

4



een toename in de ervaren bruikbaarheid (+5%) en begrijpelijkheid (+6%) van de informatie.

Tijdens de focusgroepen is gemeld dat het nog steeds een aandachtspunt is zo vroeg mogelijk in contact te komen met cliënten zodat cliënten niet urgent moeten kiezen en daardoor beperkte ruimte hebben om te kiezen. Om cliënten tijdig te informeren heeft het zorgkantoor tevens cliënten op de wachtlijst benaderd zodat tijdig met hen in contact wordt getreden over de te maken keuzes en de best passende aanbieder(s) en eventuele alternatieven.

Een voordeel van het experiment voor medewerkers is dat het helpt om meer vraaggericht te denken in plaats van aanbodgericht. Medewerkers geven aan dat het ook helpt dat ze elkaar tijdens het experiment beter zijn leren kennen waardoor ze ook makkelijker doorverwijzen naar elkaars aanbod als dat voor de cliënt het meest passende aanbod is.

#### 2.4 Fase van start en aanpassen zorgverlening

Het experiment beoogt de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste past bij hun wensen, behoeften en manier van leven past, te vergroten. Een doelstelling van het experiment is o.a. het vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio, alsmede zorgverlening, die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt. Het is de bedoeling dat cliënten in het experiment meer vrijheid krijgen bij het kiezen van een aanbieder en het zorgaanbod. Daarnaast is een doelstelling de keuzemogelijkheden tijdens en na de zorgverlening beter in beeld te krijgen. Het onderzoek laat zien dat cliënten om diverse redenen kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder: een locatie dichtbij familie of dichtbij

huidige woonlocatie, zorg die aansluit bij de wensen, een aanbieder die bekend is, waar ze goede verhalen over hebben gehoord en goed bereikbaar is. Daarnaast geeft 10% van de cliënten in zorg aan dat zij geen keuze hadden maar dat alleen op de betreffende locatie (snel) plek was. Zoals eerder aangegeven is grote behoefte aan heldere informatievoorziening over welke zorg waar mogelijk is. Daarom zijn in het experiment verschillende acties ondernomen waardoor de informatie aan cliënten wordt verbeterd (bijv. zorgatlas). Cliënten(vertegenwoordigers) geven vooral aan dat het gaat om het persoonlijke contact over de wensen en behoeften om vervolgens samen met aanbieders te kijken welke wensen en behoeften wel of niet ingevuld kunnen worden.

De doelstelling van het experiment richt zich ook op de cliënt die eenmaal in zorg is bij een aanbieder. Persoonsvolgend geldt in het experiment ook voor de keuzes wanneer iemand al in zorg is. De acties richten zich bij aanbieders ook op het krijgen van meer zeggenschap over de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd bij de aanbieder. Het is dan ook de doelstelling dat de zorgverlening aan blijft sluiten bij de concrete vraag van de cliënt en dat meer zicht wordt gekregen op keuzemogelijkheden tijdens de zorgverlening in de Wlz. Aanbieders geven aan hier aandacht aan te schenken door meer bewust te bespreken welke behoeften de cliënt heeft, wat belangrijk is vast te houden, maar ook dat meer inhoud en betekenis wordt gegeven aan het levensverhaal. Daarnaast wordt genoemd dat meer vraaggericht geroosterd wordt. Zorgverleners proberen in overleg met cliënten tot een passende inzet van zorg komen. Daarbij bespreekt men altijd wat redelijk en mogelijk is. Als voorbeeld werd gegeven dat op een afdeling vier bewoners waren die vanuit hun leven als boer gewend waren om om 6 uur te ontbijten met eieren en spek. Vervolgens is aan de teamleden gevraagd wie 's ochtends eerder zou willen beginnen zodat deze cliënten dit ook bij de aanbieder konden voortzetten. Daar werd

1

2

3

4



door enkele teamleden heel positief op gereageerd zodat ze het rooster hierop hebben aangepast. De aanbieder gaf hierbij wel aan dat wanneer dit om minder cliënten gaat deze inzet niet meer doelmatig is. Dan gaan ze met de bewoners in overleg om te kijken of ze tot een andere oplossing kunnen komen.

We zien in de 1-meting een toename ontstaan in het aantal cliënten dat aangeeft mogelijkheden te hebben voor het bijstellen van keuzes (+11%). Op de vragen of men voldoende ruimte ervaart keuzes te maken en bij te stellen en de zorg en ondersteuning aansluit bij de behoefte zien we geen verandering (1%).

