

Volledig Pakket Thuis in de praktijk
Inventarisatie naar de invulling van VPT
in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg

Volledig Pakket Thuis in de praktijk Inventarisatie naar de invulling van VPT in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg

Enschede, 29 oktober 2010
AD/10/2795/ivpt

drs. Alette van Dijk - Jonkman
drs. Marcel Hengeveld
drs. Angela Welling

Voorwoord

De AWBZ is sterk in beweging. Eén van de vernieuwingen in recente jaren is de invoering van zorgzwaartepakketten, met de intentie de regie van de cliënt te versterken en vernieuwing in het zorgaanbod te stimuleren. De samenwerkende cliëntenorganisaties monitoren de actuele veranderingen in de AWBZ. Het ministerie van VWS heeft dat mogelijk gemaakt met een meerjarige subsidie. Centraal staat wat de gevolgen van deze veranderingen zijn voor cliënten. De monitor richt zich daarom op de ervaring van de cliënten. Aan de monitor doen mee: NPCF, CG-raad, CSO, Landelijk Platform GGZ, LOC Zeggenschap in Zorg, Per Saldo, Platform VG, Mezzo.

Over de zorgzwaartepakketten hebben de cliëntenorganisaties al diverse rapporten uitgebracht op basis van verkenningen in de praktijk. Een extra aandachtsveld betreft de toepassing van het Volledig Pakket Thuis (VPT). Het VPT is bedoeld voor mensen die met een ZZP-indicatie gewoon thuis willen blijven of de zorg willen ontvangen in een wooncluster waar ze zelf een woning huren. Die toepassing is aanvankelijk aarzelend op gang gekomen, maar heeft inmiddels een zodanige armslag gekregen dat het loont om de ervaringen met het VPT scherper in beeld te krijgen.

Bureau HHM heeft de gewenste verkenning uitgevoerd, met een aanpak waarbij langs drie lijnen informatie is verkregen: bij initiatiefnemende zorginstellingen, bij zorgkantoren, en vooral bij de cliënten die van het VPT gebruikmaken. Het is een boeiende momentopname geworden.

In het licht van nieuw kabinetsbeleid -met een accent op 'scheiden van wonen & zorg'- is het overzicht niet alleen zeer bruikbaar. Het stimuleert ook de discussie over de intrigerende vraag of het VPT slechts een marginaal verschijnsel is -een extra 'product' zoals aanbieders soms zeggen- dan wel dat het de kern blijkt te zijn van de levering van zorg voor cliënten voor wie zorg in de nabijheid van belang is. Hoe dan ook willen de cliëntenorganisaties het rapport graag voor bredere discussie aanreiken.

Jan Coolen, coördinator cliëntenmonitor AWBZ

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1. Inleiding	4
1.1 Leeswijzer	4
2. Werkwijze	5
2.1 Doelstelling	5
2.2 Gevolgde stappen in het onderzoek	5
3. Achtergrond VPT	7
4. Initiatieven van zorgaanbieders en zorgkantoren	9
4.1 Aanleiding voor aanbieders om VPT te gaan leveren	9
4.2 Zorginkoopbeleid	10
4.3 Productieafspraken over het VPT	11
5. Beschikbaarheid informatie en cliëntkeuze	13
5.1 Beschikbare informatie over het VPT	13
6. Inrichting van wonen	16
6.1 Geclusterd of in de wijk	16
6.2 Verhuizing om gebruik te maken van VPT	17
6.3 Cliëntwensen over woonomgeving	17
7. Organisatie van zorg en dienstverlening	19
7.1 Typering cliënten die op dit moment gebruikmaken van het VPT	19
7.2 Inhoud van de zorg	19
7.3 Cliëntwensen over zorglevering	20
7.4 Veranderingen voor cliënt bij levering VPT	21
7.5 Producten naast zorg	22
7.6 Inzet mantelzorg	24
7.7 Overlap met Wmo	25
7.8 Cliënttevredenheid over zorg en dienstverlening	25
8. Administratieve lasten	27
8.1 Administratie cliënt	27
8.2 Administratieve lasten zorgaanbieders	28
9. Conclusies en aanbevelingen	29
9.1 Het VPT in de praktijk	29
9.2 Knelpunten rondom het VPT	31
10. Toekomst voor het VPT?	32
10.1 Het VPT als aanvulling op het huidige productenaanbod	32
10.2 Het VPT buiten geclusterde woonvormen	33
Bijlage 1. Overzicht tarieven per ZZP per verzilveringsvorm	35

1. Inleiding

In Nederland maken ongeveer 600.000 cliënten langdurig gebruik van zorg (AWBZ). Cliënten moeten daarbij in principe zoveel mogelijk keuzevrijheid hebben om hun zorg en woonsituatie zelf in te vullen. Om de diversiteit in woonmogelijkheden voor deze doelgroep te vergroten stimuleert de overheid het scheiden van wonen en zorg.

Eén van de maatregelen die wordt gebruikt om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren is de invoering en toepassing van het Volledig Pakket Thuis (VPT). Het Volledig Pakket Thuis is bedoeld voor cliënten die een indicatie voor verblijf uit de AWBZ ontvangen maar het verblijf niet via de AWBZ willen verzilveren. Concreet betekent dit dat cliënten met een indicatie in termen van een zorgzwaartepakket (ZZP) zelf voor een woonruimte zorgen (huur of koop van een woning) en voor de levering van het totale pakket aan zorg en dienstverlening uit hun indicatie een beroep doen op een AWBZ-erkende zorgaanbieder.

Het VPT is in 2007 geïntroduceerd. De regeling is in 2009 verruimd om zorgaanbieders meer mogelijkheden te geven in te spelen op de wensen van de cliënt. Omdat het gebruik van het VPT toeneemt, heeft de cliëntenorganisatie de NPCF, aan bureau HHM gevraagd een onderzoek uit te voeren om inzicht te krijgen in de invulling van het pakket en de tevredenheid van cliënten hierover.

In het onderzoek hebben we gesproken met cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren om zicht te krijgen op de ervaringen van de partijen in de praktijk. In dit rapport presenteren we de uitkomsten van het onderzoek.

1.1 Leeswijzer

De rapportage start met een overzicht van de gevolgde werkwijze bij het uitvoeren van het onderzoek. In hoofdstuk 3 gaan we in op de inhoud en achtergrond van het pakket en geven we een aantal kerncijfers over het gebruik van het VPT. In hoofdstuk 4 beschrijven we de initiatieven die zorgaanbieders en zorgkantoren hebben genomen om het VPT te gaan leveren. De keuze van de cliënt en de informatie die daarbij beschikbaar is staat in hoofdstuk 5 centraal. Vervolgens komt in hoofdstuk 6 de inrichting van het wonen en de zorg aan de orde. Hoofdstuk 7 gaat in op de organisatie van zorg en dienstverlening. Hoofdstuk 8 geeft inzicht in de administratie die komt kijken bij het VPT. Hoofdstuk 9 gaat in op de conclusies en aanbevelingen. Tot slot sluiten we in hoofdstuk 10 af met de toekomst voor het VPT.

2. Werkwijze

2.1 Doelstelling

Het centrale doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de ervaringen van cliënten, zorgaanbieders en de zorgkantoren met het Volledig Pakket Thuis. Daarnaast staat ook het inventariseren van tevredenheid van cliënten centraal.

De volgende vragen hebben we beantwoord om een volledig beeld van de ervaring van de partijen te krijgen:

- Welke groep cliënten maakt gebruik van het volledig pakket thuis?
- Waarom kiezen cliënten voor gebruik van het volledig pakket thuis?
- Welke rol speelt het zorgkantoor bij de keuze van de cliënt (denk aan voorlichting en zorgtoewijzing)?
- Op welke manier vullen zorgaanbieders het volledig pakket thuis in?
- Hoe ervaren cliënten de zorg die geleverd wordt binnen het Volledig Pakket Thuis?

2.2 Gevolgde stappen in het onderzoek

Stap 1: Inzicht in aantal cliënten en aanbieders

We zijn het onderzoek gestart met het verkrijgen van inzicht in het aantal cliënten dat gebruikmaakt van het VPT. Dit hebben we gedaan door bij de zorgkantoren op te vragen welke aanbieders het VPT leveren en in welke omvang men dit levert. De zorgkantoren hadden geen volledig zicht op de realisatiecijfers, wel hebben we van alle concessiehouders een schatting van de gemaakte productieafspraken in termen van ZZP's ontvangen.

Stap 2: Gesprek met zorgkantoren

Zorgkantoren zijn een belangrijke schakel in de levering van het VPT. Zorgkantoren hebben door het maken van de productieafspraken een belangrijke invloed op het stimuleren van het VPT. We hebben het inkoopbeleid van de zorgkantoren bekeken met daarbij de vraag hoe men omgaat met het VPT. Vervolgens hebben we tijdens een rondetafelgesprek met vertegenwoordigers van de concessiehouders gesproken over de invulling van het zorginkoopbeleid rondom VPT. Alle concessiehouders hebben deelgenomen aan deze bijeenkomst.

Stap 3: Contact met zorgaanbieders

In stap 1 hebben we inzicht gekregen in het aantal zorgaanbieders dat een afspraak heeft gemaakt om VPT te leveren. Voor het benaderen van de zorgaanbieders is gebruikgemaakt van informatie van het zorgkantoor. Volgens de geschatte cijfers van de zorgkantoren gaat het dan om ongeveer 52 aanbieders in de sectoren V&V en GZ. We hebben met ongeveer de helft van de aanbieders gesproken die daadwerkelijk VPT leveren.

Tijdens het interview hebben we gevraagd naar de achtergrond om VPT te leveren en de uitwerking van het VPT in de praktijk. De interviews hebben deels op locatie bij de aanbieder en deels telefonisch plaatsgevonden. Daarnaast hebben we 10 aanbieders die geen VPT leveren telefonisch een aantal vragen voorgelegd. Dit zijn voor een deel aanbieders die wel een productieafpraak over VPT hebben gemaakt en deels

aanbieders die geen afspraak hierover hebben gemaakt. De vragen hadden betrekking op de redenen om geen VPT te leveren, de kansen die aanbieders zien rondom het VPT en de achtergrond om wel productieafspraken te maken maar niet over te gaan tot levering.

Stap 4: Contact met cliënten

Nadat we contact hebben gehad met de zorgaanbieders die VPT leverden hebben we cliënten benaderd die bij die organisaties het VPT afnamen. Omdat er landelijk geen cliëntgegevens beschikbaar zijn, was deze manier van benaderen van cliënten de enige manier om in contact te komen met cliënten. Tijdens interviews hebben we gevraagd naar de invulling van zorg en wonen en de tevredenheid van cliënten hierover. In totaal gaat het om ongeveer 90 cliënten die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Op basis van de productieafspraken en een levering bij 50% van de aanbieders verwachten we dat in 2010 ongeveer 600 cliënten gebruikmaken van het VPT. Aan het onderzoek heeft ongeveer 15% van de cliënten deelgenomen.

Met 90 cliënten is een interview gehouden: met 41 cliënten een face to face gesprek, met de overige 49 een telefonisch gesprek. Het merendeel (79%) van de cliënten heeft een ZZP uit de sector Verpleging en Verzorging (V&V). De resterende 21% behoort tot de sector gehandicaptenzorg (GZ). Deze 21% is als volgt verdeeld: 14% lichamelijke handicap (LG) en 7% verstandelijke handicap (VG). De meeste respondenten hebben we zelf gesproken (78%). Slechts een klein deel van de interviews is gehouden met de partner van de cliënt (8%), een kind (12%) of een andere betrokkene (2%). Van de in het onderzoek betrokken cliënten is 32% man en 68% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 78, maar verschilt als we kijken naar de sector. In de sector V&V is de gemiddelde leeftijd 85, in de GZ 53.

