

# Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief

Ontwikkeling van kwaliteitscriteria

R.M.A. van Nispen  
H.J. Sixma  
A. Kerkstra



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729

113

Onderzoek  
N  
I  
E

-1

ISBN: 90-6905-551-1

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

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond	7
1.2 Vraagstellingen	9
1.3 Opbouw van het rapport	9
<b>2 Methode van onderzoek</b>	<b>11</b>
2.1 Interviews met sleutelpersonen	11
2.2 Groepsbijeenkomsten	12
2.2.1 Organisatie van de groepsbijeenkomsten	12
2.2.2 Werving en selectie deelnemers groepsbijeenkomsten	13
2.2.3 Achtergrondkenmerken deelnemers	13
2.2.4 Verloop van de groepsbijeenkomsten	14
2.3 Concept mapping-bijeenkomsten	16
2.3.1 Verloop van de concept mapping-bijeenkomsten	16
2.3.2 Analyse concept mapping	16
<b>3 Resultaten</b>	<b>17</b>
3.1 Uitkomsten van gesprekken met sleutelpersonen	17
3.1.1 De aanvraag bij het RIO	18
3.1.2 Tussen aanvraag en indicatiegesprek	19
3.1.3 Het indicatiegesprek	19
3.1.4 Het indicatieadvies	22
3.2 Uitkomsten van de groepsbijeenkomsten	24
3.2.1 De aanvraag bij het RIO	25
3.2.2 Tussen aanvraag en indicatiegesprek	26
3.2.3 Het indicatiegesprek	27
3.2.4 Het indicatieadvies	30
3.2.5 Overige uitspraken	30
3.3 Uitkomsten van de concept mapping-bijeenkomsten	31
3.3.1 De concept map	31
3.3.2 Prioritering op basis van de belangscores	34
<b>4 Samenvatting en conclusies</b>	<b>37</b>
4.1 Inleiding	37
4.2 De interviews met sleutelpersonen	37
4.3 De groepsbijeenkomsten en concept mapping	38
4.4 Conclusies	40
4.5 Vervolgonderzoek	42
4.6 Kanttekeningen bij het onderzoek	43

<b>Literatuur</b>	<b>45</b>
<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1: Sleutelpersonen	47
Bijlage 2: Cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen, en zorgkantoren	49
Bijlage 3: Achtergrondgegevens van deelnemers van groepsbijeenkomsten	51
Bijlage 4: Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief	55
Bijlage 5: Uitspraken van deelnemers van de groepsbijeenkomsten	59
Bijlage 6: Clusternamen van deelnemers van de concept mapping-bijeenkomsten	73
Bijlage 7: Uitkomsten van drie groepen deelnemers	79

## Voorwoord

In dit rapport wordt het eerste gedeelte van het onderzoek “Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO’s vanuit cliëntenperspectief” beschreven. Terwijl u dit rapport leest zult u inzicht krijgen in criteria die in samenwerking met RIO-cliënten ontwikkeld zijn en die vanuit hun perspectief laten zien wanneer er sprake is van een goede indicatiestelling. Dit betekent dat de belangrijkste wensen, behoeften en verwachtingen van RIO-cliënten geselecteerd en verwoord zijn in een aantal kwaliteitscriteria.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport (VWS). Het onderzoek sluit aan bij het projectplan “Robuuste RIO’s” dat door het Ministerie van VWS in samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten en de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen en anderen is vastgesteld. De actieve betrokkenheid van patiënten en cliënten bij dit onderzoek zal in de nabije toekomst van invloed zijn op het kwaliteitsbeleid van RIO’s. Het onderzoek werd begeleid door een klankbordgroep die was samengesteld uit de volgende personen:

Mw. K. Kruidenier	(Voorzitter) CG-Raad, Stichting Cliënt & Kwaliteit en de NPCF
Dhr. R. Beekman	Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)
Dhr. H. Coppens	Zorgkantoren en Indicatieorganen (VWS)
Mw. H. Cliteur	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad)
Dhr. K. van Drunen	Provinciaal Gehandicaptenplatform Utrecht (PGU)
Mw. M. Jansma	Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO): Unie KBO
Mw. Z. van Klinken	Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT)
Mw. Ch. Kooijmans	RPCP Z-O Brabant, neemt deel via het LOREP
Mw. W. de Leeuw	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Dhr. S. Schelberg	Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
Mw. R. Severijns	Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO)
Mw. J. Verhoeven	Per Saldo en Chronisch zieken en Gehandicapten cluster N-O Brabant

Dit inventarisatie-onderzoek vormt de eerste fase in het traject kwaliteitsverbetering vanuit het perspectief van RIO-cliënten. In deze fase zijn hun ervaringen en wensen ten aanzien van RIO’s ruimschoots aan de orde gekomen. De tweede fase van het traject bestaat uit het ontwikkelen en uittesten van een vragenlijst. De resultaten van dit inventarisatie-onderzoek vormen de basis voor de ontwikkeling van dit meetinstrument, waarover separaat zal worden gerapporteerd. Met behulp van de vragenlijst kan vervolgens inzicht worden verkregen in de mate waarin de feitelijke ervaring met de indicatiestelling die door RIO’s wordt verricht, aansluit bij de wensen van RIO-cliënten. Op basis van de vragenlijst komen specifieke punten van de zorgverlening naar voren die volgens de cliënten verbeterd kunnen worden. Na het valideren en vaststellen van de betrouwbaarheid van de vragenlijst kan deze deel uitmaken van toekomstig onderzoek naar het feitelijke functioneren van de RIO’s.

Utrecht, januari 2002



# 1 Inleiding

Met de Regionale Indicatie Organen (RIO's) wordt beoogd een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling te realiseren. In Nederland zijn sinds 1 januari 1998 in korte tijd 85 RIO's opgezet, die thans de indicatiestelling verzorgen voor verpleging en verzorging thuis of in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Bovendien worden indicaties verstrekt voor een aantal voorzieningen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg).

Met de oprichting van de RIO's zijn de doelstellingen - onafhankelijk, objectief en integraal - nog niet zonder meer gerealiseerd. Van de zijde van cliëntenorganisaties komen geluiden dat de werkwijze van de RIO's onderling verschilt en niet of onvoldoende afgestemd zou zijn op de wensen van cliënten. Daarom heeft de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) het initiatief genomen om in samenwerking met de Stichting Cliënt & Kwaliteit en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) een project uit te voeren om door middel van externe kwaliteitsbeoordeling vanuit cliëntenperspectief een bijdrage te leveren aan het goed functioneren van RIO's.

Het project heeft de volgende doelstellingen:

- Het ontwikkelen van kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief voor de indicatiestelling van RIO's.
- Het, op basis van deze criteria, ontwikkelen en uittesten van een valide, betrouwbare en in praktische zin bruikbare vragenlijst voor het, vanuit cliëntenperspectief, meten van de kwaliteit van de indicatiestelling die door RIO's wordt verricht, alsmede het ontwikkelen en uittesten van een bruikbare methode van gegevensverzameling.
- Het ontwikkelen en opstellen van bruikbare terugrapportages, op basis waarvan Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RPCP's) beleid kunnen ontwikkelen dat gericht is op (verdere) verbetering van de kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's.
- Het opstellen van een implementatieplan voor het op grote schaal toepassen van het toetsingsinstrument.

Dit eerste rapport over het project heeft betrekking op de eerste doelstelling en doet verslag van de ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief voor de indicatiestelling van RIO's. Het betreft de indicatiestelling voor verpleging en verzorging en voor voorzieningen in het kader van de Wvg.

## 1.1 Achtergrond

Voor het aanvragen van verpleging, verzorging of voorzieningen in het kader van de Wvg kunnen cliënten tegenwoordig niet meer bij de aanbieders zelf terecht. Sinds 1 januari 1998 hebben gemeenten de wettelijke verplichting om de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde (thuis)zorg te organiseren. Bij de uitvoering van deze wettelijke regeling met betrekking tot de indicatiestelling 'nieuwe stijl' spelen (inter)gemeentelijke Regionale Indicatie Organen (RIO's) een belangrijke rol. Via een onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling op het terrein van de verzorging en verpleging (extra- en intramuraal) en de uitvoering van de Wet Voorzieningen

Gehandicapten (Wvg), moeten RIO's een belangrijke bijdrage leveren aan een betere afstemming tussen zorgbehoefte - indicatiestelling - geleverde zorg. Het onafhankelijk maken van de indicatiestelling past in het streven van de overheid een meer prominente rol toe te kennen aan de gebruiker van zorgvoorzieningen. Immers, via een onafhankelijke indicatiestelling ontstaan er voor cliënten meer (juridische en praktische) mogelijkheden de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk op te eisen. Onafhankelijkheid van de indicatiestelling biedt daarnaast mogelijkheden voor meer transparantie, een grotere mate van standaardisatie en voorspelbaarheid van uitkomsten en een meer adequate toetsing (BIO, 1997; Schrijvers & Heinsbroek, 1998). Inmiddels zijn er 85 RIO's operationeel. Dat de introductie van een nieuw indicatieorgaan gepaard is gegaan met een aantal organisatorische startproblemen is, gezien de snelheid waarmee de RIO's volledig operationeel moesten worden, niet verwonderlijk. Een eerste knelpunt dat werd gesignaleerd betreft de wijze van indicatiestelling. Veel RIO's blijken moeite te hebben met het feit dat niet het zorgaanbod maar de zorgvraag van de cliënt centraal staat (SGBO, 2000; STIP, 1999). Een tweede knelpunt betreft het feit dat de professionele discussie over een goede manier van de indicatiestelling 'nieuwe stijl' nog niet lijkt te zijn uitgekristalliseerd. Dit kan resulteren in verschillen tussen RIO's en rechtsongelijkheid tussen RIO-clianten (STIP, 2000; SGBO, 2000), en dat het indicatieadvies door zorgverleners op verschillende manieren geïnterpreteerd wordt. Hierdoor kunnen geldigheidsduur van de indicatie en de hoeveelheid geïndiceerde zorg voor vergelijkbare cliënten verschillen (Zicht op Zorg, TK, 1998-1999). Een derde knelpunt dat wordt genoemd betreft personele en financiële tekorten van RIO's, welke zich uiten in het ontstaan van (soms lange) wachtlijsten voor de indicatiestelling (SGBO, 1999; SGBO, 2000).

Juist vanuit de zijde van de cliënten van RIO's komen geluiden dat de werkwijze van de RIO's onderling verschilt en niet of onvoldoende zou zijn afgestemd op de wensen van cliënten. Problemen die worden gesignaleerd betreffen bijvoorbeeld het niet optimaal aansluiten van de geïndiceerde zorg bij de zorgvraag, te weinig mogelijkheden voor individuele wensen van cliënten, onduidelijkheid in de relatie thuiszorg - mantelzorg, het ontbreken van een argumentatie bij indicatieadviezen, het niet ontvangen van het indicatieadvies, ontbrekende informatievoorziening over de financiële consequenties van de geïndiceerde zorg, onduidelijke veranderingen in indicatieadviezen en de wachtlijsten voor indicatiestelling en vervolgingindicatie.

Eveneens zou de bejegening, deskundigheid en objectiviteit van de indicatieadviseurs te kort schieten en zouden er onduidelijkheden bestaan over mogelijkheden en procedures (Van Wezel, 2000; Keessen & Vooy, 2001; RPCP, 2001). In hoeverre hier sprake is van incidenten of wellicht van meer structurele problemen is, gelet op het ontbreken van representatieve onderzoeksgegevens, onbekend.