In de eerste meting geven meer cliënten aan tevreden te zijn over de invulling van de zorg en ondersteuning (+9%). Toch geeft ook nog 34% aan betere keuzes te willen maken in de invulling van zorg en ondersteuning. Voorbeelden van toelichtingen die cliënten hierbij bijvoorbeeld geven zijn: 'De aanbieder maakt reclame met 24 uren zorg. In de werkelijkheid is dat niet mogelijk. Er wordt te weinig persoonlijke begeleiding geboden.' Ook geeft een cliënt aan dat hij geen eigen kamer heeft en dit liever wel zou willen. Daarnaast is ook het niet meer thuiswonen voor mensen iets waar ze aan moeten wennen. Zo benoemt een cliënt: 'ik woonde liever thuis, maar na twee en halve maand ben ik ook goed gewend.' Of: 'ik zit op een afdeling met patiënten met vergaande demente waar ik geen goed gesprek mee kan voeren.'

Cliënten(vertegenwoordigers), medewerkers en bestuurders geven in de gesprekken in de eindmeting aan dat door het experiment meer en gestructureerde aandacht is voor persoonsvolgende zorg van cliënten. Dit maakt dat cliëntwensen ingevuld kunnen worden die voorheen niet mogelijk waren. Zo geeft een aanbieder aan dat ze nu vaker een echtpaar opnemen waarbij een van beide geen indicatie heeft. De samenwerking tussen zorgaanbieders binnen het experiment leidt

volgens professionals ook tot organisatie overstijgende samenwerking, zowel bij het helpen van iemand die zorg zoekt naar het vinden van geschikte zorg, als het verbreden van het zorgaanbod door samenwerkingen met elkaar aan te gaan. Het nodigt uit tot buiten de gebaande paden te zoeken naar oplossingen die voorheen nog niet mogelijk waren. Er wordt gezamenlijk gewerkt aan het persoonsvolgender maken van de zorg. Binnen het experiment zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd waarbij aanbieders de 'goede voorbeelden' konden presenteren waardoor andere aanbieders anders gingen kijken naar persoonsvolgende zorg (bijvoorbeeld rondom het thema vraaggericht roosteren).

Medewerkers geven aan dat door het experiment ook meer aanbod is gegenereerd. Zo is er uitbreiding van VPT-mogelijkheid in de regio. Dit was volgens medewerkers niet mogelijk geweest met een productieplafond. Ook zijn hierdoor enkele nieuwe aanbieders toegetreden. Medewerkers geven hierbij wel aan dat dit vooral om aanbod gaat waar cliënten met lichtere zorgvragen terecht kunnen. Voor de zwaardere zorgvragen is het aanbod niet uitgebreid. Volgens medewerkers heeft het experiment ook een impuls gegeven aan het realiseren van meer maatwerk op casusniveau. Dit is niet altijd het ontwikkelen van nieuw aanbod maar betreft beter passende zorg bij een situatie van een cliënt.

Cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat ze het gevoel hebben dat er veel meer aandacht is voor iemands wensen en behoeften dan voorheen. Daarbij benoemt iemand dat het een landelijke tendens is die hij ziet ontstaan waarbij cliënten mondiger worden en de zorg steeds meer aansluit bij datgene wat de cliënt wenst. Het experiment heeft daar ook aan bijgedragen. Cliënten hebben diverse voorbeelden genoemd waarbij de wensen die zij hebben direct worden opgevolgd door een aanbieder. Zo vertelde een mevrouw dat zij het erg belangrijk

1

2

3

4



vond dat ze er verzorgd uitzag: voor haar betekende dit dat haar nagels werden gedaan en haar haar werd gekruld. Ze gaf daarbij aan dat ze dan liever iets minder uitgebreid douchte en meer aandacht besteedde aan de verzorgende punten en dat daar heel goed naar geluisterd werd door de zorgaanbieder. Ze was daardoor erg blij met de zorg die ze ontving. Ook gaf ze aan dat ze moeite had met kleine dingen zoals het opendraaien van een koffiemelkflesje maar dat de zorg haar juist hielp met deze praktische ondersteuning. De aanbieder gaf hierbij aan dat ze in gesprek gaan met de cliënt over wat hij/zij belangrijk vindt vooral dat doen waar de cliënt behoefte aan heeft.