3. Achtergrond VPT

Het VPT is in 2007 geïntroduceerd als aanvulling op de ZZP's. Tegelijk met de introductie van ZZP's konden zorgaanbieders het VPT leveren aan cliënten die een indicatie voor verblijf hebben maar die de zorg niet binnen de muren van een zorginstelling af willen nemen. De inhoud van het VPT is gelijk aan het ZZP, er gelden ook vergelijkbare leveringsvoorwaarden. Verschil is dat bij het VPT de cliënt zelf verantwoordelijk is voor de woning waarin hij verblijft. Dit betekent dat de cliënt de woning huurt of koopt en zelf zorg draagt voor aansluiting van bijvoorbeeld energie, gas en water. Ook onderhoud aan de woning komt voor rekening van de cliënt. Het Ministerie van VWS had bij de invoering van het VPT een aantal doelen. De belangrijkste waren het stimuleren van scheiden van wonen en zorg en het vergroten van keuzemogelijkheden voor cliënten. Daarnaast is ook bij de invoering van de Wmo afgedwongen dat er een mogelijkheid zou komen om zorg en aspecten van verblijf in de thuissituatie te kunnen leveren vanuit de AWBZ, het VPT voldoet hieraan.

Ontwikkelingen in het VPT

In 2009 is de beleidsregel VPT aangepast. Er zijn tarieven gekomen die aansluiten bij de systematiek van ZZP's. Van 2007 tot 2009 werd gewerkt met 19 VPT-tarieven terwijl er 52 ZZP's zijn. In 2009 is er voor ieder ZZP een VPT tarief vastgesteld. Bovendien is de regeling rondom capaciteit van zorgaanbieders versoepeld. Tot 2009 moest voor het leveren van het VPT een intramurale plaats leeg worden gelaten, deze eis is inmiddels geschrapt. De verbeteringen aan deze regeling hebben er toe geleid dat in 2009 meer zorgaanbieders het VPT zijn gaan leveren.

De toename van het aantal VPT's is echter minder groot dan verwacht. Een belangrijke reden hiervoor is dat er voor aanbieders in met name de sector V&V een financiële prikkel is om cliënten zo lang mogelijk in een extramurale indicatie te houden. De opbrengsten voor een extramurale indicatie eventueel aangevuld met dagbesteding ligt vaak hoger dan de opbrengsten voor de lagere ZZP's. Bovendien is valt ook de vertaling van een verblijfsindicatie naar functies en klassen of PGB soms hoger uit dan de tarieven voor VPT, dit staat weergegeven in bijlage 1. Daarbij komt dat zorgaanbieders met een VPT meer kosten hebben dan bij de andere verzilveringsmogelijkheden.

Aantal cliënten

Het ministerie van VWS heeft in september 2009 vragen beantwoord over de visie rondom scheiden van wonen en zorg. In de brief gaan zij ook in op het VPT. Het ministerie van VWS constateert dat er aan 677 cliënten het VPT is geleverd. Dit zijn 437 cliënten in de sector V&V en 240 cliënten in de sector GZ. In de GGZ is het VPT volgens de cijfers niet geleverd. Jaarlijks verzamelt het college voor zorgverzekeringen (CVZ) de realisatiecijfers van de individuele zorgkantoren, tabel 1 geeft het aantal dagen en cliënten dat gebruikmaakt van het VPT in 2009 weer.

Sector	Aantal dagen	Geschat aantal cliënten
Verpleging & verzorging	120.024	329
Gehandicaptenzorg	80.042	219
Geestelijke gezondheidszorg	21.066	58
Totaal	221.132	606

Tabel 1. VPT in 2009, op basis van cijfers CVZ

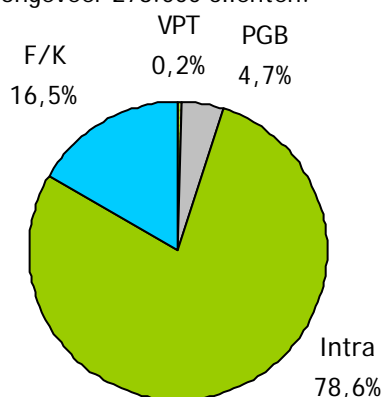
Zoals blijkt uit bovenstaande tabel komt het VPT vooral in de sectoren V&V en de GZ voor. In onderstaande tabel staat een verdeling over de ZZP's weergegeven. Deze verdeling is gebaseerd op de productieafspraken van zorgkantoren en zorgaanbieders. De aantallen cliënten zijn dus niet gebaseerd op werkelijke indicaties van cliënten, derhalve betreft dit een schatting.

ZZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
V&V	100 (23%)	129 (29%)	80 (18%)	85 (19%)	24 (5%)	19 (4%)	2 (0,6%)	1 (0,2%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)
VG	30 (27%)	29 (26%)	34 (32%)	10 (9%)	1 (1%)	6 (5%)	0 (0%)			

Tabel 2. Indicatieve verdeling van cliënten in de sectoren VV en GZ over de ZZP's.

Zoals blijkt uit de tabel komt het VPT vooral in de lagere pakketten veel voor. Dit is verklaarbaar vanuit het feit dat vooral deze cliënten in staat zijn om zelfstandig te wonen met ondersteuning van een zorgaanbieder die toezicht kan houden en die snel kan reageren op alarmoproepen van de cliënt. Op dit moment leveren zorgaanbieders het VPT alleen in geclusterde woonvormen. In hoofdstuk 5 gaan wij hier verder op in.

Cliënten met een indicatie voor verblijf, hebben naast het VPT ook andere mogelijkheden om zorg in een zelfstandige woning af te nemen. Zij kunnen daarvoor gebruikmaken van een persoonsgebonden budget (PGB) of van omzetting van de indicatie in functies en klassen (F/K). Onderstaande grafiek geeft de verdeling van het aantal cliënten met een verblijfsindicatie over de zorgvormen weer. In totaal betreft het ongeveer 278.000 cliënten.



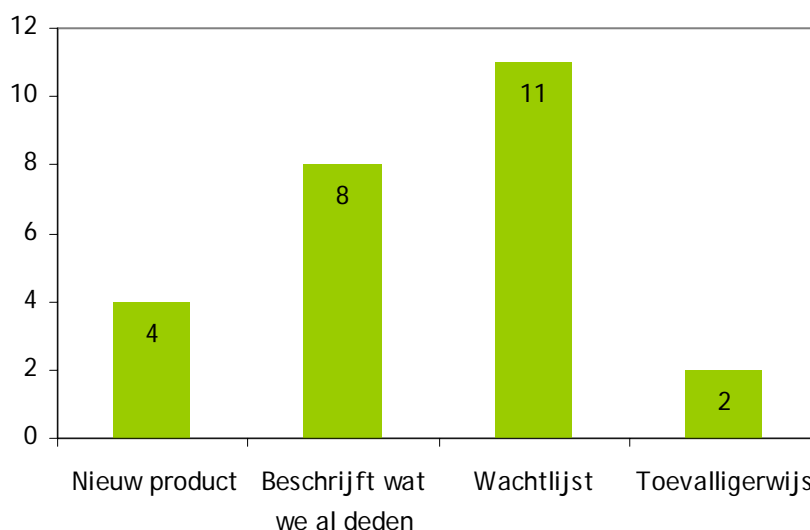
Figuur 1. Verzilveringsvormen bij indicatie voor verblijf

4. Initiatieven van zorgaanbieders en zorgkantoren

Het leveren van het VPT start met de mogelijkheden voor zorgaanbieders om hierover afspraken te maken met het zorgkantoor. In dit hoofdstuk staat de aanleiding van zorgaanbieders om VPT te gaan leveren centraal. Daarbij komt ook het zorginkoopbeleid van het zorgkantoor in een aparte paragraaf aan bod.

4.1 Aanleiding voor aanbieders om VPT te gaan leveren

Tijdens de gesprekken met de zorgaanbieders hebben we allereerst stil gestaan bij de reden waarom men het VPT is gaan leveren. Figuur 2 geeft de vier belangrijkste redenen om te kiezen voor het VPT weer. Een aantal zorgaanbieders heeft meerdere redenen aangegeven om te starten met het VPT.



Figuur 2. Aanleiding start VPT

Zoals blijkt uit figuur 2 is een groot deel van de zorgaanbieders gestart met het leveren van het VPT om daarmee een bestaande wachtlijst te verminderen. Een deel van de aanbieders heeft dit uit eigen initiatief gedaan en een ander deel is hiertoe gekomen op verzoek van het zorgkantoor.

Er zijn ook aanbieders die al voor de introductie van het VPT zorg leverden op basis van het principe van scheiden wonen en zorg. Deze aanbieders hebben de VPT regeling gebruikt om hun dagelijkse praktijk van zorglevering te vatten onder het VPT. Daarmee is de inhoud van de zorg duidelijker beschreven.

Vier aanbieders hebben aangegeven het VPT te zien als een nieuw product. Het VPT past bij hun visie op zorgverlening waarbinnen cliënten zo veel mogelijk keuzevrijheid hebben. Deze aanbieders zien het VPT als product waarmee zij zich kunnen onderscheiden.

“Keuzevrijheid en zoveel mogelijk eigen regie. Vanuit deze gedachte leveren wij zorg.”

Cliënten woonachtig in een serviceflat benaderen de organisatie na zorgvraagtoename met het verzoek om de extra zorg thuis te ontvangen en zodoende niet te hoeven verhuizen. De beginselen van het volledig pakket thuis sluiten nauw aan bij de wens van de cliënten en de visie van de organisatie op zelfstandigheid en handhaving van eigen regie. Na een kosten-batenanalyse blijkt het VPT een haalbaar middel om cliëntgericht diensten te leveren.

Ten slotte zijn er twee aanbieders die het VPT leveren omdat dit het beste past bij de individuele situatie van een cliënt. Deze aanbieders leveren alleen aan die cliënten het VPT en hebben geen breder, algemeen beleid rondom het VPT.

Naast bovengenoemde redenen geeft een aantal aanbieders aan dat zij door het leveren van VPT minder risico's op het gebied van kapitaallasten lopen. Met de voorgenomen invoering van de normatieve huisvestingscomponent is voor zorgorganisaties namelijk nog onzeker welke inkomsten zij krijgen voor hun kapitaal en of deze inkomsten kostendekkend zijn. Door het wonen en de zorg te scheiden lopen aanbieders hier geen risico meer op. Dit is voor geen van de aanbieders een reden geweest om te starten met het VPT, wel zien zij dit als kans om het VPT in de toekomst verder te ontwikkelen.

4.2 Zorginkoopbeleid

Zorgkantoren zijn vrij in het bepalen van het beleid rondom het VPT. De beleidsregel is landelijk vastgesteld maar de uitvoering daarvan verschilt in de praktijk. Zo zijn er zorgkantoren die het VPT in 2010 op relatief grote schaal hebben afgesproken omdat zij hierin een meerwaarde voor cliënten zien. Er zijn echter ook zorgkantoren waar geen of zeer beperkte afspraken over het VPT met zorgaanbieders zijn gemaakt.

De zorgkantoren geven allen aan dat zij het VPT in 2011 een meer prominente rol willen geven in het inkoopbeleid. Dit betekent dat er in 2011 waarschijnlijk meer VPT's worden afgesproken en geleverd. Het zorgkantoor vervult hierin namelijk een stimulerende rol.

Bij de inkoop van het VPT geldt nu als enig criterium dat de zorgaanbieder een toelating voor verblijf moet hebben. De vraag of dit een redelijke eis is, komt in paragraaf 3.2 aan de orde. Daarnaast missen zorgkantoren criteria waarop zij de levering van het VPT kunnen toetsen zodat zij meer zicht hebben op de vraag of de geleverde zorg kwalitatief voldoende is. Zorgkantoren denken dan aan afspraken over zaken als:

- inzet en betrokkenheid van behandelaars;
- eisen aan hygiëne;
- benodigde setting;
- garantie van de leveringsvoorwaarden.

4.3 Productieafspraken over het VPT

Zoals hierboven genoemd zijn zorgkantoren vrij in het maken van afspraken omtrent het VPT. Ook zorgaanbieders zijn niet verplicht om het VPT te leveren. Cliënten kunnen het leveren van een VPT dan ook niet afdwingen bij aanbieders.