Dit onderzoeksproject is bedoeld om in de voorwaardenscheppende sfeer, een bijdrage te leveren aan het scheppen van meer duidelijkheid over de vraag op welke punten de beoogde onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling, afgestemd op de zorgvraag van RIO-clianten, in de praktijk reeds is bereikt en op welke punten wellicht bijsturing noodzakelijk is. Een eerste stap daarbij is het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor de indicatiestelling die door RIO's verricht wordt. RIO-clianten zullen betrokken worden om vanuit hun perspectief inzicht te krijgen in 'een goede indicatiestelling'.



## 1.2 Vraagstellingen

Een van de belangrijkste motieven die ten grondslag heeft gelegen aan het invoeren van een onafhankelijke indicatiestelling via RIO's is het bereiken van een betere, meer uniforme en integrale indicatiestelling die optimaal is afgestemd op de zorgvraag van de te indiceren persoon. Om na te kunnen gaan of deze doelstelling daadwerkelijk wordt gerealiseerd en op welke punten, vanuit het cliëntperspectief gezien, verdere kwaliteitsverbetering bereikt kan worden, is het noodzakelijk te beschikken over een lijst met kwaliteitscriteria vanuit gebruikersperspectief. Wat is voor cliënten van een RIO belangrijk als het gaat om de indicatiestelling? Immers, gebruikers van zorgvoorzieningen hanteren andere criteria wanneer zij oordelen over kwaliteit van zorg dan bijvoorbeeld aanbieders van zorg of financiers (zie bijvoorbeeld Potts et al, 1986; Smith & Armstrong, 1989; Bataalden & Nelson, 1991; Waal et al, 1993). Door de NPCF (1996) is een overzicht opgesteld van kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van patiënten, die dit eigen karakter nadrukkelijk laat zien. Dit betekent dat de (professionele) kwaliteitscriteria die RIO's hanteren bij de invulling van het aan hen toegewezen takenpakket zullen verschillen van de 'wensen' van cliënten. Een systematische inventarisatie van de criteria die cliënten van RIO's 'hanteren' bij het vormen van hun oordeel over de kwaliteit van de manier van werken van RIO's ontbreekt. Doelstelling 1 van dit onderzoeksproject is bedoeld om deze leemte op te vullen.

Op basis van deze doelstelling zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd die als leidraad dienen voor het ontwikkelen van de kwaliteitscriteria:

- 1 *'Wat vinden RIO-cliënten belangrijk als het gaat om goede kwaliteit van de indicatiestelling?'*
- 2 *'Waarom zou volgens RIO-cliënten in het kwaliteitsbeleid van RIO's aandacht besteed moeten worden?'*

Dit kwalitatieve deelonderzoek richt zich op drie groepen cliënten waarvoor de RIO's momenteel de indicaties verrichten. Ten eerste gaat het om mensen die een indicatie voor thuiszorg gekregen hebben. Ten tweede gaat het om een groep cliënten die een indicatie voor een verpleeg- of verzorgingshuis gekregen hebben. Ten derde betreft het de groep mensen die een indicatie heeft gehad voor een voorziening in het kader van de Wvg. Ter verdieping van het onderwerp en om een breed draagvlak te creëren voor toekomstig gebruik van het meetinstrument, zullen ook de meningen van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren in het onderzoek betrokken worden.

In het vervolgonderzoek zal op basis van deze inventarisatie een vragenlijst worden ontwikkeld, waarmee in kwantitatieve zin de verwachtingen over de kwaliteit van de indicatiestelling en de feitelijke ervaringen van cliënten met de RIO's gemeten kunnen worden.

## 1.3 Opbouw van het rapport

Het rapport heeft vier hoofdstukken. Hoofdstuk 2 gaat in op de methode die gebruikt is voor het inventariseren van de verwachtingen van RIO-cliënten. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de inventarisatie beschreven. En in hoofdstuk 4 worden de aandachtspunten voor nieuw kwaliteitsbeleid samengevat en aanbevelingen gegeven voor de ontwikkeling van het meetinstrument.



## 2 Methode van onderzoek

Teneinde te inventariseren wat mensen van de indicatiestelling van RIO's verwachten en wat RIO-cliënten verstaan onder 'goede kwaliteit van de indicatiestelling' is gebruik gemaakt van twee kwalitatieve onderzoeksmethoden: 1. interviews met sleutelpersonen en 2. groepsbijeenkomsten en 'concept mapping'-bijeenkomsten met respectievelijk RIO-cliënten, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren. Deze twee methoden worden in dit hoofdstuk nader beschreven.

### 2.1 Interviews met sleutelpersonen

Op 21 mei 2001 werd door de NPCF een conferentie gehouden, die tot doel had meer bekendheid te geven aan dit RIO-project en meer inzicht te krijgen in de indicatiestelling en wat er bij patiënten over dit onderwerp leeft. Er waren zo'n 40 vertegenwoordigers van patiëntenplatforms, cliëntvertegenwoordigers van RIO-besturen en andere betrokkenen aanwezig. In een workshop werd gediscussieerd over de vraag "wat kan er naar uw idee verbeterd worden in het indicatietraject?"

Aansluitend op de conferentie is ervoor gekozen de indicatiestelling en de problematiek die daarmee samenhangt verder te verdiepen door interviews te houden met een klein aantal sleutelpersonen. In samenspraak met de NPCF en Stichting Cliënt en Kwaliteit werd besloten om vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, koepelorganisaties van zorginstellingen waarvoor de RIO's indiceren en van de RIO's zelf uit te nodigen voor een oriënterend gesprek. De 'verdieping' van het onderwerp bestond uit het verkrijgen van een overzicht van kwaliteitscriteria en te identificeren welke ideeën verschillende partijen zouden hebben over het te ontwikkelen meetinstrument. Het was dan ook van belang om in deze fase van het project niet slechts cliëntvertegenwoordigers uit te nodigen, maar ook zorgaanbieders erbij te betrekken om een breed draagvlak te creëren voor het toekomstig gebruik van het meetinstrument. De onderwerpen die in de interviews naar voren kwamen, dienden tevens als achtergrondinformatie bij de toekomstige groepsgesprekken die met RIO-cliënten, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren gehouden werden.

Er werden drie interviews gehouden met drie vertegenwoordigers van zorgaanbieders en een RIO. Drie andere interviews werden met vijf vertegenwoordigers van patiënten, mantelzorg en ouderen-organisaties gehouden (zie bijlage 1). Alle interviews hadden een open karakter om de sleutelpersoon de kans te geven zijn/haar visie als vertegenwoordiger van de betreffende organisatie te kunnen weergeven en om zoveel mogelijk ideeën op te doen. De volgende onderwerpen werden daarbij in het oog gehouden:

- 1 De visie van de vertegenwoordiger van de betreffende organisatie of instelling, op de kwaliteit van de indicatiestelling die door RIO's verricht wordt, met betrekking tot RIO-cliënten.

- 2 Welk traject doorloopt de cliënt feitelijk vanaf het moment dat hij een aanvraag bij het RIO doet, tot en met het indicatieadvies?
- 3 Welke knelpunten komt de cliënt op dit traject tegen?
- 4 Aan welke kwaliteitseisen zouden de RIO's volgens de vertegenwoordiger moeten voldoen?

De gesprekken werden in de maand juni gehouden en duurden één à anderhalf uur. Alle gesprekken werden op band opgenomen en na afloop uitgewerkt. De uitwerking van het gesprek werd aan de vertegenwoordiger gestuurd ter autorisatie. De geautoriseerde verslagen werden vervolgens met elkaar vergeleken en de belangrijkste aspecten werden op een rij gezet om in eerste instantie als 'checklist' te dienen bij de groepsbijeenkomsten die op de interviews volgden. Op de tweede plaats werd deze informatie als waardevol resultaat beschouwd ter verdieping van het onderwerp.

## 2.2 Groepsbijeenkomsten

### 2.2.1 *Organisatie van de groepsbijeenkomsten*

De organisatie van groepsbijeenkomsten met respectievelijk cliënten, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen waarvoor RIO's indiceren en zorgkantoren had als algemeen doel inhoud te geven aan het concept "goede kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief". Het was de bedoeling dat de groeps gesprekken open en inventariserend van aard zouden zijn. Hieruit zou een lijst van kwaliteitsaspecten kunnen voortvloeien vanuit het perspectief van de cliënt. Een tweede doel was de ontstane lijst van kwaliteitsaspecten te prioriteren en te groeperen ('concept mapping': Trochin, 1991). Op die manier zou duidelijk worden wat de belangrijkste kwaliteitsaspecten zijn waaraan de RIO's volgens cliënten zouden moeten voldoen. Om het tweede doel te bereiken werden de deelnemers na de eerste groepsbijeenkomsten nogmaals uitgenodigd voor de concept mapping. De op onderwerp gesorteerde en geprioriteerde kwaliteitsaspecten dienen als basis voor de vragenlijst die in het vervolg van dit onderzoek wordt ontwikkeld.

Het voordeel van deze methode was dat RIO-clieñten direct betrokken werden bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria. Zij konden hun ervaringen met de indicatiestelling vertellen en meedenken over hoe een RIO zijn dienstverlening rond de indicatiestelling zou kunnen verbeteren. Op die manier konden cliënten komen tot een meer precieze omschrijving van kwaliteitscriteria die in de literatuur, op de NPCF-conferentie en in de interviews naar voren waren gekomen. Een nadeel van deze methode zou kunnen zijn (in deze cliëntengroep gaat het vaak om ouderen die zorg nodig hebben) dat slechts een klein aantal mensen in staat is aan de groepsbijeenkomsten deel te nemen. Zij zouden er misschien tegenop zien om naar een dergelijke bijeenkomst te gaan, of een bijeenkomst van twee uur niet vol kunnen houden. Echter, uit eerdere ervaringen met deze methode was gebleken dat op een vrij snelle en effectieve manier een lijst kwaliteitscriteria ontwikkeld kan worden (Sixma, 1998a).

De groepsbijeenkomsten en concept mapping-bijeenkomsten bestonden uit verschillende categorieën deelnemers. Drie groepen bestonden uit RIO-clieñten met een indicatie voor Wvg-voorzieningen, òf voor thuiszorg òf voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Twee andere groepen werden ter aanvulling op de cliënten uitgenodigd, namelijk respectievelijk cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren. De cliëntvertegen-

woordigders zorgden voor een breder perspectief op een goede indicatiestelling vanuit cliëntenperspectief. De groep vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren werden uitgenodigd om draagvlak te creëren voor toekomstig gebruik van het meetinstrument. Tevens kon met deze groep inzicht verkregen worden in de dienstverlening van RIO's en zorginstellingen aan cliënten, met betrekking tot de indicatiestelling. Ook in de laatste groep werden kwaliteitscriteria gegenereerd, gegroepeerd en geprioriteerd.

### 2.2.2 *Werving en selectie deelnemers groepsbijeenkomsten*

De groepsbijeenkomsten vonden in juli plaats. De werving van RIO-clieënten voor de eerste drie groepsbijeenkomsten verliep als volgt: In overleg met de NPCF en Stichting Cliënt & Kwaliteit werd besloten in drie verschillende regio's elk drie RIO's te vragen om medewerking van cliënten (in totaal negen RIO's). Deze RIO's waren verspreid over stad en platteland en werden door de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) benaderd. We streefden naar het creëren van drie homogene groepen cliënten, namelijk cliënten met een indicatie in het kader van:

1. Wvg; 2. thuiszorg; en 3. verpleeg- en verzorgingshuis.

Voor groepering naar indicatie werd gekozen omdat we vermoedden dat wanneer cliënten met verschillende indicatieadviezen met elkaar zouden moeten discussiëren, bepaalde gedeeltes in de discussie niet voor iedereen relevant zou zijn. Voor het houden van bijeenkomsten voor cliënten werd een centrale plaats gekozen, zodat ze niet ver hoefden te reizen.