Een andere cliënt gaf aan dat ze erg tevreden was over de mate waarin de ondersteuning is afgestemd op haar wensen. Ze vertelde dat de zorg haar had gevraagd naar dingen die ze nog wilden doen. Mevrouw benoemde dat ze nog drie 'grote' wensen had: eten bij een restaurant, langs het water boten kijken en een dag naar het strand. Ze vertelde daarna vol trots dat de aanbieder haar geholpen heeft al deze drie wensen in te vullen en hoe blij haar dat maakte. Daarnaast vertelde ze hoe ze de vrijheid had om te eten wat ze wilde ('als ik zin heb in patat kan ik dat gewoon bestellen') en hoe belangrijk dit voor haar was. Ook familie kunnen bezoeken op het moment dat ze dit wil is mogelijk gemaakt. Ze benoemde dat er ook veel aanbod was in activiteiten die ze met andere bewoners kon doen maar dat ze daar geen behoefte aan had. In het begin vond ze het lastig dat mensen haar alsnog probeerden te overtuigen om mee te doen met deze activiteiten. Inmiddels heeft ze goed kunnen aangeven dat ze daar geen behoefte aan heeft en vragen ze haar niet meer. Dat vond ze ook erg prettig. Ook cliënt(vertegenwoordigers) gaven aan dat er erg veel dingen kunnen maar dat niet iedereen hier behoefte aan heeft en dat het ook persoonsvolgende zorg is door mensen niet te betuttelen door te denken dat iedereen naar activiteiten zou moeten gaan. Ook een naaste van een cliënt benoemde dat ze het prettig vindt als de zorg ook haar wensen en behoeften

hoort. Ze benoemde dat ze over het algemeen erg tevreden was over de zorg die haar naaste ontving maar dat er nog meer aandacht kon zijn voor haar wens. Zo wilde zij graag dat ze op elk moment haar naaste kon bezoeken (ook bijvoorbeeld rond etenstijd). Echter, door de aanbieder is aangegeven dat ze eigenlijk geen bezoek ontvangen tijdens het rustmoment of etenstijd. Wel kijkt de zorg ook om naar haar als mantelzorger en of ze het niet te zwaar vindt; dat wordt door de naaste als erg prettig ervaren.

Cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat zij er mee kunnen leven als niet alle wensen en behoeften ingewilligd kunnen worden, maar dat ze het wel belangrijk vinden dat wordt onderbouwd waarom bepaalde dingen niet kunnen.

Aanbieders geven aan dat ze in het experiment veel van elkaar hebben geleerd en met elkaar kunnen uitwisselen. Ze geven daarbij aan dat ze door het experiment een gezamenlijk doel hebben om echt persoonsvolgende zorg te leveren voor de cliënt. Dit gezamenlijke doel bindt aanbieders onderling, maar ook met andere partijen zoals het zorgkantoor en de organisaties voor cliëntondersteuning. Door het wegvallen van de budgetplafonds is een ander type relatie ontstaan die meer gericht is op het in gezamenlijkheid organiseren van de zorg dan op een concurrerende markt. Dit heeft aanbieders dichterbij elkaar en bij het zorgkantoor gebracht. Deze veranderende manier van samenwerken is volgens de aanbieders blijvend (ook al is er nu weer een budgetplafond). Er is meer kennis en begrip voor en over elkaar. Daarnaast leren aanbieders ook van elkaar doordat ze met elkaar spreken over persoonsvolgende zorg. In het project zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd waar aanbieders presentaties konden geven over hoe zij invulling geven aan persoonsvolgende zorg. Elke aanbieder doet dit op een manier die bij hem past maar elke aanbieder heeft er aandacht voor. Door dit met elkaar te delen ontstaat

1

2

3

4



wederzijds begrip en kennis van elkaar en brengt men elkaar op ideeën. Medewerkers benoemen ook dat het nog steeds een aandachtspunt blijft om echt te voldoen aan de wensen en behoeften van cliënten, soms is er bijvoorbeeld geen plek waardoor die wens toch niet vervuld kan worden.




