Tabel 3 geeft het aantal gemaakte afspraken voor 2010 in dagen en in het aantal plaatsen weer.

Sector	Aantal dagen	Geschat aantal cliënten
Verpleging & verzorging	312.761	857
Gehandicaptenzorg	96.585	265
Geestelijke gezondheidszorg	12.791	36
Totaal	422.137	1.158

Tabel 3. Aantal afgesproken dagen en plaatsen VPT per sector in 2010

Via de zorgkantoren hebben we inzicht verkregen in het aantal zorgaanbieders dat het VPT heeft afgesproken en het aantal aanbieders dat werkelijk VPT levert. Voor het jaar 2010 zit daartussen een groot verschil. Bijna 50% van de afgesproken dagen wordt niet geleverd. Een deel komt doordat aanbieders met een afspraak voor VPT niets leveren, een ander deel komt omdat aanbieders minder dan de afgesproken dagen VPT leveren. Dit betekent dat er niet, zoals in tabel 3 staat, 1.158 cliënten gebruikmaken van het VPT maar dat dit ongeveer 580 cliënten zijn.

In Nederland zijn ongeveer 700 organisaties actief die intramuraal verblijfszorg leveren. Onderstaand diagram is een weergave van:

- het percentage aanbieders dat geen VPT heeft afgesproken;
- het percentage aanbieders dat VPT heeft afgesproken maar niet levert;
- het percentage aanbieders dat VPT levert.



Figuur 3. Aanbieders met VPT

Zorgaanbieders geven als belangrijkste redenen om (toch) geen VPT te leveren dat zij (bij nader inzien) te weinig kennis hebben over het VPT om daadwerkelijk te gaan leveren. Daarnaast noemen zij dat het financieel aantrekkelijker is om op basis van

functies en klassen zorg buiten de instelling te leveren. Aanbieders geven daarbij aan dat zij bij 'lichte' cliënten proberen om zo lang mogelijk een extramurale indicatie te houden omdat daarmee meer financiële middelen beschikbaar zijn dan bij het VPT.

Enkele aanbieders die medewerking hebben verleend aan het onderzoek naar financiële knelpunten bij extramuralisering¹ zijn opnieuw benaderd. Zij geven aan dat het Volledig Pakket Thuis onvoldoende mogelijkheden biedt om als vervanging te dienen voor de door hen geleverde geëxtramuraliseerde zorg. De zorgkantoren erkennen deze knelpunten maar vinden het jammer dat aanbieders zich te veel laten leiden door de financiële prikkel om een product wel of niet te gaan leveren. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de tarieven per ZZP voor intramurale zorg, VPT, extramurale zorg (vertaling functies en klassen) en het PGB.

Alle zorgaanbieders die wij hebben gesproken zijn tevreden met de mogelijkheden om afspraken met het zorgkantoor te kunnen maken over het VPT. Wat zorgaanbieders echter missen is ondersteuning van het zorgkantoor bij het leveren van het VPT. Het gaat dan om praktische informatie over wat zorgaanbieders moeten leveren en om een gemis aan vraagbaak. De ervaring van de aanbieders is dat de zorgkantoren zelf ook weinig kennis hebben over het VPT.

Levering van VPT door thuiszorgorganisaties

Zorgkantoren geven aan dat zij het bij het maken van productieafspraken jammer vinden dat het niet mogelijk is om rechtstreeks afspraken te maken met extramurale aanbieders (vooral thuiszorgorganisaties in de V&V). In de beleidsregel staat namelijk dat aanbieder toegelaten moeten zijn voor de functie verblijf. Zorgkantoren vinden dat een deel van de thuiszorgaanbieders prima in staat is om het VPT te leveren. Juist omdat thuiszorgorganisaties er veelal op gericht zijn om zorg op afspraak en afroep te leveren. Zij hebben de ervaring met het leveren van zorg thuis en lijken daarom een goede partij om ook het VPT te leveren. Met de inzet van de thuiszorg wordt waarschijnlijk ook een wijkgerichte aanpak gestimuleerd. Het ontbreken van de mogelijkheid om rechtstreeks afspraken te maken met de thuiszorg wordt mogelijk ondervangen doordat de meeste thuiszorgorganisaties onderdeel zijn van een grotere organisatie die ook verblijfszorg levert. In dit onderzoek hebben wij geen enkele aanbieder gesproken die het VPT in onderaannemerschap levert.

¹ Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering. PWC juni 2009.

5. Beschikbaarheid informatie en cliëntkeuze

In dit hoofdstuk zoomen we in op de beschikbaarheid van informatie voor zowel cliënten als zorgaanbieders. Daarnaast kijken we naar de keuze van de cliënt om te komen tot het VPT.

5.1 Beschikbare informatie over het VPT

De zorgaanbieders die we hebben geïnterviewd geven allemaal aan dat er bij het starten met het VPT weinig bekend was over de mogelijke invulling van het VPT. Er waren geen 'goede voorbeelden' waarvan de organisaties konden leren.

Informatie over inhoud van het pakket

Voor veel aanbieders was en is vaak niet duidelijk wat precies geleverd moet worden uit het VPT. Een duidelijk overzicht van wat wel en wat niet in het kader van het VPT geleverd moet worden (bijvoorbeeld wie betaalt schoonmaakmiddelen, toiletpapier en cetera) is niet aanwezig en een deel van de zorgaanbieders ervaart dit als gemis. Aanbieders gebruiken de regeling als handvat voor de afspraken die met cliënten worden gemaakt. Zonder deze gegevens vinden aanbieders het moeilijk om tot afspraken te komen. Of de aanbieders een dergelijke benadering ook bij de invulling van bijvoorbeeld verblijfszorg gebruiken is in dit onderzoek niet naar voren gekomen.

Andere aanbieders hebben het 'ontbreken' van regels juist als kans gezien om nieuwe ontwikkelingen in gang te zetten. Men heeft de beleidsvrijheid aangegrepen om eigen keuzes te maken. De aanbieders zijn in gesprek gegaan met cliënten over welke invulling van de zorg zij wensen en wat de zorgaanbieder hierbij aan kan bieden. Deze benadering geeft kansen voor het leveren van maatwerk voor cliënten. De cliënt staat in een dergelijke benadering centraal, de regels vormen kaders.

“Volledig pakket thuis stelt kinderen in staat om thuis te blijven wonen. VPT biedt geen direct financieel voordeel maar stelt de cliënt meer centraal.”

Afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt wordt behandeling en begeleiding op afgesproken tijden ingezet. VPT biedt daardoor de mogelijkheid voor de organisatie om in de beginfase het ondersteuningsnetwerk van de cliënt te verstevigen door bijvoorbeeld meer tijd in de ouders en het netwerk te investeren. Aan het einde van het traject wanneer de behandeling en begeleiding minder intensief is wordt minder zorg ingezet. In totaal komt de ingezette zorg gedurende het traject uit op de gemiddelde uren uit het pakket. Dit kan per periode verschillen. Vergeleken met extramurale zorg gaat dit makkelijker met het VPT.

Informatie voor cliënten

Ook voor cliënten is er weinig informatie beschikbaar over het VPT. Cliënten komen daarom ook zelden met een vraag om VPT bij de zorgaanbieder terecht. Pas na contact met een zorgaanbieder worden de mogelijkheden voor de invulling van zorg besproken. Wanneer de aanbieder VPT een geschikt product vindt voor de cliënt wordt deze optie benoemd. Dit is vaak het eerste moment waarop cliënten in aanraking komen met het VPT. Informatie die wordt verstrekt is dan door aanbieders

zelf ontwikkeld. Deze informatie heeft veelal betrekking op de inhoud van het VPT en de verschillen ten opzichte van de traditionele intramurale en extramurale zorg. Ook is in deze informatie vaak aandacht voor de financiële effecten op cliëntniveau. Een groot deel van de zorgaanbieders geeft aan dat met name op dit gebied veel vragen van cliënten komen.

“U kiest uit ons assortiment, wij maken de effecten zo goed mogelijk voor u inzichtelijk”

De heer Edwards is 72 jaar oud en woont zelfstandig in een aanleunwoning. Hij heeft sinds kort een ZPZ 3 indicatie. Hij hecht veel waarde aan het zelfstandig wonen en wil zijn verblijf niet opgeven voor een plaats in het verzorgingshuis. De financiële ruimte van de cliënt is beperkt tot de AOW en een zeer bescheiden pensioen. Het verzorgingshuis is zich tezamen met de heer Edwards aan het oriënteren op mogelijkheden.

Potentiële VPT cliënten krijgen een gesprek met een medewerker van het cliëntenadviesbureau. Meneer Edwards woont in een aanleunwoning. De medewerker van het cliëntenbureau neemt met de cliënt door welke zorgleveringsmogelijkheden het best bij hem passen. Dit doet de medewerker door de verschillen uit te leggen tussen een intramuraal verblijf, VPT en Functies en klassen.

Het is best lastig om het financiële effect van te voren duidelijk te maken. Door verschillen in de aanspraak per leveringsvorm moet een cliënt bij iedere vorm namelijk andere kosten zelf betalen. Voor de heer Edwards is een doorrekening gemaakt voor zijn specifieke situatie. Tabel 4 geeft deze doorrekening weer. Uit tabel 4 blijkt dat de kosten van de heer Edwards voor een VPT ongeveer overeen kwamen met zijn kosten voor een intramurale plaats. Dezelfde zorglevering via functies en klassen was aanzienlijk duurder in de situatie van de heer Edwards. Dit werd met name veroorzaakt door de kosten voor levensonderhoud. Voor cliënten met een andere indicatie, een ander inkomen of een andere huur kan het financiële plaatje er anders uit zien.

Kostenpost	Intramuraal	VPT	Functies en klassen
Huur (incl. huursubsidie)	€ 0,-	€ 250,-	€ 250,-
Elektra/water	€ 0,-	€ 100,-	€ 100,-
non-food	€ 50,-	€ 50,-	€ 50,-
Voeding	€ 0,-	€ 0,-	€ 200,-
Huishoudelijke zorg	€ 0,-	€ 0,-	€ 0,-
Bijdrage welzijn	€ 0,-	€ 0,-	€ 50,-
Eigen bijdrage AWBZ	€ 500,-	€ 150,-	€ 20,-
Totaal	€ 550,-	€ 550,-	€ 670,-

Tabel 4. Indicatieve doorrekening specifieke situatie van de heer Edwards

5.2 Cliëntkeuze voor VPT

Zoals uit bovenstaande paragraaf blijkt is er weinig informatie voor cliënten beschikbaar over het VPT. Cliënten ontvangen via de zorgaanbieder informatie over het VPT. In ons onderzoek geeft 52% van de V&V cliënten aan er van op de hoogte te zijn dat zij gebruikmaken van de regeling VPT. In de gehandicaptenzorg ligt dit percentage hoger, namelijk op 61%. Andere cliënten weten niet dat zij gebruikmaken van het VPT, zij ontvangen zorg en hoe dit wordt genoemd is voor hen niet van belang.

In dit onderzoek hebben wij ons gericht op cliënten die al gebruikmaken van het VPT. Wij hebben daarom niet gesproken met cliënten die er voor hebben gekozen om geen gebruik van het VPT te maken. Wel hebben wij van een aantal zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg begrepen dat er cliënten zijn die geen gebruik wilden maken van het VPT omdat zij het gevoel hebben daarbij te veel regie uit handen te geven. Zorgaanbieders zijn bij het VPT verantwoordelijk voor het leveren van huishoudelijke hulp en voeding. Cliënten willen hier liever volledig zelf over beslissen, ook al kunnen zij met de zorgaanbieder allerlei afspraken maken over de praktische invulling van dergelijke aspecten, toch voelt het voor cliënten alsof zij regie uit handen geven.