Om de groepsbijeenkomsten te realiseren werden voor de eerste en tweede groep elk 150 en voor de derde groep 205 RIO-clieënten door de RIO's aangeschreven. Dit grote aantal uitnodigingen heeft te maken met het lage aantal deelnemers (hoogstens 10%) dat verwacht wordt te reageren op een dergelijke oproep. We streefden naar acht tot twaalf deelnemers per groepsbijeenkomst. De contactpersonen bij de RIO's waren directeuren, kwaliteitsfunctionarissen of andere stafleden van RIO's. Zij selecteerden een lijst met namen van cliënten die één à twee maanden geleden een aanvraag hadden gedaan bij hun RIO. Bij sommige RIO's werden uit die lijst willekeurig 150 namen geselecteerd. Andere RIO's poogden een selectie te maken uit de cliënten. Dit werd bijvoorbeeld gedaan met behulp van een indicatieadviseur die inschatte of een bepaalde persoon al dan niet geschikt was om uitgenodigd te worden, waarbij bijvoorbeeld gelet werd op de fysieke of geestelijke toestand van de cliënt. Of er al dan niet geselecteerd werd door de RIO's bleek geen waarneembaar effect te hebben op het aantal deelnemers aan de groepsbijeenkomsten.

Voor de werving van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, ouderenbonden en RPCP's heeft de NPCF gezorgd. Er werden zo'n 30 patiëntenorganisaties aangeschreven. De werving van vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen waarvoor RIO's indiceren, zorgkantoren en andere beroepsbeoefenaars die met indicatiestelling te maken hebben, is vanuit de NPCF, Stichting Cliënt & Kwaliteit en het Nivel gedaan. Ook voor deze groep werden zo'n 30 beroepsbeoefenaars aangeschreven.

### 2.2.3 *Achtergrondkenmerken deelnemers*

Zoals uit tabel 2.1 blijkt zijn de streefaantallen (acht tot twaalf) per cliënten-bijeenkomst niet gehaald. Slechts 4% bleef over van het grote aantal uitnodigingen dat verstuurd is.

Waarschijnlijk was de zomerperiode mede-oorzaak van de lage opkomst. Wel gaven de

telefonische en schriftelijke commentaren van cliënten en naasten een waardevolle aanvulling op wat er in de groepsbijeenkomsten naar voren gebracht werd. Deze mensen reageerden naar aanleiding van de uitnodiging om deel te nemen aan de groepsbijeenkomsten. Ze konden niet aanwezig zijn, maar wilden toch graag hun verhaal of opmerkingen kwijt.

Overwogen werd om voor de prioritering bij cliënten thuis langs te gaan, maar gezien de tijdsplanning van dit project was dat niet haalbaar. Aan de groepen namen, naast cliënten, ook mantelzorgers deel. Wanneer cliënten een indicatieadvies van het RIO krijgen, kunnen zij ervoor kiezen gebruik te maken van een Persoonsgebonden Budget (PGB). Ook deze cliënten waren vertegenwoordigd. Uiteindelijk hebben 6 RIO's meegewerkt aan de vorming van de groepsbijeenkomsten. Door het lage aantal cliënten dat deelnam aan de groepsbijeenkomsten zijn de kwaliteitscriteria minder stabiel. Om grotere stabiliteit van de kwaliteitscriteria te verkrijgen zullen in de testversie van het meetinstrument meer vragen opgenomen worden. Ook zorgden de aanvullende groepen, waarbij de streefaantallen wel werden gehaald, voor stabilisatie.

De aanvullende groepsbijeenkomsten bestonden uit zo'n 25 vertegenwoordigers. In de groepsbijeenkomst van cliëntvertegenwoordigers waren 13 mensen van de partij, namelijk van Regionale Patiënten Consumenten Platforms, gehandicaptenverenigingen, jongerenplatforms, ouderenbonden, (categorale) patiëntenverenigingen, etc. Voor de groepsbijeenkomst van vertegenwoordigers van RIO's en zorginstellingen waren 12 mensen aanwezig, waaronder (onafhankelijke) indicatieadviseurs, bestuursleden van RIO's, transferverpleegkundigen, vertegenwoordigers van zorgkantoren, vertegenwoordigers die met voorzieningen voor gehandicapten te maken hebben, vertegenwoordigers van verpleeg- en verzorgingshuizen en van thuiszorginstellingen (zie bijlage 2). Uitgebreidere achtergrondkenmerken als geslacht, leeftijd, opleidings-niveau en soort indicatieaanvraag staan in tabellen vermeld (bijlage 3).

Tabel 2.1 Kenmerken groepsbijeenkomsten RIO-clieñten

Groepsbijeenkomst	1	2	3
indicatie	Wvg-voorziening	thuiszorg	verpleeg- of verzorgingshuis
aantal RIO's	1	3	2
type regio	randstad	stad & platteland	platteland
aantal cliënten uitgenodigd	150	205	150
aantal cliënten (groepsbijeenkomst)	6	7	7
aantal cliënten (concept mapping)	8	4	4
telefonisch commentaar	3	2	2
schriftelijk commentaar	5	1	0

#### 2.2.4 Verloop van de groepsbijeenkomsten

Elk van de vijf groepsbijeenkomsten begon met een korte introductie, waarin het doel en de opzet van de bijeenkomst werd toegelicht. Daarna volgde een kennismakingsronde langs alle deelnemers. Ter afsluiting van de kennismakingsronde werd aan alle deelnemers gevraagd kort

in te gaan op de aard van hun relatie met het RIO. Cliënten vertelden bijvoorbeeld welke zorg of voorzieningen ze aangevraagd hadden. De twee aanvullende groepen werd gevraagd te proberen om zoveel mogelijk concrete voorbeelden te geven van wat cliënten tegenkomen op het traject van aanvraag tot en met indicatieadvies. In de eerste aanvullende groep werden concrete gevalsbeschrijvingen gebruikt uit de achterban van patiëntenorganisaties. In de tweede aanvullende groep werd voornamelijk ingegaan op wat de beroepsbeoefenaars tegenkomen, wat de indicatiestelling betreft, tijdens hun werkzaamheden met cliënten.

Aan het begin van de discussiedeel van de bijeenkomst kregen de deelnemers de opdracht twee of drie aspecten in gedachten te nemen in relatie tot de 'focus' van de bijeenkomst: de kwaliteit van de indicatiestelling die door RIO's verricht wordt. Het kon daarbij gaan om zowel positieve ervaringen als om zaken die men als 'minder goed' of 'slecht' had ervaren. De inventarisatie van deze persoonlijke oordelen en ervaringen vormde in feite het startpunt voor de feitelijke groepsdiscussie, waarbij samen met de deelnemers ('de ervaringsdeskundigen') werd gezocht naar de in hun ogen 'ideale RIO' of 'ideale werkwijze van RIO's en RIO-medewerkers'. Tijdens deze zoektocht vervulden de twee gespreksleiders hun rol als discussieleider waarbij het soms nodig was de discussie nieuw leven in te blazen (*"in een van de andere gespreksgroepen is uitgebreid gepraat over .... wat vinden jullie daarvan?"*) en in andere gevallen werd gestreefd naar begripsverheldering (*"je hebt het over een korte wachttijd, maar wat is voor jou dan een acceptabele wachttijd in weken uitgedrukt?"*), het betrekken van zoveel mogelijk deelnemers bij de discussie (*"je zegt dit nu wel, maar ik ben benieuwd wat de anderen daarvan vinden"*) en het geven van een samenvatting ter afsluiting van een gespreksonderwerp (*"vat ik het goed samen, dat voor jou een goede indicatieadviseur iemand is die ... ?"*). Het streven was daarbij continu gericht op de inventarisatie van zo concreet mogelijke indicatoren voor de kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's. Het discussiedeel van de groepsbijeenkomst werd afgesloten op het moment dat, naar de mening van de deelnemers, de schets van de 'ideale RIO en RIO-medewerkers' compleet was en de beide gespreksleiders het gevoel hadden dat alle punten van de checklist (achtergrondinformatie uit de interviews) aan de orde waren geweest. De groepsbijeenkomst zelf werd afgesloten met een korte uitleg over de vervolgprocedure, een aantal administratieve zaken (het noteren van enkele persoonskenmerken (bijlage), het invullen van een formulier voor reiskostenvergoeding) en een woord van dank aan alle deelnemers. De gespreksduur van de groepsbijeenkomsten varieerde van bijna twee tot twee-en-een-half uur. De gesprekken werden op band opgenomen.

Ter voorbereiding van de concept mapping-bijeenkomsten zijn, op basis van de resultaten van de groepsbijeenkomsten, eerst de kwaliteitscriteria geselecteerd die het meest in aanmerking kwamen om in deze procedure te worden meegenomen. Hiervoor zijn een aantal selectiecriteria gebruikt. In de eerste plaats zijn alleen kwaliteitsaspecten geselecteerd die betrekking hebben op de feitelijke RIO-indicatiestelling en de werkzaamheden zoals die wettelijk aan de RIO's zijn toegewezen. Vervolgens is op het niveau van de afzonderlijke kwaliteitsaspecten gekeken naar de manier waarop deze aspecten waren verwoord en zijn aspecten die qua formulering en betekenis nagenoeg identiek waren als het ware samengevoegd. Met betrekking tot de resterende aspecten is daarna gekeken naar de mate waarin een aspect in een of meerdere groeps gesprekken waren genoemd, de spreiding van de verschillende aspecten over de verschillende fasen van de indicatiestelling en de spreiding van de aspecten over de meer inhoudelijke dimensies en sub-dimensies van kwaliteit van zorg. Ten slotte is bij de selectie rekening gehouden met de mate waarin een aspect betrekking heeft op een onderdeel van de indicatiestelling waarop concreet kwaliteitsbeleid mogelijk is. Toepassing van deze criteria

resulteerde in een lijst met 73 kwaliteitscriteria (zie bijlage 4). Deze 73 aspecten zijn aan de deelnemers van de concept mapping-bijeenkomsten voorgelegd.

## 2.3 Concept mapping-bijeenkomsten

### 2.3.1 *Verloop concept mapping-bijeenkomsten*

De drie cliëntengroepen werden nogmaals uitgenodigd voor concept mapping-bijeenkomsten. De twee 'aanvullende groepen' cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren werden samengevoegd tot één concept mapping-bijeenkomst. De vier concept mapping-bijeenkomsten zijn gehouden in juli 2001. Elk van de bijeenkomsten begon met een korte terugblik op de uitkomsten van de gehouden groepsdiscussies, gevolgd door uitleg over het doel van de bijeenkomst en de te volgen werkwijze. Daarna werden door een van gespreksleiders de twee hoofdonderdelen van de concept mapping-procedure geïntroduceerd, te weten (1) het groeperen van de 73 kwaliteitscriteria op basis van gelijkvormigheid (*"wilt u aspecten waarvan u vindt dat zij bij elkaar horen - die tot dezelfde 'familie' behoren - bij elkaar op een stapeltje leggen en elk stapeltje van een 'etiket' voorzien"*) en (2) het prioriteren van de 73 kwaliteitscriteria op basis van het belang dat door de deelnemers aan de criteria werd toegekend. De kaartjes werden hierbij gelijkmatig ingedeeld in vijf categorieën van 'relatief onbelangrijk' tot 'van het allergrootste belang'. Deze twee opdrachten werden vervolgens door de deelnemers zelfstandig en individueel uitgevoerd, waarbij de resultaten werden genoteerd op de daartoe uitgereikte formulieren en de gespreksleiders op afroep beschikbaar waren voor consultatie en advies. Elke bijeenkomst werd afgesloten met een woord van dank aan de deelnemers en de uitreiking van een formulier waarmee reiskosten konden worden gedeclareerd. De duur van de concept mapping-bijeenkomsten liep uiteen van anderhalf uur tot twee uur en vijfendertig minuten.