1

2

3

4



Klantreis	Nieuw door het experiment	Effecten voor cliënten (wat gaat goed en wat minder)	Consequenties voor medewerkers
<b>A. Aanmelding</b> <b>Vraagverheldering</b> <b>Vaststellen vraag</b>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliëntondersteuning is beter beschikbaar en bekender gemaakt</li> <li>• Parkstad zorgwijzer ingericht</li> <li>• Zorgatlas verbeterd</li> <li>• Oplossingen vaker buiten de gebaande paden ('anders denken')</li> <li>• Aanbieders maken gebruik van de website <a href="http://ww.watikbelangrijkvind.nl">ww.watikbelangrijkvind.nl</a></li> <li>• Folders met informatie gemaakt</li> <li>• Informatie delen is mogelijk gemaakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Vraag achter de vraag" komt meer naar boven</li> <li>• Cliënt hoeft minder vaak zijn verhaal te doen</li> <li>• Cliënt beter geïnformeerd over mogelijkheden</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking tussen zorgaanbieders, organisaties voor cliëntondersteuning en met het zorgkantoor is verbeterd</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materialen/loketten worden weinig gebruikt door cliënten</li> <li>• Cliënten denken vaak pas laat na over hun wensen en behoefte</li> </ul> 	
<b>B. Aanvraag indicatie</b>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkorten aanvragen indicatie (van 6 weken naar een aantal dagen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Client heeft sneller de passende indicatie en plek</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versnelling indicatie zorgt voor tijdswinst</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schotten tussen Wmo en Wlz zijn storend voor werkwijze</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming met gemeentelijk domein kan beter</li> </ul> 
<b>C. Oriëntatie passend aanbod</b>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Website voor cliënten met vraagverheldering en aanbod (voorbeeld: waar mag je een huisdier meenemen)</li> <li>• 'Anders denken': meer vraaggericht in plaats van aanbodgericht</li> <li>• Afspraak: zorgkantoor belt cliënten op de wachtlijst of voorkeursaanbieder bewuste keuze is en licht andere mogelijkheden toe</li> <li>• Zorgaanbieders weten meer van elkaars aanbod. Diverse bijeenkomsten waarbij aanbieders presenteren wat ze doen op het gebied van persoonsvolgende zorg</li> <li>• Wegvallen budgetplafonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuzemogelijkheid beter inzichtelijk door website</li> <li>• Meer ruimte om in te spelen op wensen</li> <li>• Cliënten worden beter naar andere aanbieders verwezen als dat aanbod passender is bij de wensen</li> <li>• Meer ruimte om cliënten in zorg te nemen door wegvallen budgetplafonds</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder concurrentie tussen aanbieders, meer samenwerking met andere collega aanbieders</li> <li>• Meer van andere aanbieders leren</li> <li>• Nog meer vraaggericht gaan denken</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lastig om altijd aan wensen te voldoen bijv. als er wachtlijst is voor een locatie</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door toename in aantal cliënten is wachtlijst niet verminderd ondanks wegvallen budgetplafonds</li> <li>• Echt aansluiten bij wensen van cliënt is soms moeilijk voor medewerkers (bijv. Bij begeleiden levenseinde als dit conflicterend is met de visie van medewerker of organisatie)</li> </ul> 
<b>D. Start en aanpassen zorgverlening</b>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toename in aanbod VPT zorgt voor meer keuze</li> <li>• Toename aantal aanbieders (vooral kleine aanbieders toegetreden tot de markt)</li> <li>• Diverse trainingen en scholingen rondom persoonsvolgende zorg (positieve gezondheid)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer mogelijkheden voor cliënten</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer bewustwording bij professionals om echt aan te sluiten bij iemands wensen en behoeften.</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten ervaren niet altijd medewerking als ze iets willen van/bij een andere aanbieder</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toename kleine aanbieders bieden alleen plekken aan voor 'lagere' ZZP's. Voor cliënten met zwaardere ZZP's is het aanbod niet uitgebreid.</li> </ul> 

Tabel 2. Overzicht innovaties, effecten en consequenties persoonsvolgende zorg regio Zuid Limburg

1

2

3

4



## 3. Reflectie op experiment

*In twee focusgroepen (met medewerkers uit de werkgroep en met de bestuurders) hebben we ook stilgestaan bij de bevorderende en belemmerende factoren voor het experiment. Daarnaast hebben we de deelnemers gevraagd wat zij andere organisaties of regio's zouden adviseren om meer persoonsvolgend te gaan werken.*

### 3.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Vanuit de organisaties zijn verschillende factoren benoemd die op positieve wijze bijdroegen aan het experiment:

- De structuur van stuurgroep en werkgroepen bestond uit vaste contactpersonen, zo kon de werkwijze inhoudelijk worden ontwikkeld en afgestemd en was er regelmatig zicht op de voortgang.
- In alle bijeenkomsten waren verschillende partijen vertegenwoordigd (CIZ, zorgkantoor, aanbieders). Deze diversiteit werd erg gewaardeerd.
- Het commitment van alle betrokken partijen was een bevorderende factor voor het experiment. Het gaf een gevoel van gemeenschappelijkheid bij aanbieders onderling maar ook met het zorgkantoor en de organisaties voor cliëntondersteuning om zich met z'n allen te committeren aan het meer persoonsvolgend maken van de zorg. Dit zorgde voor verbinding tussen alle partijen en een gevoel van samen ergens naartoe werken.
- Het kunnen delen van voorbeelden tussen aanbieders heeft bevorderend gewerkt voor onderling begrip en heeft aanbieders ook op ideeën gebracht. Het experiment heeft bewustzijn

gecreëerd over hoe persoonsvolgende zorg werkt en dat dit niet iets is wat je zomaar al doet. Het uitwisselen van ervaringen tussen medewerkers helpt om elkaar op ideeën te brengen.

- Door het (tijdelijk) weghalen van het budgetplafond is een andere wijze van samenwerking ontstaan tussen aanbieders onderling maar ook met het zorgkantoor. Partijen hebben dit als heel prettig ervaren. Hierdoor kwamen ze in gesprek met elkaar over inhoudelijke onderwerpen zonder dat er een gevoel van concurrentie of onderhandelen was. Dit bevordert de samenwerking.

Naast deze positieve punten hebben de partijen ook belemmeringen ervaren:

- Zoals hierboven genoemd geven aanbieders aan dat het regelmatig bij elkaar komen in werkgroep erg prettig was. Daarbij benoemen enkele medewerkers dat het wel een select gezelschap is die zich bezighoudt met het experiment door de deelname aan de werkgroepen, zodat het nog aandacht vraagt dit door de gehele organisatie te verspreiden en het bij iedereen leeft.
- Verschillende betrokkenen hebben aangegeven dat de periode van twee jaar te kort is om daadwerkelijk verandering te zien: er is een omslag nodig, bij alle partijen, in alle aspecten van het zorgproces (vraagverheldering, indicatiestelling, inkoop, zorglevering, et cetera) en bij alle medewerkers. Deze cultuurverandering vraagt veel tijd en aandacht van de organisaties. Dat kan niet in twee jaar worden bereikt en gemonitord.
- Doordat er veel aanbieders in Zuid-Limburg zijn is het lastig om iets voor de gehele regio op dezelfde wijze te doen. Het

1

2

3

4



afstemmen moet dan met veel partijen, hierdoor kan het langer duren en is er meer kans op meningsverschillen.

- De schotten in de financiering zijn tijdens de focusgroepen genoemd als belangrijke belemmering. In eerste instantie hielp het om het experiment af te bakenen tot de Wlz zodat het 'behapbaar' was. Maar nu wordt vooral de samenhang met het sociale domein (Wmo) aangemerkt als aandachtspunt om te komen tot persoonsvolgende zorg over de domeinen heen.

### 3.2 Adviezen voor andere organisaties/regio's

We sluiten dit hoofdstuk af met de adviezen die in de focusgroepen zijn geformuleerd voor andere organisaties of regio's die meer persoonsvolgend willen gaan werken.

- Leer elkaar kennen en deel goede voorbeelden.
- Realiseer je dat het tijd komt om verandering tot stand te brengen.
- Start een werkgroep binnen de organisatie om het gedachtegoed te verspreiden in de organisatie.
- Laat iedere organisatie elementen toepassen op hun eigen wijze. Dus laat niet alle organisaties het op 1 manier doen maar draag elementen aan die aanbieders kunnen verwerken op de manier die bij hen past.
- Benoem vanaf het begin een gezamenlijk doel en maak gezamenlijk afspraken over de acties en het tijdspad.
- Stel voldoende uren beschikbaar aan medewerkers die betrokken zijn, zodat aanwezigheid in bijeenkomsten gegarandeerd is.