Alle cliënten in het onderzoek geven aan dat zij het belangrijk vinden om zelfstandig te blijven wonen. De helft van de cliënten die kiest voor het VPT heeft dat gedaan omdat zij zelfstandig willen blijven wonen. Daarbij heeft in vrijwel alle gevallen de zorgaanbieder de cliënt gewezen op de mogelijkheid van VPT. Voor andere cliënten geldt dat zij niet bewust hebben aangegeven dat zij zelfstandig wilden blijven wonen. Een deel van de cliënten is bij toeval in deze woonvorm terecht gekomen, bijvoorbeeld omdat hier een plek vrij kwam. Ook is er een relatief groot deel van de cliënten (ongeveer 30%) dat van het VPT gebruikmaakt omdat zij vanuit een intramurale afdeling naar een eigen woning overgingen, hierbij was de zorgaanbieder leidend. Er zijn in ons onderzoek geen cliënten bekend die een financiële reden hebben genoemd om gebruik te gaan maken van het VPT.

Cliënten die gebruikmaken van het VPT hebben zelden overwogen om gebruik te maken van de mogelijkheid van PGB of vertaling van de indicatie naar functies en klassen. Dit wijst erop dat cliënten door de zorgaanbieder gewezen zijn op het VPT en dat zij niet zelf het initiatief hebben genomen om zelfstandig te blijven wonen. Wanneer er geen VPT zou zijn, zou waarschijnlijk een groot deel van deze cliënten bij een zorgaanbieder zijn gaan wonen.

Als we kijken naar de doelen die beoogd werden bij de invoering van het VPT is het realiseren van keuzevrijheid voor deze cliënten gelukt. Cliënten die normaal in een intramurale instelling zouden gaan wonen kunnen er nu voor kiezen om zelfstandig te blijven wonen. Dit doel is echter wel voor een klein deel van de cliënten gerealiseerd, het VPT is namelijk nog niet breed bekend en lang niet alle cliënten uit ons onderzoek hebben welbewust voor het VPT gekozen. Ook het scheiden van wonen en zorg is op zeer beperkte schaal gestimuleerd door het VPT, cliënten die gebruikmaken van het VPT zijn namelijk zelf verantwoordelijk voor het woongedeelte en ontvangen de zorg uit de AWBZ.

6. Inrichting van wonen

6.1 Geclusterd of in de wijk

In het onderzoek hebben wij geconstateerd dat het VPT op dit moment alleen geleverd wordt in geclusterde woonvormen, met een omvang variërend van 24 tot 8 cliënten en in complexen nabij een intramurale voorziening. Tabel 5 geeft de invulling van de woonomgeving van cliënten weer.

Type woning	V&V	GZ	Totaal
Aanleunwoning (aangepaste woning nabij/aan de zorginstelling. Vaak een apart gebouw, soms met een gang verbonden met de instelling).	55%	11%	45%
Eigen huis < 500 meter bij een zorginstelling vandaan.	0%	17%	4%
Eigen huis > 500 meter bij een zorginstelling vandaan.	0%	6%	1%
Inleunwoning (appartementen in een zorgcomplex).	6%	0%	5%
Woonzorgcomplex/serviceflat (geclusterde appartementen waar zorg op afroep beschikbaar is).	39%	67%	45%
Totaal	100%	100%	100%

Tabel 5. Invulling van de woonomgeving van cliënten

Aanbieders geven aan dat financiële overwegingen de belangrijkste rol spelen bij het kiezen van een woonvorm voor het VPT. Het leveren van een VPT in de wijk is volgens hen niet mogelijk vanwege de inzet van nachtdienst en de reistijd die niet is opgenomen in het tarief. Bovendien vinden aanbieders het verzorgen van aspecten als welzijn en voeding in de wijk moeilijk binnen het huidige tarief omdat men daarvoor vaak naar cliënten toe moet.

Naast de financiële aspecten vraagt een aantal aanbieders zich af of het mogelijk is om de zorg in de wijk verantwoord te kunnen leveren. Cliënten krijgen immers niet voor niets een indicatie voor verblijf. Het CIZ heeft namelijk vastgesteld dat de cliënt behoefte heeft aan een beschermde woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. In de beleidsregels van het CIZ staat dat dit noodzakelijk is voor cliënten met behoefte aan zorg in de nabijheid, zorg die 24-uur per dag aanwezig is en in sommige gevallen zorg die op afspraak en direct oproepbaar wordt geleverd (leveringsvoorwaarden, C, D en B2)². Daardoor is toezicht op cliënten in enige mate nodig. Aanbieders twijfelen of dit toezicht voldoende kan worden geboden bij een bepaalde afstand. De vraag is dan ook op welke afstand het wel mogelijk is om VPT te bieden. Het is denkbaar dat dit in een relatief dicht bevolkt gebied eenvoudiger te organiseren is dan wanneer het gaat om een 'boerderij achteraf'. Naast de inzet van professionele zorg zouden dan duidelijke afspraken met mantelzorg gemaakt kunnen worden.

² Beleidsregels indicatiestelling, bijlage Algemeen. Ministerie van VWS, 2010.

Zorgkantoren hebben het idee geopperd om de tarieven voor VPT in een geclusterde setting en VPT in de wijk te scheiden. Door het introduceren van verschillende tarieven wordt het leveren van VPT in de wijk mogelijk meer gestimuleerd. Wij vragen ons echter af of het introduceren van verschillende tarieven past binnen de huidige bekostigingssystematiek. De systematiek is gericht op het behouden van eenvoud. De introductie van extra tarieven past daar volgens ons niet goed bij.

Een ander punt dat door de zorgaanbieders is genoemd, is dat het voor zorgaanbieders van belang is dat de woningtoewijzing in complexen waar VPT wordt geleverd via de zorgaanbieder verloopt. Er is dan namelijk zicht op wie in de woningen komt zodat niet te veel woningen bewoond worden door mensen die geen zorg afnemen en de schaalgrootte van het VPT te klein wordt. Vraag daarbij is wel in hoeverre dit juridisch mogelijk is.

6.2 Verhuizing om gebruik te maken van VPT

Bijna alle respondenten (95%) wonen langer dan aan halfjaar in de huidige woning. De verhuizing er naartoe heeft in de helft van de gevallen als oorzaak de ontstane zorgbehoefte. Een enkele respondent (17%) geeft aan verhuisd te zijn in verband met de kenmerken van de voormalige woning (trappen, omvang, tuin). De overige 31% is verhuisd in verband met de verbouwing van het (verzorgings)huis waar men woonde of het gereed komen van woningen die erg geschikt zijn om het VPT in te leveren. Voor deze laatste groep geldt veelal dat zij vanuit de intramurale instelling naar een meer zelfstandige woning zijn gegaan om gebruik te kunnen maken van het VPT.

6.3 Cliëntwensen over woonomgeving

Aan de cliënten in het onderzoek hebben we de vraag voorgelegd hoe belangrijk zij het vinden om bepaalde faciliteiten in de nabije omgeving van hun woning te hebben. Respondenten konden aangeven of zij dit erg belangrijk, belangrijk of niet belangrijk vinden. Daarna hebben we gevraagd of zij van deze faciliteiten gebruikmaken. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt naar voorzieningen zoals een winkel, kerk, bibliotheek et cetera, maar ook mogelijkheid tot ontmoeting van anderen en mogelijkheid tot deelname aan activiteiten.

Tabel 6 geeft weer welk percentage van de respondenten gebruikmaakt van één van de genoemde faciliteiten. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt naar de mate van belang die cliënten aan een faciliteit hechten.

Aspect	Oordeel	Wel gebruik	Geen gebruik	Totaal
Voorzieningen	erg belangrijk	28%	6%	34%
	belangrijk	40%	14%	54%
	niet belangrijk	2%	10%	12%
	totaal	70%	30%	100%

Aspect	Oordeel	Wel gebruik	Geen gebruik	Totaal
Ontmoeting	erg belangrijk	35%	4%	39%
	belangrijk	38%	12%	50%
	niet belangrijk	1%	10%	11%
	totaal	74%	26%	100%
Activiteiten	erg belangrijk	29%	4%	33%
	belangrijk	32%	17%	49%
	niet belangrijk	4%	14%	18%
	totaal	65%	35%	100%

Tabel 6. Gebruik van faciliteiten naar belang

Zoals blijkt uit tabel 6 vindt een groot deel van de cliënten die gebruikmaakt van de elementen uit de woonomgeving de aanwezigheid hiervan ook van belang. Cliënten die een voorziening wel van belang vinden maar er geen gebruik van maken doen dit vooral omdat zij hiertoe door hun beperkingen niet in staat zijn. Als we kijken naar de doelgroep zouden we kunnen zeggen dat ook afstand een rol speelt bij het wel of niet gebruiken van de genoemde elementen. Hiervan is alleen sprake bij voorzieningen, ontmoeting en activiteiten zijn namelijk voor alle gebruikers van het VPT dicht in de buurt omdat zij in een geclusterde woonvorm wonen.

Uit de tabel kan geconcludeerd worden dat cliënten de aanwezigheid van de genoemde elementen over het algemeen belangrijk vinden en dat zij hier ook in grote mate gebruik van maken. Het gebruik hangt mogelijk samen met het feit dat de faciliteiten in de nabijheid van de woning van de cliënt zijn doordat zorg in geclusterde vorm wordt geleverd.

7. Organisatie van zorg en dienstverlening

7.1 Typering cliënten die op dit moment gebruikmaken van het VPT

Het VPT wordt binnen de sectoren V&V en GZ geleverd aan cliënten met voornamelijk de 'lagere' ZZP's. Dit betekent voornamelijk ZZP VV1 tot en met VV4, VG1 tot en met VG4 en LG1 tot en met LG3, voor een uitgebreider overzicht van de ZZP's verwijzen we naar hoofdstuk 3. Een aantal cliënten heeft echter een hoger ZZP, een deel van die cliënten woont bijvoorbeeld samen met een partner en kan daardoor zelfstandig blijven wonen. Dit past bij één van de doelen van het VPT, namelijk het bereiken van meer keuzevrijheid.

Door de zorgaanbieders is aangegeven dat zij een aantal criteria hanteren die het leveren van VPT uitsluiten, dit zijn:

- cliënt kan niet zelf om hulp roepen (alarmeren);
- cliënt vertoont dwaalgedrag;
- cliënt heeft complexe zorgvraag waarvoor bijvoorbeeld hulp van twee personen nodig is;
- cliënt is niet in staat om zich zelfstandig te verplaatsen.

In alle andere gevallen geven zorgaanbieders aan dat het leveren van VPT bespreekbaar is ongeacht het ZZP van de cliënt.

Aan cliënten hebben we gevraagd of de zorgaanbieder voorwaarden heeft gesteld om gebruik te maken van het VPT. 17% van de respondenten heeft expliciet met de aanbieder een aantal voorwaarden besproken. De voorwaarden bestaan uit de afspraak dat men zelf voor de boodschappen zorgt, zelf nog regie kan voeren en/of zelf de administratie kan uitvoeren.

7.2 Inhoud van de zorg

Tabel 7 geeft van de belangrijkste zaken rondom zorg- en dienstverlening de invulling binnen een intramurale setting (ZZP) en het VPT weer. In de kolom opmerking staat een korte beschrijving van de verschillen tussen de verzilveringsvormen.

	ZZP	VPT	Opmerking
Zorg 24 uur per dag	24-uurs aanwezigheid van zorgmedewerkers	Zorgmedewerkers op afspraak en afroep beschikbaar	Bij ZZP is er continu een medewerker aanwezig, bij VPT moet de cliënt hiertoe initiatief nemen.
Nachtzorg	Nachtzorg, veelal via alarmering en soms ook controleronde	Nachtzorg, veelal via alarmering en indien nodig op afspraak	Controlerondes ontbreken, wel kunnen afspraken over nachtelijke hulp worden gemaakt
Behandeling	Behandeling, afhankelijk van toelating art. 8 (gericht op aandoening) en art. 15 (algemeen medisch)	Behandeling, afhankelijk van toelating artikel 8	Bij VPT wordt nooit artikel 15 behandeling geboden. Cliënten maken over het algemeen gebruik van de Zorgverzekeringswet.