### 2.3.2 *Analyse concept mapping*

Na de laatste bijeenkomsten werden de gegroepeerde en geprioriteerde gegevens van de deelnemers in het concept mapping-programma 'Ariadne' ingevoerd en geanalyseerd. Met behulp van dit programma konden individuele clusters en prioriteiten bewerkt worden tot één groepsproduct. Het programma telt hoe vaak kwaliteitsaspecten door de deelnemers bij elkaar in één categorie zijn geplaatst (clusters). Naarmate twee aspecten vaker in één categorie zijn ingedeeld, is de 'imaginaire' afstand tussen beide aspecten kleiner, en hebben zij volgens de deelnemers inhoudelijk meer met elkaar te maken. Ariadne geeft deze imaginaire afstanden grafisch weer in een twee-dimensionale grafiek, de zogenoemde 'concept map'. De concept map is de grafische weergave van het oordeel van de groep. Het geeft in één oogopslag inzicht in de verschillende aspecten die de deelnemers aan het onderwerp dat hen is voorgelegd onderscheiden, en laat bovendien zien hoe die aspecten onderling samenhangen. De concept map kan opgevat worden als landkaart, waarbij de afstanden verwijzen naar de inhoudelijke relaties en de hoogteverschillen naar het relatieve belang van de aspecten (Talcott, 1995). Op basis van de gegevens van de concept map wordt in het vervolg van dit onderzoek een vragenlijst gemaakt.



## 3 Resultaten

Dit hoofdstuk heeft betrekking op de operationalisatie van het begrip “goede kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's”, vanuit het perspectief van cliënten. In paragraaf 3.1 worden de gesprekken met sleutelpersonen beschreven. In paragraaf 3.2 worden de uitkomsten van de groepsbijeenkomsten beschreven. In beide paragrafen wordt uitgebreid aandacht besteed aan uitspraken die rond de indicatiestelling gedaan zijn. In paragraaf 3.3 worden de concept mapping-bijeenkomsten en de resultaten van de prioritering en groepering van de kwaliteitsaspecten vermeld.

Wat de gesprekken met sleutelpersonen betreft zal de informatie in dit rapport beperkt blijven tot de kwaliteit van indicatiestelling door RIO's. Onderwerpen als de toekomstige plaats van de RIO's in de zorgketen, die in sommige gesprekken aan bod kwamen worden buiten beschouwing gelaten. Tevens is het bij het lezen van de resultaten van belang dat in het oog wordt gehouden dat deze resultaten niet aan bepaalde RIO's gekoppeld zijn. Het is in deze fase van het project niet de bedoeling om een oordeel te geven over de dienstverlening van de RIO's die tot nu toe meegewerkt hebben aan het project. De feitelijke ervaringen met betrekking tot de indicatiestellingen zoals die op dit moment door RIO's worden uitgevoerd zijn (nog) niet geïnventariseerd.

### 3.1 Uitkomsten van gesprekken met sleutelpersonen

Voorafgaand aan de groepsbijeenkomsten met cliënten werden eerst gesprekken met sleutelpersonen gevoerd. Deze gesprekken hadden als doel om:

- a naast de beschikbare literatuur meer inzicht verkrijgen in het onderwerp “kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's”;
- b als achtergrondinformatie te gebruiken in de groepsbijeenkomsten;
- c als aanvulling op de uitkomsten van de groepsbijeenkomsten te gebruiken;
- d om een breed draagvlak voor toekomstig gebruik van het instrument te creëren.

Alle sleutelpersonen werd dezelfde vraag gesteld, namelijk wat hun visie was op de kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's met betrekking tot RIO-clieënten. Over het algemeen vonden alle sleutelpersonen het belangrijk dat er een onafhankelijke, integrale en objectieve indicatie wordt gesteld. Voor de verwerking van de uit de gesprekken verkregen informatie wordt als leidraad het 'indicatietraject' genomen dat tevens in de gesprekken gevolgd werd. Het indicatietraject vanuit het perspectief van de cliënt bestaat uit: 1. de aanvraag bij het RIO; 2. de periode tussen aanvraag en indicatiegesprek; 3. het indicatiegesprek met een indicatieadviseur; 4. het indicatieadvies.

In de beschrijving van de resultaten worden knelpunten naar voren gebracht die cliënten op het indicatietraject tegenkomen en de eisen die de sleutelpersonen stellen aan een “kwalitatief goede” indicatiestelling.

De namen van de sleutelpersonen en de instelling of organisatie die ze vertegenwoordigen worden niet direct aan de uitspraken gekoppeld. De nummers 1, 2 en 3 geven de bronnen weer van de interviews die met drie vertegenwoordigers van zorgaanbieders en een RIO gehouden werden. De nummers 4, 5 en 6 geven de bronnen weer van interviews met vijf vertegenwoordigers van patiënten, mantelzorg en ouderen-organisaties.

### 3.1.1 De aanvraag bij het RIO

Cliënten kunnen bij het RIO een aanvraag doen voor een indicatie, wanneer zij verpleging of verzorging, voorzieningen in het kader van de Wvg of woningaanpassingen nodig hebben. Uit de gesprekken met sleutelpersonen bleek dat de eerste stap, namelijk de weg vinden naar het RIO, problemen op kan leveren voor cliënten. *“Cliënten begrijpen vaak niet wat een RIO doet en waar het RIO gevestigd is” (bron: interview #2). “In het voortraject snappen mensen niet dat ze een ‘briefje’ nodig hebben om zorg te kunnen krijgen. De RIO’s liggen nu nog ver weg in de beleving van mensen (bron: interview #4). “Cliënten vragen niet om een indicatie, maar om zorg en als ze nog nooit zorg nodig hebben gehad weten niet wat een indicatieorgaan is” (bron: interview #5). “Er wordt nog te weinig aan PR gedaan” (bron: interview #2, 4). Mensen horen soms van de huisarts, de thuiszorg, in het ziekenhuis, van familie of bekenden of via andere wegen dat ze bij een RIO moeten zijn voor een indicatieadvies.*

Wanneer de cliënt erachter is gekomen dat hij het RIO moet bellen voor een aanvraag, *“komt hij bij de aanmeldcentrale terecht, waar een team van aanmeldfunctionarissen werkzaam is” (bron: interview #2). Volgens twee sleutelpersonen zijn “de RIO’s fysiek en telefonisch slecht toegankelijk” (bron: interview #6). Over de telefonische bejegening wordt gezegd dat “alle telefoontjes van cliënten serieus worden genomen, ook al bellen cliënten drie keer per dag” (bron: interview #2). Een sleutelpersoon vindt dat “telefonistes met een ietwat oudere verwarde persoon om moeten kunnen gaan. Ze moeten een globaal beeld hebben van de hulpvraag. Ook geduld en sociale vaardigheden zijn belangrijk” (bron: interview #5).*

Bij sommige RIO's is het mogelijk een schriftelijke aanvraag te doen, bijvoorbeeld als het gaat om enkelvoudige, simpele zorgvragen. *“Een snelle reactie is belangrijk; de indicatieadviseur moet na de aanvraag contact met de cliënt opnemen en zeggen dat de aanvraag gehoord, of ontvangen is” (bron: interview #5). Een sleutelpersoon vindt dat “indicaties zoveel mogelijk in de leefomgeving van de cliënt moeten plaatsvinden” (bron: interview #5). Eén sleutelpersoon vertelt dat de volgende drie criteria gehanteerd worden voor de gevallen waarin een telefonisch indicatieadvies op zijn plaats is: “a. de hulpvraag is duidelijk, kortdurend en niet complex, b. de cliënt gaat ermee akkoord dat de indicatie telefonisch gedaan wordt en c. de cliënt is zelf in staat aan de telefoon te komen om te vertellen wat er met hem aan de hand is” (bron: interview #2). Indien het nodig is dat er een indicatieadviseur bij de cliënt op huisbezoek gaat, zal er een afspraak gemaakt worden. “De indicatieadviseur moet afspreken op welk tijdstip ze bij de cliënt langs kan komen” (bron: interview #5). Uit een voorbeeld van een RIO blijkt hoe er omgegaan kan worden met spoedaanvragen of aanvragen van cliënten die niet veel langer meer kunnen wachten: “Deze laatste worden naar voren gehaald en binnen twee weken verwerkt. Voor spoedaanvragen voor verpleeg- en verzorgingshuizen houdt het RIO zes indicatieplaatsen per week vrij. Die zijn vaak allemaal ingevuld! Voor een cliënt die bijvoorbeeld plotseling terminaal is wordt voor de volgende dag een plaats vrij gehouden*

voor een thuiszorg-spoedaanvraag" (bron: interview #2). Volgens een aantal sleutelpersonen zou het RIO in het volgende geval moeten zorgen voor een snelle afhandeling. "Bij spoed kan zorgtoewijzing vòòr het indicatieadvies komen (bron: interview #3, 4, 5).

In de gesprekken kwam naar voren dat er op verschillende momenten in het indicatietraject sprake is van een gebrek aan informatievoorziening, zo ook bij de aanvraag. "Er is sprake van onbekendheid met het RIO; oude en jonge mensen begrijpen niet met wie ze te maken hebben (bron: interview #4), het begrip 'indicatiestelling' is onduidelijk voor de cliënt en hij weet niet wat een indicatieadviseur doet. Ook weet de cliënt niet voor wat voor zorg hij geïndiceerd kan worden" (bron: interview #6). "De indicatieadviseur zou moeten aankondigen wat hij komt doen" (bron: interview #4). Nadat de cliënt een aanvraag heeft gedaan zal hij, als hij daarvoor in aanmerking komt, moeten wachten op het indicatiegesprek dat met hem gevoerd zal worden.

### 3.1.2 Tussen aanvraag en indicatiegesprek

De sleutelpersonen zijn het erover eens dat de cliënt goed geïnformeerd moet worden. Tussen aanvraag en indicatiegesprek zou het RIO bijvoorbeeld samen met de bevestiging van de aanvraag een folder toe kunnen sturen: "De cliënt dient informatie vooraf te krijgen door middel van een folder, net als in het ziekenhuis.

In de folder staat vermeld wat er gaat gebeuren, zoals de duur van het gesprek en dat de cliënt een naaste bij het gesprek mag hebben. Ook zou erin vermeld moeten worden dat de aanwezige zorg een rol speelt bij de toewijzing van zorg" (bron: interview #5). Voor cliënten is het belangrijk om vooraf geïnformeerd te zijn, omdat "wanneer de indicatieadviseur langskomt om in anderhalf uur de indicatie te stellen, het voor veel cliënten te snel gaat en zij niet volledig zullen begrijpen waar het om gaat" (bron: interview #4). Verder is het voor cliënten belangrijk dat "de termijn dat men wacht op het indicatiegesprek zo kort mogelijk gehouden wordt, want dat verlengt de termijn dat de cliënt op zorg wacht (bron: interview #5).