1

2

3

4





## 4. Samenvattende conclusie

*In dit hoofdstuk beantwoorden we de centrale vraag van de kwalitatieve monitor: worden de behoeften en voorkeuren van cliënten goed gehoord en gerealiseerd en hoe waarderen cliënten de geboden informatie en ondersteuning?*

Client(vertegenwoordigers), medewerkers en bestuurders geven in gesprekken aan dat door het experiment meer en gestructureerde aandacht is voor persoonsvolgende zorg van cliënten. Daarbij wordt benoemd dat deze beweging landelijk speelt en dat verschillende initiatieven (Kwaliteitskader, Waardigheid & Trots, het experiment Persoonvolgende zorg) bijdragen aan het meer persoonsvolgend werken in Zuid Limburg. Hierbij wordt door alle partijen benadrukt dat men zonder het experiment niet zover was gekomen als waar men nu staat.

### 4.1 Worden wensen en behoeften goed gehoord?

Zowel vanuit de ervaringen van cliënt(vertegenwoordigers), medewerkers als bestuurders kunnen we bevestigen dat de wensen en de behoeften en voorkeuren goed zijn gehoord. Medewerkers hebben meer aandacht voor de wensen en behoeften en gaan op zoek naar passende zorg uitgaande van deze wensen en behoeften. Er zijn verschillende initiatieven ondernomen om cliënten te ondersteunen bij het verhelderen van hun wensen en behoeften (cliëntondersteuning beter beschikbaar, informatiemateriaal, et cetera).

Tegelijkertijd zien we, ondanks alle goede intenties, het volgende aandachtspunt die het zicht op de wensen en behoeften vertroebelen: Cliënten denken vaak pas na over wat hun wensen en behoeften zijn als ze niet langer meer thuis kunnen wonen. Hierdoor is er beperkte tijd om na te denken over een passende plek en de passende ondersteuning en meer kans op het verkeerd plaatsen van cliënten.

Echt ruimte geven aan de wensen en behoeften van cliënten vraagt continu aandacht van alle betrokkenen. In het experiment zijn hiervoor belangrijke eerste stappen gezet; nu komt het aan op werkelijke verandering.

### 4.2 Worden wensen en behoeften gerealiseerd?

Over het algemeen worden veel wensen en behoeften gerealiseerd. Aanbieders hebben steeds meer aandacht voor het realiseren van iemands wensen en behoeften en proberen hier gezamenlijk invulling aan te geven. Sommige cliënten die we spraken of een vragenlijst hadden ingevuld waren erg tevreden over de gelopen klantreis en de invulling van de wensen en behoeften. Niet alle wensen en behoeften kunnen worden ingevuld omdat dit tijd en middelen vraagt, bijvoorbeeld bepaalde capaciteit bijbouwen. Cliënten geven daarbij aan dat het niet erg is als bepaalde wensen niet ingevuld kunnen worden wanneer wordt onderbouwd waarom dit zo is. Er zijn ook enkele cliënten en naasten die hierover nog aandachtspunten hebben benoemd (bijvoorbeeld de onmogelijkheid om continu bezoek te ontvangen). Daarnaast benoemen ook aanbieders dat het niet altijd mogelijk is iemand een passende plek te bieden bijvoorbeeld door wachtlijsten bij een locatie. Het bijbouwen van extra capaciteit vraagt

1

2

3

4



dan tijd en geld waardoor niet alle wensen direct ingevuld kunnen worden.

#### 4.3 Hoe waarden cliënten informatie en ondersteuning?

Wat betreft de informatievoorziening en ondersteuning zijn er veel acties ondernomen in het experiment. Client(vertegenwoordigers) geven aan dat vooral persoonlijk contact hierbij belangrijk is. De ontwikkelde andere materialen zoals folders worden beperkt gebruikt.

Een ander concreet resultaat van het experiment is het gebruik van de website [watikbelangrijkvind.nl](http://watikbelangrijkvind.nl), ter ondersteuning van de vraagverheldering van een cliënt. Deze website is ontwikkeld binnen een promotietraject waarmee in het experiment de samenwerking is gezocht. Het is toegepast bij de vraagverheldering. Hierbij werd het als waardevol ervaren om de vraag van de cliënt te verhelderen los van het bestaande aanbod, maar een website lijkt niet helemaal het juiste medium voor de doelgroep. De vragen die worden gebruikt op de website worden nu meegenomen in de kennismakingsgesprekken die zorgmedewerkers bij cliënten thuis voeren. Daarnaast is de informatie op de Zorgatlas verbeterd maar vraagt dit volgens de betrokkenen nog extra aandacht vanwege de gebruiksvriendelijkheid; deze wordt nu vooral door zorgmedewerkers gebruikt.

1

2

3

4