Tabel 7. Invulling binnen ZZP en VPT

Zoals blijkt uit tabel 7 bestaat het verschil bij de inzet van zorg, gedurende de dag en nacht, vooral uit het initiatief dat de cliënt zelf neemt. Bij het VPT wordt meer initiatief van de cliënt verwacht terwijl in een intramurale setting de zorgaanbieder meer toezicht houdt en cliënten stimuleert tot het uitvoeren van bepaalde activiteiten. De nachtzorg is zowel in het VPT als intramuraal veelal via alarmering georganiseerd. Cliënten die wij hebben gesproken zijn hierover overwegend positief. Alle cliënten geven verder aan dat zij een zorgplan ofwel begeleidingsplan hebben waarin de afspraken over de zorg zijn vastgelegd.

Een verschil rondom de behandeling is dat cliënten met een VPT niet ten laste van de AWBZ gebruik kunnen maken van behandeling van algemeen medische aard uit het ZZP. De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor deze algemene behandeling terwijl een AWBZ-arts (specialist ouderengeneeskunde of AVG-arts) verantwoordelijk is voor de behandeling die voortkomt uit de aandoening van de cliënt. Een aantal zorgaanbieders voorziet hier problemen omdat huisarts en specialistisch arts samen regie moeten voeren. Kanttekening daarbij is, is dat dit probleem niet speelt voor de lagere pakketten. In de lage pakketten (ZZP 1 en 2 in zowel de sector V&V als GZ) zit namelijk geen behandeling in het pakket. Dit zijn juist de cliënten die veelal gebruik maken van het VPT.

7.3 Cliëntwensen over zorglevering

We hebben aan cliënten gevraagd welke aspecten van zorg zij belangrijk vinden rondom het VPT. Het gaat dan om de aspecten:

- snelheid van alarmopvolging;
- zorg leveren op afgesproken tijd;
- inhoud van zorg is volgens afspraak.

Daarna hebben we de cliënten gevraagd of zij dit als voldoende of onvoldoende ervaren. Tabel 8 geeft weer welk percentage van de cliënten een aspect als voldoende beoordeelt. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt naar de mate van belang die cliënten aan het aspect hechten.

Aspect	Oordeel	Voldoende	Onvoldoende	Totaal
Alarmering	erg belangrijk	73%	4%	77%
	belangrijk	22%	0%	22%
	niet belangrijk	1%	0%	1%
	totaal	96%	4%	100%
Tijdstip zorg	erg belangrijk	31%	0%	31%
	belangrijk	60%	1%	61%
	niet belangrijk	8%	0%	8%
	totaal	99%	1%	100%
Inhoud zorg	erg belangrijk	42%	1%	43%
	belangrijk	55%	0%	55%
	niet belangrijk	2%	0%	2%
	totaal	99%	1%	100%

Tabel 8. Beoordeling zorgaspecten naar belang

Uit de tabel blijkt dat vrijwel alle cliënten de genoemde aspecten van zorg als voldoende beoordelen, ongeacht het belang dat zij aan het onderdeel geven. De meeste cliënten vinden de genoemde aspecten van belang, opvallend is dat vooral het onderdeel alarmering als erg belangrijk wordt getypeerd. Dit kan er mee te maken hebben dat de zorg bij het VPT vooral op basis van afspraak en afroep wordt geleverd. Cliënten moeten er dus van op aan kunnen dat de zorgverlener adequaat reageert op oproepen die zij doen.

7.4 Veranderingen voor cliënt bij levering VPT

Hoewel de inhoud van de zorg voor cliënten niet verandert hebben zorgaanbieders wel het idee dat er door het VPT iets veranderd is in met name de behandeling van cliënten. Zorgaanbieders beschouwen cliënten als meer zelfstandig. Men betreedt de woning van de cliënt alleen wanneer dat nodig en afgesproken is. Daardoor ervaren zorgaanbieders in met name de sector V&V dat cliënten zelfredzamer zijn dan in een traditionele setting. Doordat bewoners worden gestimuleerd zelfstandig te functioneren neemt het beroep op ondersteuning af. Geen van de zorgaanbieders kan dit in kwantitatieve zin onderbouwen, maar meerdere zorgaanbieders delen dit 'gevoel'. De tevredenheid onder cliënten over de hoeveelheid geleverde zorg is groot. Dus hoewel cliënten misschien minder of andere zorg krijgen, ervaren cliënten dit niet als negatief.

“VPT vergroot zelfredzaamheid en vermindert het beroep op zorg”

Ons is opgevallen dat cliënten die kiezen voor een VPT veel waarde hechten aan zelfstandigheid. Bij de keuze voor een VPT houden wij de cliënt voor dat daarbij echt sprake is van je eigen huis met de zorg zoals in het verzorgingshuis. Dit heeft bij ons gevraagd om een cultuuromslag bij medewerkers die gewend waren om de open deuren in de gang vrij te betreden. Voor de cliënt betekent dit dat de zorg afroepbaar is maar dat de medewerker niet altijd in het zicht is.

Sinds de start van het VPT zien wij enkele verschillen met onze traditionele cliënt. De cliënt gaat sterker uit van eigen mogelijkheden en zoekt de inzet van de medewerkers slechts op wanneer de cliënt iets zelf echt niet kan. Het uitgangspunt is veel meer zelfredzaamheid. De cliënt heeft de regie nadrukkelijker in handen en probeert zaken zo veel mogelijk zelf. Onze medewerkers stimuleren de cliënten hier ook in. Ook is er sprake van een grotere participatie van het eigen netwerk. Cliënten banaderen elkaar als burens en doen klusjes voor anderen. Zo zie je bewoners samen boodschappen doen, waarbij de mobiele bewoner de rolstoel van de buurman duwt. Wij ervaren dat de zorgvraag in het woonzorgcomplex waar we alleen maar VPT leveren, afneemt in vergelijking met die van vergelijkbare cliënten in het verzorgingshuis.

In de vergelijking tussen het leveren van zorg op basis van extramurale functies en klassen en het VPT noemen zorgaanbieders dat men door het VPT meer flexibel is geworden bij de inzet van zorg. Bij extramurale functies en klassen kon de aanbieder alleen de geïndiceerde functies leveren terwijl met het VPT meer uitwisseling tussen

de functies mogelijk is. Hierdoor is het beter leveren van maatwerk volgens de zorgaanbieders gestimuleerd.

“Zorg op maat”

Het voordeel van het VPT is dat uren uitwisselbaar zijn. Bij cliënten met extramurale zorg kwam het wel eens voor dat het maximum aantal geleverde uren was bereikt voor begeleiding terwijl er nog uren beschikbaar waren vanuit persoonlijke verzorging.

Nu kan de totaaltijd worden ingezet. Door afspraken te maken met de cliënt over zijn eigen inzetmogelijkheden kan de ruimte gevonden worden om de zorg verder aan te laten sluiten op de zorgbehoefte van de cliënt op dat moment.

7.5 Producten naast zorg

Afwijkend aan het VPT ten opzichte van het ZZP is dat de aanbieder niet verantwoordelijk is voor zaken die te maken hebben met de woning van de cliënt. Dit betekent dat onderhoud aan de woning en vaste kosten voor gas, elektriciteit en water niet door de zorgaanbieder betaald hoeven te worden. Zaken zoals schoonmaak van de woonruimte en het zorgen voor voeding zijn wel onderdeel van het VPT. In tabel 9 staan de verschillen tussen intramurale dienstverlening (ZZP) en de diensten rondom VPT weergegeven.

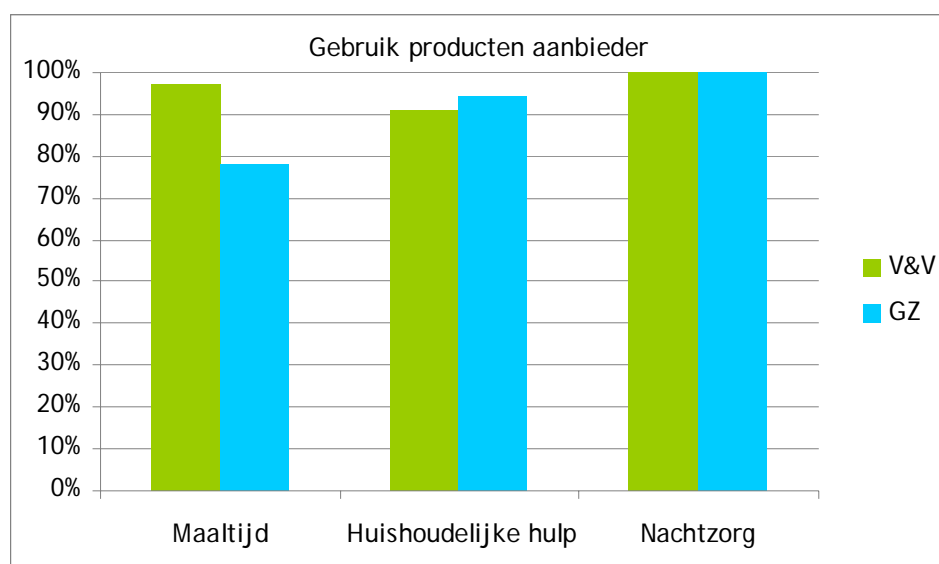
	ZZP	VPT	Opmerking
Maaltijden	Maaltijden door zorgaanbieder	Maaltijden, met mogelijkheid om dit zelf te realiseren	Bij VPT heeft cliënt vaak meer mogelijkheden om te kiezen tussen ‘leveringsvormen’ van maaltijd (variërend van maaltijd van aanbieder tot eten in restaurant of zelf koken)
Huishoudelijke hulp	Huishoudelijke hulp door zorgaanbieder	Huishoudelijke hulp door zorgaanbieder	Geen verschil
Welzijnsactiviteiten	Welzijnsactiviteiten, cliënten worden hiertoe veelal gestimuleerd	Welzijnsactiviteit en wanneer cliënt zelf initiatief neemt	Bij VPT moet cliënt veelal zelf aangeven gebruik te willen maken van de activiteiten. Cliënten moeten vaak zelf naar activiteiten toe gaan, bij intramuraal ligt er meer initiatief bij begeleiding.
Facilitaire zaken	Vervanging cq. reparatie van huishoudelijke zaken		Cliënt is bij VPT zelf verantwoordelijk voor zaken als vervangen van lamp et cetera

Tabel 9. Verschillen tussen ZZP en VPT

Alle zorgaanbieders zorgen voor schoonmaak van het appartement van de bewoners. Daarbij merken veel van de aanbieders opdat de mogelijkheden van huishoudelijke hulp met het VPT relatief klein zijn. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat de appartementen van bewoners groter zijn dan de intramurale appartementen (waar de tarieven op gebaseerd zijn). Daarnaast speelt ook mee dat bewoners die voorheen extramurale zorg kregen (vertaling naar functies en klassen) huishoudelijke hulp uit de Wmo kregen. Vanuit de Wmo waren vaak veel meer uren beschikbaar dan zorgaanbieders kunnen bieden uit het VPT. 7% van de cliënten heeft daarom naast de huishoudelijke hulp van de zorgaanbieder ook een eigen particuliere hulp. In dit onderzoek zijn wij slechts bij 2 cliënten tegengekomen dat de huishoudelijke hulp uit de thuissituatie, die werd geboden door de gemeente, doorliep na de verhuizing naar een woonvorm waar VPT werd geboden. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat de gemeente niet kan zien welke cliënt een indicatie voor verblijf heeft.

Rondom het organiseren van welzijnsactiviteiten ervaren sommige aanbieders problemen rondom de financiering van een gezamenlijke activiteitenruimte. De regeling 'zorginfrastructuur' kan hiervoor een uitkomst bieden. De meeste cliënten in het onderzoek geven aan het belangrijk te vinden dat er activiteiten worden georganiseerd, hierbij verwijzen we ook naar tabel 6 in hoofdstuk 6. Belangrijk daarbij vindt men het samenzijn met anderen. Afhankelijk van de interesses van cliënten neemt men in meer of mindere mate deel aan de activiteiten. Voor alle cliënten is het van belang dat de activiteiten dichtbij hun woning georganiseerd worden zodat zij zelf (of waar nodig met enige begeleiding) naar de activiteiten toe kunnen gaan.