### 3.1.3 Het indicatiegesprek

Wanneer de cliënt een indicatiegesprek krijgt kan dat thuis, telefonisch of in sommige gevallen bij het RIO zelf plaatsvinden. In het indicatiegesprek wordt vastgesteld door de indicatieadviseur voor welke zorg of voorzieningen de cliënt in aanmerking komt. Naar aanleiding van dit gesprek wordt het indicatieadvies gevormd. De sleutelpersonen vonden met betrekking tot het indicatiegesprek de onderwerpen a. bejegening, b. informatievoorziening, c. deskundigheid en d. mantelzorg van groot belang.

#### a Bejegening

Wat de bejegening door de indicatieadviseurs betreft werden de volgende uitspraken gedaan: "Cliënten willen een aardige indicatieadviseur, die op korte termijn beschikbaar is" (bron: interview #6). "Of de indicatieadviseur tot een goed beeld kan komen hangt onder andere af van of de cliënt zich op z'n gemak voelt en alles vertelt" (bron: interview #3). "Sommige adviseurs hebben een vooringenomen opstelling en hanteren een suggestieve vraagstelling" (bron: interview #6). Dat uit zich bijvoorbeeld in uitspraken als "dat Persoonsgebonden

*Budget niets voor de betreffende cliënt is; dat het alleen voor jonge mensen bedoeld is. Ook moeten indicatieadviseurs met een oude verwarde persoon om kunnen gaan, rekening houden dat cliënten bang zijn dat ze hun hulpvraag niet goed kunnen verwoorden” (bron: interview #6) en open staan voor minder welbespraakte mensen” (bron: interview #4). “Indicatieadviseurs moeten rekening houden met cliënten die soms een aantal dingen maar voor lief nemen, omdat ze bang zijn dat als ze hun mond open doen, er misschien helemaal niemand meer komt” (bron: interview #6). “Indicatieadviseurs zouden, los van hun eigen visie, goed moeten luisteren en de eigen normen en waarden van de cliënt moeten respecteren (bron: interview #1, 6). “Ook zou de adviseur moeten beloven om snel terug te komen bij cliënten wiens situatie snel verandert. Wat vaak blijkt is dat een gesprek van 1,5 uur voor complexe zorg te kort is; dat brengt het niet in beeld” (bron: interview #4). “Als gemerkt wordt dat het indicatiegesprek te lang gaat duren of als de adviseur niet zeker is van de indicatiestelling, zou de hij of zij nog een keer terug kunnen gaan. Wel moet daarbij in de gaten gehouden worden dat de cliënt geen onrecht aangedaan wordt, als je vaak langskomt. Sommige willen met een minimum aan zorg toekomen om hun zelfrespect te bewaren.” (bron: interview #2).*

#### **b Informatievoorziening**

Ook tijdens het indicatiegesprek wordt de indicatieadviseur, volgens de sleutelpersonen, geacht *“de cliënt van voldoende, heldere informatie te voorzien, ook over het na-traject. Ook is het belangrijk dat brieven in begrijpelijke taal geschreven worden; nu zijn ze vaak onduidelijk” (bron: interview #4). “De cliënt kan op mogelijkheden gewezen worden in het zorgaanbod. Als de cliënt geïndiceerd is en hij wordt niet geholpen, dan heeft hij bijvoorbeeld recht op overbruggingszorg” (bron: interview #5, 6). Overigens stelt de notitie Ketenbenadering dat het zorgkantoor de overbruggingszorg regelt en niet het RIO (VWS, 2001). “Cliënten moeten geïnformeerd worden dat er schaarste is in de zorg, dus dat ze de geïndiceerde zorg niet altijd kunnen krijgen” (bron: interview #6). “Er bestaan ook andere mogelijkheden, zoals vrijwillige terminale thuiszorg” (bron: interview #5). “De indicatieadviseur moet zelfs een breder beeld op de zorgvraag hebben dan de cliënt” (bron: interview #6).*

#### **c Deskundigheid:**

Met de sleutelpersonen werd uitgebreid over de kennis en deskundigheid van indicatieadviseurs gesproken: *“De doelgroep van de RIO's is heel divers en daar moet de indicatiestelling op toegerust zijn” (bron: interview #6). “De meeste indicatieadviseurs hebben een achtergrond als wijkverpleegkundige of maatschappelijk werkende, of ze komen van verpleeg- en verzorgingshuizen. De indicatieadviseurs hebben het STOK-certificaat” (bron: interview #2). De reden van het deskundigheidsprobleem kan gevonden worden in “de opleiding van de indicatieadviseurs; ze zijn vooral uit thuiszorginstellingen onttrokken en zijn nog niet all round. De meesten kunnen alleen nog maar extramuraal indiceren. Indicatieadviseurs moeten een brede kennis hebben van het spectrum van verpleging en verzorging” (bron: interview #5). “Ook betekent de integratie van Wvg een uitbreiding van het takenpakket; de indicatieadviseur moet kunnen zien of een bepaalde muur bijvoorbeeld een beugel kan hebben. Dat vereist het verkrijgen van bouwtechnische kennis. Eveneens zou het vakinhoudelijk overleg uitgebreid mogen worden, zoals het bespreken van rapporten en casuïstiek in het team” (bron: interview #2).*

De ‘onvollledige’ deskundigheid van de indicatieadviseurs kwam in de gesprekken als volgt tot uiting: *“De deskundigheid van indicatieadviseurs laat soms nog te wensen over” (bron:*

interview #6). "Indiceren is nog teveel een individuele zaak" (bron: interview #1). "Een indicatieadviseur kan deskundig zijn, maar het probleem is vaak dat je sommige dingen pas in het zorgproces op kan lossen, als je met de cliënt aan de slag gaat" (bron: interview #3). Een ander probleem dat de deskundigheid in de weg staat was het onvoldoende vraaggericht werken en een verkeerde attitude: "Door de schaarste gaan indicatieadviseurs teveel uit van het zorgaanbod; er is geen sprake van een open gesprek met patiënt en mantelzorg om te kijken wat ze zelf willen" (bron: interview #4, 6). Ze praten met de patiënt, terwijl ze in het achterhoofd hebben dat de hulp er niet is" (bron: interview #4). "De indicatieadviseur moet zich openstellen voor de situatie van de cliënt, zonder naar het zorgaanbod te kijken (bron: interview #3, 4, 6). "De attitude van de adviseurs zal dan ook moeten veranderen" (bron: interview #4, 6).

Een deskundige indicatieadviseur "gaat na wat maakt dat iemand een aanvraag doet, zoals zijn medische achtergrond, hoe iemands dag eruit ziet of hoe iemand in zijn vel zit. Het psychosociale gedeelte speelt ook mee" (bron: interview #2). "Het opnameformulier moet duidelijk ingevuld worden, want het dient als basisdocument voor de inzet voor zorg" (bron: interview #5). "Het uitgangspunt moet zijn dat de cliënt weer kan participeren in de samenleving" (bron: interview #6). "De indicatieadviseur moet iemand zijn die de zorgvragen kent, die open vragen stelt, en de zorgvraag zo scherp mogelijk weet te maken (bron: interview #1, 3, 6), bijvoorbeeld via 'hulpvraagverduidelijking', want dan kun je bijvoorbeeld pas zeggen of een mantelzorgers het aankan" (bron: interview #3, 4, 6). "Er moet gestreefd worden naar 'functiegericht indiceren', dus je kijkt naar wat iemand niet meer kan en daar sluit je de hulp bij aan" (bron: interview #5, 6). "Bijvoorbeeld in het geval van dwarslaesie of reuma zou de indicatieadviseur oog moeten hebben voor het wisselende verloop van ziektebeelden" (bron: interview #6). "Voor cliënten die een Persoonsgebonden Budget willen is het belangrijk op welk niveau ze zorg geïndiceerd krijgen, in verband met het tarief dat ze toebedeeld krijgen" (bron: interview #6). "Een indicatieadviseur moet aandacht hebben voor kinderen en doorvragen of ze zorgtaken hebben" (bron: interview #4). Ten slotte merkte een sleutelpersoon over deskundigheid op dat "het niet uit zou moeten maken welke indicatieadviseur bij welke cliënt langs gaat. Je zou in twee gelijksoortige situaties tot een gelijk resultaat of besluit moeten komen" (bron: interview #2). "Door het nieuw opgezette scholingstraject kan grotere professionaliteit bij de indicatieadviseurs gecreëerd worden" (bron: interview #4).

#### **d Mantelzorg**

Volgens de sleutelpersonen is het onderwerp 'mantelzorg en indicatiestelling' en met name het betrekken van de inzet van de mantelzorg een moeilijk probleem. Mantelzorg wordt niet geïndiceerd, maar bij de vaststelling van het aantal uren zorg wordt wel rekening gehouden met de aanwezigheid van mantelzorg. "Mantelzorg is niet afdwingbaar en vrijwillig en aanvullend op professionele zorg" (bron: interview #4, 5, 6), "maar vaak weet de mantelzorgers dat niet. Degene die indiceert moet dat tijdens het indicatiegesprek nadrukkelijk aan de orde stellen. De indicatiestelling wordt als 'systeem' afgenomen" (bron: interview #4). In principe wordt de cliënt geïndiceerd, maar in de praktijk wordt de mantelzorgers mee geïndiceerd en dat is niet de bedoeling" (bron: interview #4, 5). "Als er van de cliënt uitgegaan zou worden, hoef je als de mantelzorgers uitvalt niet opnieuw te indiceren, want dan heb je al een indicatie die op de cliënt gebaseerd is. Pas bij de zorgtoewijzing, kun je je eventueel met mantelzorg bezig houden" (bron: interview #5). Een voorbeeld van verkeerd indiceren is dat "bij Persoonsgebonden Budget mantelzorg strenger meegewogen wordt" (bron: interview #6). Wel moeten

indicatieadviseurs nagaan of mantelzorg het nog aankan om voor hun naaste te zorgen. *“Met het ‘BIO-formulier’ voor mantelzorg kunnen ze dat nalopen. Het indicatiegesprek zou eerst met de patiënt en mantelzorger samen moeten plaatsvinden. Als de adviseur dan nog niks boven tafel heeft, kun je aparte gesprekken aangaan”* (bron: interview #4).

Hoe belangrijk mantelzorg is blijkt uit het volgende: *“De mantelzorger heeft vaak een coördinerende functie; hij of zij doet de deur open, zet thee en regelt de aanwezigheid en afstemming van diverse hulpverleners”* (bron: interview #4). Veel patiënten zijn afhankelijk van de mantelzorg: *“De aanleiding om een aanvraag voor een verpleeghuis te doen is meestal niet acuut wat de cliënt zelf betreft. Het is vaak de mantelzorg die het plotseling niet meer aan kan. ‘Niet willen’ is toch meestal een ‘niet kunnen’ wat de mantelzorg betreft”* (bron: interview #3). *“Je kunt maar een bepaalde tijd voor je naaste zorgen en het moet ook mogelijk zijn dat de mantelzorger geen verzorgende van zijn/haar partner wil zijn”* (bron: interview #3, 6). *“Er zijn klachten dat er teveel vanuit wordt gegaan dat kinderen zorg kunnen verlenen”* (bron: interview #1). De volgende reden zou daar mogelijk aan ten grondslag kunnen liggen: *“Als de cliënt geen zorg wil, dan moet je dat respecteren, hoe moeilijk het ook kan zijn voor de mantelzorg. Het kan gebeuren dat de aanvraag ingetrokken wordt. Kinderen zijn dan boos, en misschien ook terecht. Maar aan de andere kant is mantelzorg ook partij, met andere waarden en normen. Ook is het moeilijk als de kinderen niet op één lijn zitten. Mantelzorg is natuurlijk gesprekspartner, en problemen worden gesignaleerd. De vraag van mantelzorg kan nooit de doorslag geven, maar natuurlijk zijn ze heel belangrijk en doen ze heel veel”* (bron: interview #2).

Soms besluiten familie of naasten van cliënten geen professionele hulp in te schakelen, omdat ze zelf voor de cliënt willen zorgen. Redenen daarvoor zijn: *“De mantelzorger wil heel graag een mantelzorger zijn, maar wil wel graag die geïndiceerde zorg krijgen. Soms is de geïndiceerde zorg niet voldoende beschikbaar of zijn er steeds anderen in huis. Mantelzorgers kiezen er dan soms voor om het dan maar zelf te doen en dan zien ze wel waar ze stranden. Jonge mantelzorgers willen graag zelf voor hun kind zorgen, omdat ze dan zeker weten dat het goed verzorgd wordt”* (bron: interview #4). *“Mantelzorg kan ‘ondersteund’ worden, maar kan alleen gefinancierd worden na een indicatie van het RIO. Het zou dan ook goed zijn als mantelzorgondersteuning meegenomen wordt bij de indicatiestelling”* (bron: interview #3, 4).

#### 3.1.4 Het indicatieadvies

Het vaststellen van het indicatieadvies, het eindproduct van het RIO, was een belangrijk gespreksonderwerp. Indicatieadviseurs zouden idealiter als volgt te werk moeten gaan om tot een advies te komen: *“Aan het einde van het indicatiegesprek vraagt de indicatieadviseur wat de cliënt zelf nodig denkt te hebben. De mening van de indicatieadviseur wordt met de cliënt besproken. Het indicatieadvies wordt in overleg met de cliënt gemaakt”* (bron: interview #2). *“De laatste vraag van de indicatieadviseur moet zijn of de cliënt zorg in natura of een Persoonsgebonden Budget wil”* (bron: interview #6). *“De afweging wordt door middel van een brief aan de cliënt duidelijk gemaakt en is ook in het zorgdossier te vinden. Cliënten krijgen een brief met de reden waarom ze niet in aanmerking komen voor de aangevraagde zorg. Deze brief gaat ook ter informatie naar de huisarts. Indien de vraag te ingewikkeld is wordt er eerst overlegd met een collega of de RIO-arts. De cliënt wordt in dat*

geval verteld dat er nog geen uitspraak gedaan kan worden. Met wie overlegd wordt staat in het dossier vermeld" (bron: interview #2).

Andere sleutelpersonen signaleren problemen rond het indicatieadvies zelf. Ten eerste "is het onduidelijk hoe de beoordeling wordt gemaakt; de overweging staat niet in het advies omschreven. Het indicatieadvies zou transparant aangeboden moeten worden" (bron: interview #1, 3). "Dat vervolgens de zorg niet altijd geboden kan worden, is een tweede" (bron: interview #6). "Ook zou de beslissing teruggekoppeld moeten worden naar de cliënt, zodat hem gevraagd kan worden wat hij ervan vindt of eventueel bezwaar kan maken" (bron: interview #3). Ten tweede "wordt het besluit niet op het niveau van een behandelplan aangeleverd. Vroeger werd er geïndiceerd in het teken van de operationele werkvoorbereiding. Nu moet de thuiszorg de indicatiestelling geheel of ten dele overdoen" (bron: interview #1). Overigens illustreert het laatste citaat de reden waarom een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling wordt verricht. Voorheen werd de indicatie naar het aanbod toegeschreven. Een indicatieadvies is per definitie geen behandelplan. Een andere sleutelpersoon geeft in dit kader aan dat "indicatieadviezen zo nauwkeurig mogelijk worden opgesteld, zodat bijvoorbeeld thuiszorg er zo goed mogelijk mee aan de slag kan" (bron: interview #3). Een derde probleem is dat "het indicatieadvies niet altijd aansluit bij de zorgvraag van de cliënt, want de indicatieadviseur moet zich houden aan het pakket van verzekerde zorg. Blinden willen bijvoorbeeld dat de post voorgelezen wordt, maar dat 'mogen' ze niet vragen" (bron: interview #6); "ze mogen alleen indiceren wat door de AWBZ vergoed wordt" (bron: interview #5). Een vierde probleem dat zich voordoet is "nadat het indicatieadvies afgegeven is, de betrokkene nog geen zorg heeft" (bron: interview #5, 6). Behalve "bij spoedgevallen, want dan wordt er al vóór het indicatieadvies zorg geleverd en het advies wordt binnen twee weken afgegeven" (bron: interview #2). Dit is echter lang niet altijd het geval; vaak stelt een RIO in een spoedsituatie per omgaande een indicatie. Overigens heeft de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen een richtlijn in voorbereiding waarbij het uitgangspunt is dat RIO's op dezelfde dag een spoedindicatie moeten kunnen stellen. Ten slotte noemen vier sleutelpersonen het volgende probleem: "Veel RIO's halen de wettelijke termijn van 6 weken vanaf de aanvraag niet, waarbinnen het indicatieadvies er moet liggen" (bron: interview #4, 5, 6). Uit een voorbeeld van één RIO blijkt dat "voor thuiszorgindicaties de termijn bij dit RIO wel wordt gehaald, voor verpleeg- en verzorgingshuisindicaties gaat het beter, maar wordt de termijn niet behaald" (bron: interview #2).

Wanneer het indicatieadvies aan de cliënt gegeven is, kan het zijn dat de cliënt het niet eens is met het advies. "Als cliënt en verzekerde heb je te weinig houvast, als je je bijvoorbeeld niet kunt vinden in de uitkomst van de indicatiestelling, want er is geen objectieve maatlat. Rechten van cliënten zijn nog niet duidelijk in procedurele zin, bijvoorbeeld de mogelijkheid om second opinion aan te vragen" (bron: interview #1). "Bezwaarprocedures (op dit moment; 'heroverweging') zouden officieel onafhankelijk moeten zijn, maar in de praktijk komt het voor dat dezelfde indicatieadviseur de second opinion doet" (bron: interview #6). Hierbij dient opgemerkt te worden dat veel naburige RIO's de afspraak hebben om bij elkaar second opinion onderzoeken te doen. Dan wordt het second opinion onderzoek verricht door een adviseur van een ander RIO.

Over de overdracht van het RIO naar de zorgaanbieder werd het volgende gezegd: "De cliënt kiest in principe zelf de zorgaanbieder" (bron: interview #2). "Het RIO moet goed overdragen naar zorgtoewijzing. Echter, op dit moment is de automatisering nog niet op orde; het

*doorgeven van het indicatieadvies naar het zorgtoewijzingsbureau verloopt nog niet zoals het zou moeten. Het traject van indicatieadvies naar zorgtoewijzing moet duidelijk zijn voor de cliënt. In het vervolgtraject moet de cliënt ook een aanspreekbare figuur hebben” (bron: interview #5).*

De gesprekken met sleutelpersonen resulteerden, naast de literatuur, in een verdieping van het inzicht in de “kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's”. Met deze achtergrondinformatie werd rekening gehouden bij de groepsbijeenkomsten die gehouden werden met cliënten, cliëntvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren.

## 3.2 Uitkomsten van de groepsbijeenkomsten

Het doel van de groepsbijeenkomsten was te achterhalen wat RIO-clieënten zelf belangrijk vinden als het gaat om goede kwaliteit van de indicatiestelling, en om in samenspraak met hen kwaliteitscriteria te ontwikkelen. Hiertoe werden 3 cliënten-groepsbijeenkomsten georganiseerd. De cliënten in groepsbijeenkomst (1) hadden een Wvg-indicatie, in bijeenkomst (2) een thuiszorg-indicatie, en in bijeenkomst (3) een verpleeg- of verzorgingshuis-indicatie. Ter verbreding van het cliëntenperspectief werd een groepsbijeenkomst (4) voor cliëntvertegenwoordigers georganiseerd. Groepsbijeenkomst (5) had als aanvullend doel draagvlak te creëren voor toekomstig gebruik van het meetinstrument. Deze laatste groep bestond dan ook uit vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren. In de paragrafen 3.2.1 tot en met 3.2.5 zijn citaten opgenomen uit de groepsbijeenkomsten. Achter elk citaat staat het nummer van de groepsbijeenkomst (1 tot en met 5).

Tijdens de vijf bijeenkomsten werden in totaal 352 kwaliteitsaspecten genoemd. Aan dit aantal konden nog eens 22 aspecten worden toegevoegd, die naar voren kwamen uit de telefonische en schriftelijke commentaren van 13 RIO-clieënten en hun naasten, wat een totaal oplevert van 374 kwaliteitsaspecten. De bijeenkomsten met de drie groepen RIO-clieënten resulteerden in respectievelijk 105, 57 en 58 aspecten, terwijl door de groep van cliëntvertegenwoordigers 73 aspecten werd genoemd. Het groepsgebesprek met vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren resulteerde in 59 kwaliteitsaspecten. Bijna 100 aspecten werden, in (nagenoeg) identieke bewoordingen, in twee of meer groepen genoemd. Bijlage 5 geeft een overzicht van alle genoemde aspecten, verdeeld over de vijf groepsbijeenkomsten waarin deze aspecten ter sprake kwamen en de telefonische en schriftelijke commentaren.

Tijdens de groepsdiscussies bleek dat cliënten van RIO's op twee manieren aankijken tegen de werkzaamheden die door RIO's en RIO-medewerkers worden verricht. De eerste manier heeft te maken met het traject van de indicatiestelling. In zo'n chronologische indeling krijgt de cliënt achtereenvolgens te maken met (1) de aanvraag bij het RIO voor thuiszorg, verpleeg- of verzorgingshuiszorg of voorzieningen in het kader van de Wvg. Daarna volgt voor de meeste cliënten (2) een periode van even wachten; een periode waarin in de regel de aanvraag wordt bevestigd en de cliënt zich kan voorbereiden op het indicatiegesprek. Dit indicatiegesprek (3) vormt de volgende belangrijke schakel in het proces van de indicatiestelling. Tijdens een huisbezoek (of soms een telefoongesprek) wordt gepraat over de zorg of voorzieningen die de aanvrager nodig heeft. Na het indicatiegesprek 'vertaalt' het RIO de uitkomsten van dit gesprek in een indicatieadvies (4). De aanvrager wordt op de hoogte gebracht van dit advies, dat ter uitvoering wordt doorgezonden aan de instanties die zorg moeten dragen voor de uitvoering van



het advies. Daarmee eindigt in principe de taak van het RIO en krijgt de aanvrager te maken met de volgende schakel: de thuiszorginstelling, een verpleeg- of verzorgingshuis of de uitvoeringsinstantie voor Wvg-voorzieningen. Veel van de kwaliteitsaspecten die werden genoemd in de vijf groepsdiscussies zijn direct of indirect te terug te voeren op deze fasering in de tijd.