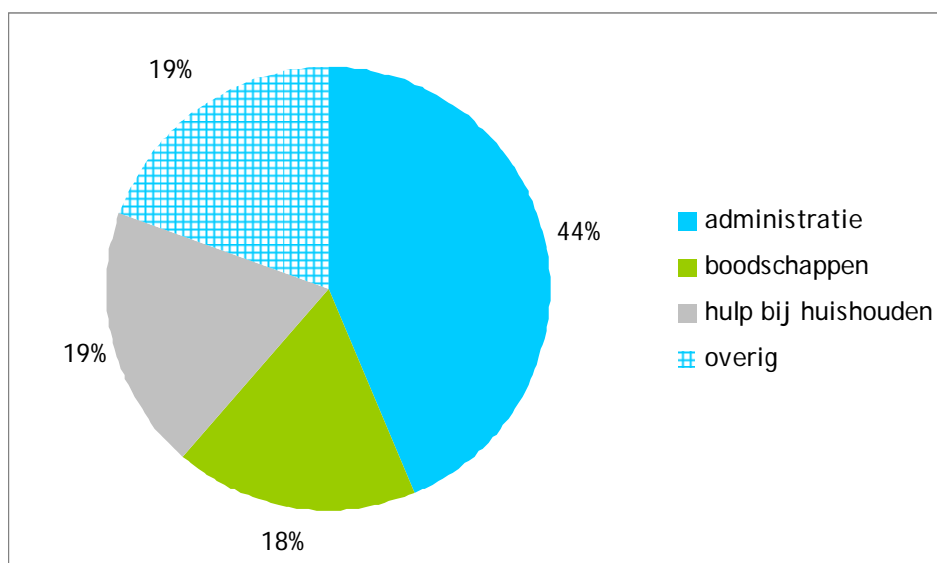
Figuur 4 geeft weer welk percentage van de cliënten gebruikmaakt van verschillende vormen van zorg- en dienstverlening.



Figuur 4. Gebruik van verschillende vormen van zorg- en dienstverlening

7.6 Inzet mantelzorg

Cliënten die gebruikmaken van het VPT ontvangen in 73% van de gevallen hulp en ondersteuning uit hun directe familie- of vriendenkring. Deze hulp bestaat vooral uit ondersteuning bij administratieve taken, zoals het huren van de woning, het betalen van vaste lasten et cetera. In gevallen waarin de cliënt geen familie of vrienden heeft zorgt de zorgaanbieder ervoor dat administratieve zaken voor de cliënt worden geregeld. In een enkel geval vraagt de aanbieder hiervoor een financiële vergoeding. Figuur 5 geeft weer welke activiteiten mantelzorgers uitvoeren.



Figuur 5. Inzet mantelzorg

Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat de betrokkenheid van mantelzorg in de situaties met VPT groter is dan in de reguliere instellingen. Familie pakt zaken zelf op zonder daarvoor direct bij de zorg aan te kloppen.

“Zoals het thuis ook ging”

Mevrouw Frek, 93 jaar woont in een V&V aanleunwoning. Zij maakt gebruik van het VPT. Zij wilde graag zelfstandig wonen maar moest erkennen dat haar zorgvraag toenam. De afgelopen jaren heeft zij hartklachten. De directe aanwezigheid van zorg in geval van nood heeft haar overtuigd te verhuizen naar de aanleunwoning. Echt behoefte aan activiteiten met anderen heeft zij niet. Zij heeft haar kinderen en kleinkinderen die regelmatig langskomen.

Mevrouw Frek maakt naast de zorg van de aanbieder veel gebruik van de hulp die haar kinderen bieden. Zij wonen dichtbij en ondersteunen haar bij het voeren van de administratie en begeleiden haar naar de huisarts. Ook worden enige huishoudelijke werkzaamheden uitgevoerd zoals schoonmaakwerk. Wat dat betreft gaat het in de aanleunwoning nu zoals het in haar vorige huis ook ging.

7.7 Overlap met Wmo

Door de introductie van het VPT is er een product gekomen dat ligt op het snijvlak van de AWBZ en de Wmo. De zorg en dienstverlening rondom verblijf (voeding, schoonmaak, welzijn) worden geleverd en gefinancierd uit de AWBZ. Aspecten rondom het wonen van cliënten moeten echter door de Wmo worden vergoed. Zorgkantoren krijgen de indruk dat gemeentes blij zijn met de komst van het VPT omdat daardoor het gebruik van de vertaalmogelijkheid naar functies en klassen afneemt en de Wmo minder huishoudelijke hulp hoeft te leveren. Anderzijds betekent het VPT dat er een impuls komt aan het scheiden van wonen en zorg waarbij de gemeente verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld aanpassingen in de woning.

Een betere afstemming tussen zorgkantoor, gemeente, zorgaanbieder en eventueel woningbouwcorporatie kan zorgen voor een betere samenwerking in het voordeel van de cliënt. Ook kunnen duidelijker afspraken worden gemaakt over uitwisseling van gegevens zodat beter inzichtelijk is welke cliënten vanuit welk domein aanspraak kan maken op bepaalde vergoedingen (zoals woningaanpassingen, hulpmiddelen en huishoudelijke hulp).

“In bezwaar tegen de gemeente”

Een woningbouwcorporatie realiseert een woonservice appartementencomplex. Een deel van de appartementen is verhuurd aan een zorgaanbieder. De zorgaanbieder laat de appartementen waar zij op basis van intramurale zorg levert, tijdens de bouwfase aanpassen om te voldoen aan de eisen om goede zorg te kunnen leveren. De verhuurder heeft geen rekening gehouden met aanpassingen die passen bij de doelgroep ouderen. De noodzakelijke aanpassingen achteraf realiseren is moeilijker, kostbaarder en brengt overlast met zich mee voor de cliënt.

Het appartement herbergt verschillende type huurders. De bewoners die hun appartement hebben gekocht, bewoners die rechtstreeks van de wooncorporatie huren en bewoners die de appartementen van de zorgaanbieders huren. Huurders maken gebruik van verschillende verzilveringsvormen voor AWBZ indicaties. Dit zorgt voor verwarring over woningaanpassingen. Bewoners begrijpen niet dat hun buurman in een aangepaste woning woont. Terwijl de gemeente moeite heeft om inzichtelijk te krijgen welke bewoners ‘recht’ hebben op woningaanpassingen. Bovendien hadden zij door eerder in het proces betrokken te worden, sneller in kunnen spelen op de behoeften van de bewoners die gebruikmaken van het VPT of extramurale zorg.

7.8 Cliënttevredenheid over zorg en dienstverlening

Cliënten zijn tevreden over de geleverde zorg. We hebben cliënten gevraagd om een integraal rapportcijfer te geven over de zorg, deze ligt gemiddeld op een 8,2 (minimaal een 6, maximaal een 10). Daarbij zijn door cliënten een aantal verbeterpunten genoemd, namelijk:

- Ik zou graag meer aanspraak (sociale contacten) hebben (6% van de cliënten). Dit punt is vooral door cliënten die uit een intramurale setting komen genoemd, dit is te verklaren vanuit het feit dat zij in de intramurale setting meer aanspraak hadden doordat er meer gezamenlijke ruimtes waren.

- Door 4% van de (vertegenwoordigers van) cliënten is ook het gebrek aan continu toezicht genoemd. Het gaat dan om toezicht bij het eten in het geval van een cliënt die weinig at en daardoor veel af viel. Ook het gevoel van veiligheid van cliënten heeft betrekking op dit punt. Vraag is wel of deze cliënten wel 'geschikt' zijn om gebruik te maken van het VPT.

Positieve punten die cliënten over het VPT noemen, zijn:

- 75% van de cliënten geeft aan dat zij tevreden zijn over het VPT omdat zij altijd een beroep kunnen doen op de zorg. Daardoor ontstaat een veilig gevoel. De mogelijkheid om te allen tijde een beroep te doen op de zorg vinden cliënten een geruststellende gedachte die maakt dat zij de zelfstandigheid als zeer positief ervaren. Daarbij vinden veel cliënten het erg fijn dat zij gestimuleerd worden om zelfstandig te blijven.
- Ongeveer 25% heeft aangegeven dat zij vooral tevreden zijn met het feit dat zij in een mooie woning wonen waarbij alle zorg die nodig is direct wordt geleverd. Daarmee is voldaan aan alle voorwaarden die voor de cliënt van belang zijn voor een prettig leven.
- Voor 4% van de cliënten geldt dat zij door het VPT met hun partner konden blijven wonen. Voor deze cliënten geldt dat de zorg voor de partner te zwaar is en dat zij daarom hulp nodig hebben maar wel graag als echtpaar bij elkaar willen blijven. Met het VPT is dat mogelijk. Bij een intramurale opname is het niet altijd mogelijk om samen te verhuizen en bovendien is er dan vaak minder ruimte beschikbaar.

8. Administratieve lasten

8.1 Administratie cliënt

Bij het VPT moeten cliënten zelf allerlei administratieve zaken verrichten. Het gaat dan bijvoorbeeld om huur van de woning, betalen van rekeningen voor elektriciteit, gas en water maar ook het betalen van een eigen bijdrage voor de zorg. Veel cliënten krijgen hierbij hulp van mantelzorg. Wanneer dit niet meer lukt neemt de zorgaanbieder (soms tegen betaling) deze taken over. In hoeverre hier grote verschillen bestaan tussen cliënten die gebruikmaken van het VPT en cliënten die bij een zorgaanbieder wonen is op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Wel is bekend dat ook cliënten die intramuraal wonen steeds meer administratieve zaken moeten regelen (bijvoorbeeld betalingen voor servicekosten aan zorgaanbieder).

Het administratieve proces rondom het VPT verloopt landelijk nog niet goed. In de keten van registratie en declaratie ontbreekt namelijk een 'standaard' mogelijkheid om het VPT te registreren. In AZR 2.2 is het VPT geen code die kan worden ingevuld in het bericht 'Melding Aanvang Zorg'. Hiervoor is een apart formulier ontwikkeld. Dit formulier vormt de basis voor de berekening van de eigen bijdrage van cliënten. In het administratieve proces gaat dit echter regelmatig fout, waardoor cliënten een te hoge eigen bijdrage betalen. Het is bekend dat bij een aantal cliënten hierdoor financiële problemen zijn ontstaan. Hoewel zorgaanbieders niet verantwoordelijk zijn voor de administratie van de eigen bijdrage van cliënten, proberen zij zo veel mogelijk de knelpunten van cliënten op te lossen.

"Zonder schuld in de schulden"

Mevrouw Berk, 71 jaar oud, maakt gebruik van een VPT. Zij heeft een AOW zonder aanvullend pensioen. Haar eigen bijdrage AWBZ is in eerste instantie vastgesteld op € 150,- per maand. De totale kosten voor levensonderhoud zijn voor mevrouw Berk net te betalen.

Na een half jaar ontvangt zij bericht dat de eigen bijdrage wordt verhoogd naar € 500,- euro per maand. Hierdoor houdt zij onvoldoende geld over om de huur en alle vaste lasten te betalen. De zorgaanbieder ondersteunt mevrouw Berk door contact op te nemen met het CAK om de hoogte van de eigen bijdrage te corrigeren. De zorgaanbieder verleent mevrouw Berk een tijdelijk krediet om te voorkomen dat zij schulden maakt tijdens de overbruggingsperiode. Ervaring van de zorgaanbieder leert dat het corrigeren van de eigen bijdrage door het CAK een tijdrovend proces kan zijn waar regelmatig een periode van maanden tot wel een half jaar overheen gaat.

Slechts een klein deel van de geïnterviewde cliënten is bekend met de hoogte van de eigen bijdrage. De cliënten die hierover iets weten geven aan dat zij meer aan eigen bijdrage betalen als gevolg van het VPT. Dit is logisch omdat deze cliënten voorheen vaak gebruikmaakten van extramuraal zorg, daarvoor geldt een andere eigen bijdrage die vaak lager uitvalt.

8.2 Administratieve lasten zorgaanbieders

Zorgaanbieders geven aan dat er vooral administratief veel voordelen te halen zijn door het bieden van het VPT. Zoals al eerder genoemd is de aanbieder meer flexibel in het uitwisselen van de zorgfuncties Dit zorgt ook op administratief gebied voor voordelen bij de aanbieder. Er moet eenmalig op cliëntniveau geregistreerd worden welke zorg de cliënt ontvangt en vervolgens moeten alleen afwijkingen worden geregistreerd. Bij extramurale zorg moet ieder geleverd uur worden geregistreerd en gedeclareerd. Aanbieders verwachten bovendien dat op macro-niveau de administratieve lasten verminderd worden omdat er maar 1 partij verantwoordelijk is voor de levering, organisatie en registratie van zorg en welzijn (ook huishoudelijke hulp) terwijl dit bij extramurale zorg meerdere partijen (kunnen) zijn.

9. Conclusies en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van ketenpartijen met het leveren van het Volledig Pakket Thuis. Op basis van deze inventarisatie kunnen we concluderen dat het VPT in beperkte mate wordt geleverd. Zorgkantoren waren in 2010 nog terughoudend in het maken van productieafspraken rondom het VPT en zorgaanbieders die afspraken hebben gemaakt over het VPT leveren dit lang niet altijd. Als belangrijkste redenen om (nog) niet te starten met het VPT zijn onbekendheid met en onduidelijkheid over de regeling genoemd. En ook de financiële vergelijking tussen het VPT en de vertaling naar functies en klassen weerhoudt zorgaanbieders om het VPT te leveren.

9.1 Het VPT in de praktijk

Wanneer we kijken naar de toepassing van het VPT in de praktijk maken we onderscheid tussen de ervaringen van cliënten en van aanbieders. Vervolgens geven we een kort antwoord op de vraag of het VPT voldoet aan de doelstellingen die het ministerie van VWS had en in hoeverre het VPT overeenstemt met de verwachtingen die cliënten hebben over het VPT.

Cliënten

Cliënten die gebruikmaken van het VPT hebben vaak niet echt bewust voor het VPT gekozen. Wel wilde een deel van hen erg graag zelfstandig blijven wonen, het VPT was daarbij geen vereiste voor de cliënten. Met een indicatie voor verblijf zijn cliënten naar een zorgaanbieder gegaan die hen op de mogelijkheid van het VPT heeft gewezen. Cliënten die aangeven dat zij zelfstandig willen blijven wonen zien deze mogelijkheid door het VPT gerealiseerd. Er zijn echter ook cliënten die door de zorgaanbieder als het ware administratief zijn omgezet naar het VPT. Een deel van de cliënten maakte al gebruik van scheiden van wonen en zorg, daarop is nu het 'etiket' VPT geplakt. Een ander deel van de cliënten is vanwege extramuralisatie bij de zorgaanbieder verhuisd naar een appartement waar VPT wordt geleverd. Ongeacht de wijze waarop cliënten in aanraking zijn gekomen met het VPT zijn alle cliënten tevreden over de zorg en dienstverlening die het VPT biedt. Gemiddeld geven zij als rapportcijfer een 8,2.

Zorgaanbieders

Een klein aantal zorgaanbieders heeft de komst van het VPT aangegrepen om een nieuw product te ontwikkelen. Hierbij valt te denken aan een complex in de wijk waar op basis van scheiden van wonen en zorg, zorg wordt geleverd. In het complex wonen zowel cliënten met VPT als reguliere huurders. Andere zorgaanbieders leverden al een vorm van zorg die past binnen het VPT en hebben de regeling gebruikt om de werkwijze 'af te dekken'. Deze twee groepen aanbieders zijn veelal positief over het leveren van VPT. Zij ervaren bijvoorbeeld een cultuuromslag als gevolg van het werken met het VPT. Daarbij geven zij aan meer regie en verantwoordelijkheid bij de cliënt te leggen. Daardoor neemt zelfstandigheid van cliënten toe, worden zij minder gehospitaliseerd en doen zij een kleiner beroep op de zorg. Bovendien is de betrokkenheid van familie en mantelzorgers groter bij het VPT dan in een traditionele setting.

Daarnaast is er een groep zorgaanbieders door het zorgkantoor gestimuleerd om het VPT te gaan leveren om bijvoorbeeld wachtlijsten te verkorten. Deze aanbieders leveren het VPT relatief vaak in de vorm van een 'verlenging' van intramurale zorg. Dit aanbod lijkt dan vaak op het intramurale aanbod dat een zorgaanbieder al had.

In dit onderzoek zijn we alleen aanbieders tegengekomen die het VPT leveren in een geclusterde woonvorm of in een woning die verbonden is met een intramurale zorgvoorziening. Volgens zorgaanbieders ligt hier allereerst een financiële reden aan ten grondslag. Het leveren van VPT is alleen in een bepaalde omvang mogelijk waarbij de looptijd/reistijd naar cliënten zo minimaal mogelijk moet zijn. Daarnaast wordt een inhoudelijk knelpunt genoemd, namelijk het onvoldoende kunnen bieden van verantwoorde zorg waarbij de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid heeft voor toezicht maar ook voor het organiseren van voeding en welzijnsactiviteiten. Aanbieders kijken hier mogelijk nog te veel vanuit de verplichtingen die zij hebben en staan nog onvoldoende open voor de mogelijkheden die cliënten zelf of in hun netwerk hebben. De benadering om uit te gaan van de specifieke klantvraag in plaats van de 'rechten' van de klant vormt hierbij het knelpunt.

Het VPT in relatie tot verwachtingen

Zoals we in het begin van dit rapport schreven is het VPT ontstaan om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren en om cliënten meer keuzemogelijkheden te geven bij de invulling van de zorg. Ook was het de bedoeling dat door het VPT zorg van cliënten niet afgewenteld zou worden op gemeenten. Als we kijken naar deze doelstellingen is het voor een klein deel van de cliënten gelukt om keuzevrijheid te vergroten. Bekendheid met het VPT is minimaal onder cliënten en zorgt er daardoor voor dat het maken van een bewuste keuze wordt bemoeilijkt. Het stimuleren van scheiden van wonen en zorg heeft met de aanpassing van de regeling in 2009 een impuls gekregen, maar is nog niet volledig van de grond gekomen, het VPT wordt slechts in beperkte mate geleverd. Van afwenteling op de gemeente is bij het VPT geen sprake. Alleen voor aanpassingen in de woning doen cliënten een beroep op de gemeente.

Wanneer we kijken naar de verwachting van cliënten is het zo dat de opvolging van alarmering en de aanwezigheid van mogelijkheden tot ontmoeting en activiteiten van belang zijn. Cliënten vinden de aanwezigheid van voorzieningen als winkels et cetera minder belangrijk en ook de inhoud en het tijdstip van de zorg worden door cliënten als 'belangrijk' maar niet 'erg belangrijk' gezien. Daarbij geven cliënten aan dat zij over het algemeen tevreden zijn over het VPT. Cliënten voelen zich voldoende zelfstandig met de hulp die zij van de aanbieder ontvangen. Een klein aantal cliënten mist de sociale contacten die zij in het verzorgingshuis hadden. Cliënten die uit een eigen woning komen, ervaren het VPT juist als heel prettig, er is voldoende ruimte voor zichzelf maar hulp is altijd dicht in de buurt. Door geen van de cliënten is het feit dat het VPT alleen in een geclusterde woonomgeving wordt aangeboden als knelpunt genoemd. Bij het bevorderen van keuzevrijheid past het echter goed om hier in de toekomst meer aandacht voor te hebben.

9.2 Knelpunten rondom het VPT

In dit onderzoek hebben we een aantal knelpunten geconstateerd die maken dat het leveren van VPT wordt bemoeilijkt. Wanneer deze knelpunten worden opgelost wordt een eerste stap gezet om het VPT op grotere schaal te gaan leveren. Een belangrijk knelpunt is het opleggen van de eigen bijdrage. Cliënten die gebruikmaken van het VPT moeten een lage intramurale eigen bijdrage betalen. In de praktijk wordt vaak door het CAK na een half jaar een hoge eigen bijdrage opgelegd. Dit komt omdat in de administratieve processen in de keten niet zichtbaar is dat cliënten gebruikmaken van het VPT.

Een ander belangrijk knelpunt is het gebrek aan informatie. Doordat zowel cliënten als zorgaanbieders niet of onvoldoende op de hoogte zijn van het VPT wordt het product vaak niet geleverd. Er zijn geen goede voorbeelden bekend die aanbieders aanzetten tot het ontwikkelen van nieuwe producten. Bovendien hebben cliënten nauwelijks een idee wat het VPT is. Dit maakt dat zij niet bewust een keuze maken voor het afnemen van het VPT.

Zorgkantoren zouden graag zien dat ook thuiszorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om het VPT af te spreken. Nu kunnen alleen zorgaanbieders met een toelating voor verblijf het VPT afspreken met het zorgkantoor. Thuiszorgaanbieders zijn juist meer gericht op het leveren van zorg in de wijk en zouden daardoor een toegevoegde waarde kunnen zijn bij het verder uitwerken van het product.

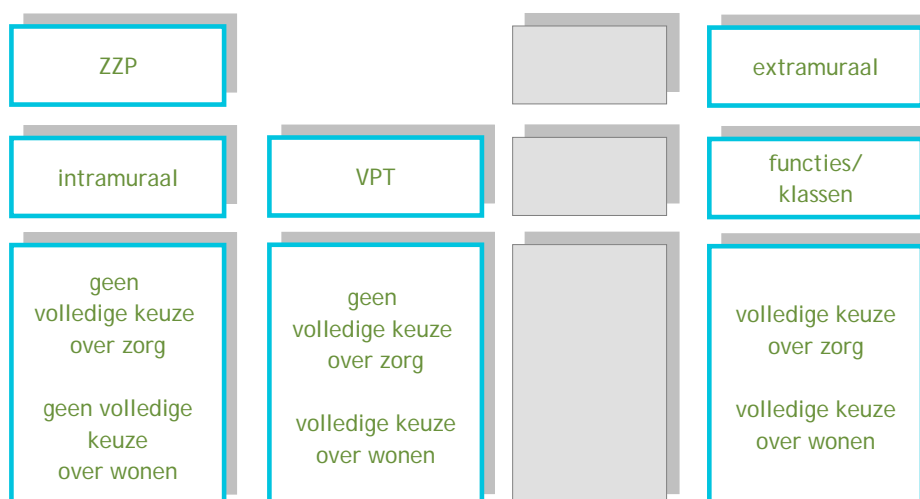
Een laatste knelpunt dat door alle partijen is genoemd is het snijvlak tussen de AWBZ en de Wmo dat is ontstaan door de regeling. Door het wonen uit de AWBZ te halen verschuiven verantwoordelijkheden rondom de organisatie van dienstverlening voor de cliënt. In vergelijking met extramurale functies en klassen levert de zorgaanbieder nu welzijnsactiviteiten, maaltijden en de huishoudelijke hulp. Dit zijn zaken waarvoor de gemeente eerst verantwoordelijk was. In vergelijking met de intramurale zorg is de gemeente nu verantwoordelijk voor het aanpassen van de woning, daar waar de AWBZ eerst verantwoordelijk was. Bij de partijen in het veld is hierover nog relatief veel onbekendheid en vooral ook onbegrip. Partijen weten elkaar niet te vinden terwijl door samenwerking juist nieuwe ontwikkelingen gestimuleerd kunnen worden.

10. Toekomst voor het VPT?

Om het VPT ook op een langere termijn succesvol te laten zijn is het van belang om na te denken welk doel met het VPT bereikt moet worden en hoe het VPT past in de overige producten die intramuraal en extramuraal worden geleverd. Figuur 6 geeft dit grafisch weer.

10.1 Het VPT als aanvulling op het huidige productenaanbod

Cliënten krijgen van het CIZ een indicatie met of zonder verblijf. Bij het verzilveren van hun indicatie kunnen cliënten er voor kiezen het verblijf wel of niet uit de AWBZ te verzilveren. Wanneer cliënten het verblijf niet verzilveren hebben zij op dit moment de mogelijkheid om gebruik te maken van het VPT, van een persoonsgebonden budget en van een omzetting naar extramurale functies en klassen.