De tweede manier waarop aanvragers aankijken tegen de kwaliteit van de indicatiestelling heeft vooral te maken met de inhoud van het werk en de wijze waarop RIO-medewerkers vorm geven aan de werkzaamheden in het kader van de indicatiestelling. Los van de fasering in de tijd verwachten cliënten een correcte bejegening, informatie die is afgestemd op hun wensen en behoeften, een grote mate van deskundigheid bij RIO-medewerkers en een goede toegankelijk van het RIO en RIO-medewerkers. Een dergelijke indeling van kwaliteitsaspecten, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar aspecten die te maken hebben met de inhoud van de werkzaamheden (bejegening, meebeslisrecht, professionele deskundigheid, informatie-verstrekking) de organisatie van de werkzaamheden (toegankelijkheid, continuïteit, kosten) en het uiteindelijke doel van de werkzaamheden (grotere zelfstandigheid, betere kwaliteit van leven), sluit aan bij de indeling die vaak in de wetenschappelijke literatuur rond kwaliteit van zorg onderzoek is terug te vinden. Deze indeling in kwaliteitsdimensies en sub-dimensies veronderstelt dat aspecten zijn te classificeren als 'structuur-', 'proces-' en 'uitkomst'-indicatoren (Donabedian, 1988).

De indeling van kwaliteitsaspecten op basis van de vier verschillende stappen bij de indicatiestelling werd door alle betrokkenen (cliënten, cliëntenvertegenwoordigers, RIO-medewerkers en vertegenwoordigers van instanties waarvoor het RIO indiceert) als het duidelijkst ervaren. De resultaten van de vijf groepsgesprekken zullen derhalve worden besproken op basis van deze indeling.

### 3.2.1 De aanvraag bij het RIO

Over de eerste fase van de indicatiestelling - de aanmelding bij het RIO voor een indicatieadvies - werd een behoorlijk aantal kwaliteitsaspecten genoemd. Een belangrijk punt waarover gesproken werd, is het probleem dat *“mensen vaak niet weten dat ze bij het RIO moeten zijn om zorg of voorzieningen aan te vragen”* (bron: bijeenkomst #4, 5). Wanneer de persoon het RIO (uiteindelijk) gevonden heeft en telefonisch contact opneemt met het RIO wil hij graag snel te woord worden gestaan, of de mogelijkheid hebben om zijn telefoonnummer achter te laten, om zo spoedig mogelijk te worden teruggebeld. *“Als je met een hulpvraag zit, wil je graag snel persoonlijk contact met iemand van het RIO zonder heel lang te hoeven wachten”* (bron: bijeenkomst #4). Een ander punt dat aan de orde kwam had betrekking op de zorgvuldigheid waarmee met de aanvraag wordt omgegaan. *“Toen ik na enige tijd belde kreeg ik te horen dat er helemaal geen aanvraag lag en dat betekende dat ik weer van voren af aan kon beginnen. Als aanvragen meteen afgehandeld worden, kunnen ze ook niet zoekraken”* (bron: bijeenkomst #1) en *“zodra de klant bij een RIO binnenkomt, moet de trein gaan rijden. Dat er achter de deur van alles gebeurt is voor de klant in principe onbelangrijk”* (bron: bijeenkomst #4). De informatie die aanvragers graag willen, krijgen ze bij hun eerste telefonische contact met het RIO: *“Ik vond het erg fijn om direct te horen hoe de indicatiestelling in zijn werk zou gaan”* en *“wat ik klaar moest leggen als er een indicatieadviseur langs zou komen voor een gesprek”* en de mogelijkheid om meteen bij de aanvraag een vast contactpersoon toegewezen

te krijgen: *“Ik wist absoluut niet wie ik moest bellen; is het niet mogelijk om een vast aanspreekpunt te krijgen bij wie je met al je vragen aan kunt kloppen?”* (bron: bijeenkomst #2). De mogelijkheid van zo'n contactpersoon werd in alle groepsbijeenkomsten door de deelnemers aan de orde gesteld, waarbij ook werd aangegeven dat een dergelijk contactpersoon telefonisch goed bereikbaar moet zijn. Dit laatste punt kan worden opgevat als een verbijzondering van een meer algemeen geformuleerd kwaliteitsaspect dat door een aantal deelnemers werd genoemd en dat te maken heeft met de toegankelijkheid van zorginstellingen: de telefonische bereikbaarheid van het RIO: *“Het RIO moet zijn bereikbaarheid perfect geregeld hebben”* (bron: bijeenkomst #5).

Een ander punt dat in meerdere gesprekken aan de orde werd gesteld betrof de mogelijkheid om reeds bij de aanvraag een onderscheid te maken tussen eenvoudige (enkelvoudige) zorgvragen die telefonisch afgehandeld kunnen worden, meer complexe zorgvragen waarvoor een uitgebreid indicatiegesprek nodig is en spoedaanvragen waarvoor op korte termijn een oplossing op tafel zou moeten liggen. *“Een spoedaanvraag zou binnen 48 uur geregeld moeten kunnen zijn”* (bron: bijeenkomst #3). Overigens waren de meningen over de mogelijkheid van een telefonische indicatiestelling ook bij enkelvoudige zorgvragen verdeeld. Voorstanders wezen met name op de tijdwinst die hier was te halen voor degenen die het direct aanging, met een bijkomend gunstig effect op de wachttijd voor anderen. Tegenstanders twijfelden vooral over de (on)mogelijkheid om op basis van een telefoongesprek in te schatten of de zorgvraag echt enkelvoudig is en gaven, mede gelet op de mogelijkheid om de situatie thuis in de afweging te betrekken, eigenlijk onder alle omstandigheden de voorkeur aan een huisbezoek. *“Er schuilt een gevaar in telefonisch indiceren: je mist dan teveel informatie over de gehele situatie van de cliënt, en thuis zie je hoe iemand rondscharrelt”* (bron: bijeenkomst #4).

Een laatste punt, wat door veel deelnemers aan de groepsbijeenkomsten werd aangestipt en dat wellicht vooraf gaat aan de aanmelding bij het RIO, betreft de onbekendheid van de RIO's. In alle groeps gesprekken kwam aan de orde dat het voor veel mensen onduidelijk is waar de RIO's nu precies voor staan en hoe men met de RIO's in contact kan treden. *“Ik hoorde via via dat ik bij een RIO moest zijn voor de verpleeghuis-aanvraag van mijn moeder”* (bron: bijeenkomst #3). Naar de mening van de deelnemers aan de groeps gesprekken zouden de RIO's veel meer moeten doen aan hun 'public relations', bijvoorbeeld via informatiefolders bij huisartsen, in de ziekenhuizen, in de zorgcentra, in bibliotheken en op andere relevante plaatsen. Of, in de woorden van een van de deelnemers aan de groeps gesprekken: *“Je zou eigenlijk over de RIO-folders moeten kunnen struikelen”* (bron: bijeenkomst #4).

### 3.2.2 Tussen aanvraag en indicatiegesprek

Relatief weinig kwaliteitsaspecten hadden betrekking op de periode tussen de aanvraag voor een indicatiestelling en het indicatiegesprek. De aspecten die uit de groeps gesprekken werden gedestilleerd hebben te maken met de vervolgprocedure na de (meestal telefonische) aanvraag, de informatie die aanvragers willen ontvangen voorafgaand aan het indicatiegesprek en de wachttijd tussen aanvraag en indicatiegesprek.

Voor wat betreft de procedure na aanmelding bij het RIO kwam uit de groeps gesprekken naar voren dat aanvragers graag een bevestiging wensen te ontvangen van de aanvraag voor een indicatiestelling: *“Na mijn telefoontje wil ik graag een schriftelijke bevestiging ontvangen dat*

de aanvraag ook daadwerkelijk in behandeling is genomen" (bron: bijeenkomst #3), eventueel in combinatie met een mededeling van de datum en tijdstip van het indicatiegesprek. Een dergelijke bevestiging zou men, zo bleek na doorvragen, graag "binnen 48 uur, of twee werkdagen" willen ontvangen (bron: bijeenkomst #1). Het vaststellen van deze datum dient, naar de mening van de deelnemers aan de groepsgesprekken, te geschieden in overleg met de aanvrager waarbij rekening gehouden moet worden met de persoonlijke wensen van de aanvrager. Het onaangekondigd langskomen van de indicatieadviseur wordt daarbij niet op prijs gesteld. "Toen de indicatieadviseur langs kwam, was ik er niet" (bron: bijeenkomst #1).

Bij de kwaliteitsaspecten die werden genoemd in relatie tot de aanvraag voor het indicatiegesprek werd reeds melding gemaakt van een folder met informatie over de procedure van indicatiestelling, de positie en werkzaamheden van RIO's, de mogelijkheden en onmogelijkheden van het Persoonsgebonden Budget (PGB) en de rechten van de aanvrager van een indicatiegesprek. "Het RIO zou posters op moeten hangen of folders neer moeten leggen in ziekenhuizen, zorgcentra, bij huisartsen en in bibliotheken en reclame maken op tv en in de plaatselijke krant" (bron: bijeenkomst #3, 4, 5) Deze folder zou, zo bleek uit de groepsgesprekken, men graag ontvangen voorafgaand aan het indicatiegesprek.

Pratend over de wachttijd tussen de aanvraag voor een indicatiestelling en het feitelijke indicatiegesprek, kwamen de deelnemers aan de groepsbijeenkomsten uit op een acceptabele wachttijd van twee weken (bron: bijeenkomst #2, 3). Voor spoedaanvragen ligt dat natuurlijk anders: "Een terminale patiënt kan niet twee weken op zorg wachten" (bron: bijeenkomst #4).

### 3.2.3 Het indicatiegesprek

Meer dan de helft van kwaliteitsaspecten genoemd tijdens de groepsbijeenkomsten hadden betrekking op het feitelijke indicatiegesprek. Daarbij zijn vier hoofdgroepen van kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief te onderscheiden. Dit zijn (1) aspecten die te maken hebben met de bejegening door de indicatieadviseur, met inbegrip van de mogelijkheden om inspraak te hebben in de vorm en inhoud van het indicatiegesprek, (2) aspecten die te maken hebben met de informatie die door de indicatieadviseur wordt verstrekt gedurende het indicatiegesprek, (3) de eisen die worden gesteld aan de deskundigheid van de indicatieadviseur, en (4) de mate waarin familie en naasten van de aanvrager worden betrokken bij het indicatiegesprek.

#### a Bejegening

De manier waarop het contact tussen indicatieadviseur en de aanvrager van de indicatiestelling verloopt werd, zonder uitzondering, door alle deelnemers aan de groepsgesprekken uitermate belangrijk gevonden. "Ik wil dat zo'n indicatieadviseur mij vriendelijk benadert en genoeg tijd neemt voor een gesprek" (bron: bijeenkomst #3). "Ik zou mijn eigen wensen aan willen geven en dat ik in mijn waarde wordt gelaten. De indicatieadviseur moet zonder vooroordelen naar me luisteren en rekening houden met mijn cultuur of geloof" (bron: bijeenkomst #2). Daarbij wil de aanvrager niet het gevoel krijgen dat hem of haar iets 'wordt opgedrongen' of dat men in een 'bepaalde richting wordt gestuurd'. Andere sleutelbegrippen die in dit verband tijdens de groepsgesprekken werden genoemd zijn 'respect' en 'interesse' in de situatie van elke individuele cliënt en bovenal 'het gevoel dat men serieus wordt genomen'. Al de genoemde criteria zijn samen te vatten onder de kop 'bejegening en autonomie'.