Figuur 6. Indicatie en verzilveringsvormen

Zoals blijkt uit figuur 6 bestaan de verschillen tussen deze vormen van invulling uit de mate van volledige keuze die cliënten zelf kunnen of mogen maken bij de onderdelen wonen en zorg. Binnen een intramurale setting geven cliënten in zekere zin de volledige eindregie aan zorgaanbieders. Bij het VPT betreft dit alleen de eindregie over de zorg en bij functies en klassen heeft de cliënt ook over de zorg volledige eindregie.

Als we kijken wat de toegevoegde waarde is van het VPT ten opzichte van de andere verzilveringsvormen kunnen we allereerst vermelden dat de cliënt bij het VPT meer zelfstandigheid heeft dan wanneer hij in een intramurale instelling zou wonen. De toegevoegde waarde ten opzichte van de extramurale functies en klassen ligt in het feit dat er één zorgaanbieder is die de regie voor alle zaken rondom zorg, dienstverlening en welzijn in handen heeft. Deze zorgaanbieder heeft integrale verantwoordelijkheid voor een 'goed leven' van de cliënt. Bij de extramurale zorg is deze verantwoordelijkheid minder sterk en bovendien is er voor zaken als welzijn en voeding geen verantwoordelijkheid. Deze zaken zijn nu juist voor de groep cliënten

die gebruikmaakt van het VPT van belang. Zonder duidelijke regie over welzijn, voeding en huishoudelijke hulp lopen cliënten het risico te vereenzamen. Bovendien biedt het VPT mogelijkheden om te substitueren tussen de zorgfuncties waar een cliënt behoefte aan heeft. Bij extramuraal zorg is dit niet mogelijk. Daardoor kan met het VPT mogelijk beter worden voldaan aan de zorgbehoeften van de cliënt.

Er zijn dus argumenten om te stellen dat het VPT als aanvulling op het bestaande productaanbod van de huidige intra- en extramuraal zorg kan worden gezien. Vraag daarbij is dan wel in hoeverre het VPT onder de intramuraal voorwaarden geleverd moet worden. Cliënten hebben immers een verblijfsindicatie. De verzilveringsvorm is het VPT, de indicatie en daarmee de aanspraken van de cliënt zijn gelijk aan intramuraal zorg. Voor zorgaanbieders betekent dat, dat het lastig is om de zorg die intramuraal wordt geleverd ook extramuraal te leveren. Enerzijds heeft dit te maken met de kosten van zorg die in de eigen woning hoger liggen (vanwege reistijd en onplanbare zorg die beschikbaar moet zijn). Daarnaast speelt de vraag of de zorgaanbieder dezelfde verantwoordelijkheden kan dragen voor een cliënt die in de eigen woning woont. De aanbieder is immers niet 24 uur per dag in de aanwezigheid van de cliënt en zou daarom andere verantwoordelijkheden moeten hebben. Het duidelijk beschrijven van de minimale verantwoordelijkheden van de aanbieders bij het leveren van het VPT kan een bijdrage leveren aan het verbreden van het aanbod.

Ten slotte speelt bij de vraag of het VPT als een nieuw product wordt neergezet het knelpunt dat er tot op heden te veel prikkels voor zowel zorgaanbieders als cliënten zijn om zorg op een andere manier dan met het VPT te organiseren. Het organiseren van zorg in de eigen woning door middel van functies en klassen levert meer op (extramuraal indicatie aanvragen is aantrekkelijker). Ook de vertaling van een aantal ZZP's naar functies en klassen levert op dit moment meer op dan gebruikmaken van het VPT. Wanneer dit knelpunt opgelost wordt zal dit naar verwachting het gebruik van het VPT doen toenemen.

10.2 Het VPT buiten geclusterde woonvormen

VPT wordt nog niet geleverd in een stand-alone woning. Wat velen zien als het ideaalbeeld van het VPT, 'de zorg leveren in de boerderij achterop de dijk' blijkt nog niet te zijn gelukt. Vraag is echter of het ideaalbeeld van het leveren van VPT in de boerderij het juiste uitgangspunt is. Het is aan te raden om dichtbij huis te beginnen met het doorontwikkelen van het VPT in de wijk. Daarbij kan op relatief kleine afstand van een steunpunt of een intramuraal zorgvoorziening het VPT worden geleverd in de eigen, volledig zelfstandige woning van de cliënt.

Deze wijze van het organiseren van het VPT past bij het ontwikkelen van een meer wijkgerichte organisatie van zorg en welzijn. In iedere regio kunnen in bepaalde wijken concentraties van zorgvoorzieningen ontstaan van waaruit ook de zorg voor cliënten met het VPT kan worden geleverd. Daarbij geldt dat er een vast bedrag is waarvoor de zorg en ondersteuning geleverd moet worden. Afhankelijk van de mogelijkheden van de buurtstructuur wordt de zorg geleverd vanuit het VPT waaraan de cliënt behoefte heeft. Daarbij is het goed denkbaar dat er in variëteit bestaat in de buurtstructuur die aanwezig is. Om deze ontwikkeling in gang te zetten kan betrokkenheid van thuiszorgaanbieders positief werken. Zij hebben de kennis en

ervaring rondom het leveren van zorg in de wijk en in de thuissituatie. Samenwerking tussen aanbieders van verblijfszorg en thuiszorgaanbieders is hierbij essentieel.

10.3 Het VPT binnen beleidsontwikkelingen in zorg en welzijn

Bij het schrijven van dit rapport is er onduidelijkheid over de invulling van de AWBZ in de toekomst. Wanneer er in de AWBZ het volledig scheiden van wonen en zorg wordt geïntroduceerd waarbij cliënten de zorg zelf inkopen door middel van een persoonsgebonden of persoonsvolgend budget is doorontwikkeling van het VPT minder van belang. Cliënten kunnen immers met hun budget zelf afspraken maken met de zorgaanbieder en daarbij zijn zij zelf verantwoordelijk voor het wonen (al dan niet in geclusterde vorm).

Binnen de huidige ontwikkelingen waarin scheiden van wonen en zorg wordt gestimuleerd kan het VPT goed worden gebruikt als middel om de transitie van zorg binnen de muren van een instelling naar meer in de wijk op gang te brengen. Steeds meer dringt het besef door dat zorg op het niveau van wijken georganiseerd kan worden, daarbinnen past de ontwikkeling van het VPT erg goed. Door op wijkniveau activiteiten rondom welzijn en zorg te bundelen kunnen schaalvoordelen worden behaald. Bovendien kan hierdoor worden gestimuleerd dat mensen langer in hun eigen woning kunnen blijven wonen. Hierbij is samenwerking tussen de domeinen zorg en welzijn (vooralsnog AWBZ en Wmo) van groot belang.

Ten slotte past het VPT ook goed in de ontwikkelingen die zichtbaar zijn rondom het toenemende welvaartsniveau van ouderen. Daardoor worden ouderen steeds kritischer bij het formuleren van hun woonwensen. Deze variatie in woonwensen kan goed worden beantwoord door het leveren van VPT. Iedere cliënt kan namelijk in een eigen woning, of een zelfgekozen woonomgeving wonen waar het volledige pakket aan zorg wordt geleverd. Om deze diversiteit aan woningen te kunnen realiseren is het aan te raden dat zorgorganisaties samenwerking zoeken met woningbouwcorporaties. Beide typen organisaties hebben specifieke kennis over zorg en over wonen en woonwensen die elkaar aan kunnen vullen bij het realiseren van het VPT.

Kortom, er zijn dus een aantal ontwikkelingen zichtbaar die maken dat de doorontwikkeling van het VPT kansen biedt voor de toekomst. Daarbij is samenwerking tussen verschillende partijen uit de domeinen zorg, wonen en welzijn van groot belang.

Bijlage 1. Overzicht tarieven per ZZP per verzilveringsvorm

Onderstaande tabel geeft op basis van de beleidsregels die gelden voor het jaar 2010 weer welke middelen er beschikbaar zijn per ZZP per verzilveringsvorm. Zoals blijkt uit de tabel zitten er verschillen tussen de tarieven. Voor een deel kunnen we dit verklaren door verschillen in de aanspraken per verzilveringsvorm.

Bij het bepalen van de tarieven zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Prijs VPT is dagprijs exclusief behandeling.
- Prijs ZZP is dagprijs inclusief verblijf en exclusief behandeling.
- Prijs extramuraal ZIN is dagprijs op basis van de vertaaltabel, daarbij is 50% van de bandbreedte van de betreffende klassen gehanteerd.
- Prijs extramuraal PGB is bruto dagprijs (cliënten betalen een eigen bijdrage afhankelijk van inkomen).

Bij het verklaren van verschillen tussen de tarieven is het belangrijk om te zien welke kosten uit de weergegeven prijzen betaald moeten worden, onderstaande tabel geeft dit weer.

Onderdeel	VPT	ZZP	Extramuraal ZIN	Extramuraal PGB
Persoonlijke verzorging	Ja	Ja	Ja	Ja
Verpleging	Ja	Ja	Ja	Ja
Begeleiding	Ja	Ja	Ja	Ja
Huishoudelijke hulp	Ja	Ja	Nee (evt. wel via Wmo)	Nee (evt. wel via Wmo)
Maaltijd	Ja	Ja	Nee (evt. wel via Wmo)	Nee (evt. wel via Wmo)
Welzijnsactiviteiten	Ja	Ja	Nee (evt. wel via Wmo)	Nee (evt. wel via Wmo)
Woning (huur)	Nee	Ja	Nee	Nee

Tabel 1.1.

ZZP	Prijs VPT	Prijs ZZP	Extramuraal ZIN	Extramuraal PGB
VV 1	€ 55,45	€ 57,44	€ 40,44	€ 60,01
VV 2	€ 70,41	€ 73,35	€ 55,32	€ 67,58
VV 3	€ 84,92	€ 87,19	€ 74,36	€ 79,87
VV 4	€ 96,71	€ 99,74	€ 86,09	€ 92,04
VV 5	€ 131,99	€ 137,15	€ 145,90	€ 136,44
VV 6	€ 132,02	€ 137,19	€ 144,43	€ 132,43
VV 7	€ 155,15	€ 161,81	€ 185,45	€ 165,05
VV 8	€ 180,58	€ 188,87	€ 204,49	€ 177,33
VV 9	€ 128,52	€ 133,47	€ 164,94	€ 148,74
VV 10	€ 197,40	€ 206,75	€ 211,97	€ 178,10
VG 1	€ 58,49	€ 61,17	€ 43,29	€ 63,05
VG 2	€ 73,54	€ 77,19	€ 63,80	€ 79,36
VG 3	€ 86,46	€ 90,93	€ 97,01	€ 103,87
VG 4	€ 98,20	€ 103,42	€ 117,29	€ 117,64
VG 5	€ 127,65	€ 134,75	€ 146,15	€ 136,95
VG 6	€ 111,45	€ 117,51	€ 128,76	€ 131,00
VG 7	€ 157,69 ³	€ 152,35	€ 161,73	€ 152,97
LG 1	€ 80,55	€ 84,64	€ 76,27	€ 85,02
LG 2	€ 107,24	€ 113,03	€ 115,82	€ 113,62
LG 3	€ 94,69	€ 99,69	€ 115,82	€ 113,62
LG 4	€ 109,75	€ 115,70	€ 136,33	€ 129,93
LG 5	€ 128,84	€ 136,01	€ 157,94	€ 139,44
LG 6	€ 141,53	€ 149,51	€ 178,45	€ 155,75
LG 7	€ 127,85	€ 166,88	€ 198,96	€ 172,06

Tabel 1.2. Overzicht tarieven per dag (2010 per ZZP per verzilveringsvorm).

³ Tarief inclusief behandeling. VPT VG7 exclusief nehandeling bestaat niet.

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 Internet www.nhm.nl
E-mail info@nhm.nl KvK-nummer 08120363