## **b Informatievoorziening**

De tweede hoofdgroep van aspecten in relatie tot de inhoud en vorm van het indicatiegesprek betreft kwaliteitscriteria die te maken hebben met de informatieoverdracht tussen indicatieadviseur en de cliënt. De informatie die cliënten tijdens het indicatiegesprek wensen, is deels overlappend met de informatie die men graag vermeld wil zien in de RIO-brochure. Zo wil men tijdens het indicatiegesprek nader worden geïnformeerd over het doel en de exacte betekenis van het indicatiegesprek en het daarop volgende indicatieadvies. *“Voor iedereen moet duidelijk zijn dat het gaat om een advies; dat betekent niet dat je op korte termijn hulp krijgt en dat de hulp die je uiteindelijk krijgt niet altijd overeenkomt met de inhoud van het indicatieadvies” (bron: bijeenkomst #4).* Men verwacht van de indicatieadviseur dat deze alternatieven aangeeft voor het geval de benodigde zorg niet (onmiddellijk) geleverd kan worden met inbegrip van de mogelijkheden die hiervoor in de regio voorhanden zijn. *“Ik zou een overzicht van zorgvoorzieningen willen hebben, zodat ik zelf kan kiezen (bron: bijeenkomst #2).* *“Ook verwacht iedereen dat een indicatie een garantie is. Dat is niet zo, dus moet aan cliënten duidelijk gemaakt worden waar ze aan toe zijn; dus dit is uw indicatie en zo is de weg verder” (bron: bijeenkomst #5).* Ook wenst men uitleg over concrete zaken zoals het Persoonsgebonden Budget, zorg in natura, overbruggingszorg en het betalen van de eigen bijdrage. *“De indicatieadviseur geeft de keuze aan de cliënt of hij zorg in natura wil of een Persoonsgebonden Budget” (bron: bijeenkomst #5).* *“Wat is dat eigenlijk zo’n Persoonsgebonden Budget?” (bron bijeenkomst #2).* In relatie tot de rechten van de cliënt bleek uit de groeps gesprekken dat cliënten tijdens het indicatiegesprek geïnformeerd willen worden over de mogelijkheden om in beroep te gaan of bezwaar aan te tekenen tegen het indicatieadvies of in elk geval een 'second opinion' te krijgen. Een dergelijke 'second opinion' zou, zo werd het door een van de deelnemers aan de groeps gesprekken verwoord, dan wel *“door iemand van een andere RIO gedaan moeten worden” (bron: bijeenkomst #4).* Een lastig onderwerp tijdens de groepsbijeenkomsten was de mate waarin de indicatieadviseur informatie moet geven over de mate waarin bij het opstellen van het indicatieadvies rekening wordt gehouden met de beschikbaarheid van de zorg door bijvoorbeeld gezins- en familieleden (ofwel mantelzorgers) van de aanvrager. Waar de ene deelnemer aan de groeps gesprekken zich op het standpunt stelde dat mantelzorg buiten beschouwing moet worden gelaten bij de indicatiestelling, (*“Mantelzorg kun je niet afdwingen” (bron: bijeenkomst #4)*) had de ander er geen problemen mee dat de aanwezigheid van mantelzorg van invloed is op het uiteindelijke advies. Unaniem was men van mening dat er tijdens het indicatiegesprek in elk geval informatie moet worden gegeven over de rol van mantelzorgers in relatie tot het indicatieadvies. Een deel van de deelnemers geeft in de groepsbijeenkomst aan dat men informatie wenst te krijgen over de mogelijkheden voor een vervolgindeicatie, mochten veranderende omstandigheden daar aanleiding toe geven. *“Met MS moet je geleidelijk wennen aan een stap terug doen en dat betekent dat ik in de toekomst waarschijnlijk steeds meer hulp nodig zal hebben” (bron: bijeenkomst #4).* Aan het eind van het indicatiegesprek zou, zo vinden cliënten, de indicatieadviseur een schatting kunnen geven van de soort en de hoeveelheid zorg waarop de cliënt recht heeft. Tenslotte zal de indicatieadviseur een afweging moeten maken: Oude mensen willen vaak ook weer niet een teveel aan informatie in één keer. *“Informatie moet duidelijk, gedoseerd en tijdig gegeven worden” (bron: bijeenkomst #4).* Wanneer mensen zelf niet om informatie vragen betekent dat niet dat ze geen informatie willen hebben. *“De indicatieadviseur zal informatie aan moeten reiken, en niet de cliënt er zelf om laten vragen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen met behulp van een checklist, waarbij de cliënt gevraagd wordt over welke onderwerpen, in de vorm van steekwoorden, hij meer informatie zou willen hebben” (bron: bijeenkomst #4).*

### **c Deskundigheid**

Een derde groep kwaliteitscriteria die, naar de mening van de deelnemers aan de groeps gesprekken, tijdens het indicatiegesprek aan de orde moet komen heeft betrekking op de deskundigheid van de indicatieadviseur. Een grote mate van deskundigheid werd door de deelnemers van groot belang geacht. In alle vijf de groepen werd bijvoorbeeld genoemd dat de indicatieadviseur oog moet hebben voor *“de persoonlijke omstandigheden van de cliënt, zoals leeftijd en de lichamelijke gesteldheid”* (bron: bijeenkomst #3) : *“Dat ik goed praat wil niet zeggen dat mijn lichaam mee wil”* (bron: bijeenkomst #1) en *“sommige cliënten proberen zich beter of slechter voor te doen dan ze zijn”* (bron: bijeenkomst #4). Ook vonden de deelnemers dat de indicatieadviseur specifieke kennis van achtergronden en het verloop van de aandoening en omstandigheden van de aanvrager zou moeten hebben, zoals specifieke kennis over multipale sclerose en andere (chronische) ziektes, *“de ene dag kan ik meer aan dan de andere dag”* (bron: bijeenkomst #4). Eventueel zou, naar de mening van de deelnemers aan de groeps gesprekken, *“de huisarts van de desbetreffende cliënt bij de indicatiestelling betrokken kunnen worden, omdat deze vaak meer weet over de situatie waar de cliënt zich in bevindt”* (bron: bijeenkomst #3). Een indicatieadviseur zou, zo was de algemene mening, eigenlijk ervaring moeten hebben als (wijk)verpleegkundige of maatschappelijk werkende om goed in te kunnen schatten welke zorg de cliënt nodig heeft. *“In elk geval moet de adviseur tijdens het indicatiegesprek aandacht hebben voor de aanwezigheid van psychologische problematiek zoals gevoelens van onveiligheid, onzekerheid en angst”* (bron: bijeenkomst #2). Wat voorzieningen en woningaanpassingen betrof vonden de deelnemers dat een indicatieadviseur over voldoende technische kennis moet beschikken voor het geven van een goed advies, waarbij rekening wordt gehouden met de persoon voor wie de aanpassing of voorziening bedoeld is: *“De scootmobiel voor mijn vrouw was veel te ingewikkeld en de oude die nog in de schuur stond werd niet weggehaald”* (bron: bijeenkomst #1).

### **d Mantelzorg**

Ten slotte verwachten cliënten dat in het indicatiegesprek aandacht wordt geschonken aan de gezins- en familieleden van de aanvrager. *“Mantelzorg is niet alleen een belangrijke informatiebron, ze zijn vaak zelf vrager van de zorg”* (bron: bijeenkomst #4). Daarbij gaat het niet alleen om de aanwezigheid bij het indicatiegesprek en informatie over de mate waarin zorg van deze familieleden wordt meegewogen in het indicatieadvies, maar ook om het betrekken van familieleden bij zowel het indicatiegesprek zelf als het op papier zetten van de inhoud van het indicatiegesprek. *“Aanwezige mantelzorg moet goed betrokken worden bij het indicatiegesprek”* (bron: bijeenkomst #3). Van een goede indicatieadviseur wordt verwacht dat hij/zij de bij het indicatiegesprek aanwezige gezins- of familieleden vraagt welke hulp mantelzorgers kunnen en willen bieden en daarbij rekening houdt met de belastbaarheid van diezelfde mantelzorgers. *“De indicatieadviseur zei: “uw man kan ook nog wel wat”, maar dat is absoluut niet zo”* (bron: bijeenkomst #2).

### 3.2.4 *Het indicatieadvies*

De vierde hoofdgroep van kwaliteitscriteria heeft betrekking op het uiteindelijke indicatieadvies. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen criteria die te maken hebben met de wachttijd tussen indicatiegesprek en indicatieadvies en de daaropvolgende procedure en criteria die vooral te maken hebben met de inhoud van het indicatieadvies.

Uit de groepsgesprekken bleek dat RIO-cliënten het liefst zouden zien dat zij na het indicatiegesprek een voorstel over de zorg moeten krijgen, zodat daarover van gedachten gewisseld kan worden. Binnen vier weken na de aanvraag zou men vervolgens (een afschrift of een kopie van) het indicatieadvies willen ontvangen. Ter informatie: de wettelijke vastgestelde termijn voor het uitbrengen van het indicatieadvies is zes weken. Dit besluit zou meteen moeten worden doorgestuurd naar de desbetreffende instantie die ermee aan de slag moet. *“Dat mag zeker niet op het bureau blijven liggen. Er moet een goede communicatie zijn tussen RIO en andere zorgverlenende instanties”* (bron: *bijeenkomst #3*). Na de afhandeling van het indicatieadvies geeft de contactpersoon de cliënt door aan de volgende contactpersoon in het zorgtraject, bijvoorbeeld het zorgkantoor of verpleeghuis en meldt dit aan de cliënt.

Met betrekking tot het feitelijke indicatieadvies waren de deelnemers aan de groepsgesprekken van mening dat *“dit advies op een heldere en inzichtelijke manier moet weergeven wat het feitelijke advies van de indicatieadviseur is. In het indicatieadvies zou in begrijpelijk Nederlands vermeld moeten staan hoe de indicatieadviseur tot zijn advies is gekomen”* (bron: *bijeenkomst #3, 4, 5*). Ook werd het belangrijk gevonden dat in het indicatieadvies wordt aangegeven wat er na het indicatieadvies zou gebeuren, wat de mate van urgentie van het advies is en (bij thuiszorg) wat het netto aantal uren zorg is waarvoor de cliënt wordt geïndiceerd. *“De cliënt wil graag het netto aantal uren zorg weten, dus zonder de reistijd van de wijkverpleegkundige”* (bron: *bijeenkomst #4*). Tenslotte willen de aanvragers, in combinatie met het indicatieadvies, in het advies graag duidelijk vermeld zien wat men moet doen als men het niet eens is met dit advies.

### 3.2.5 *Overige uitspraken*

Niet alle kwaliteitscriteria die in de groepsgesprekken werden genoemd, kunnen worden ondergebracht bij een van de vier, hierboven omschreven, stappen in het proces tussen indicatieverzoek en indicatieadvies. Bij deze 'overige kwaliteitscriteria' zijn weer twee categorieën te onderscheiden: algemene aspecten en aspecten die strikt genomen niet onder de verantwoordelijkheid van het RIO vallen.

Onder de restgroep 'overige aspecten' vallen kwaliteitscriteria die vooral te maken hebben met de bejegening van indicatieadviseurs naar cliënten en met de manier waarop het RIO met hun cliënten communiceert. Cliënten willen, zo bleek uit de groepsgesprekken, gedurende het hele traject tussen aanvraag en indicatieadvies in de eerste plaats het gevoel krijgen dat het RIO hen serieus neemt en hen op een correcte manier tegemoet treedt. *“Wanneer een adviseur een fout maakt, moet hij bereid zijn het toe te geven en erover te praten”* (bron: *bijeenkomst #3*). Een dergelijke houding verwacht men van degene bij wie men een telefonische aanvraag doet, van de vaste contactpersoon die men graag zou hebben en van de indicatieadviseur, terwijl ook het uiteindelijke indicatieadvies en alle andere formulieren die men van het RIO krijgt

dit gevoel zou moeten 'ademen'. Naar de mening van de deelnemers aan de groeps gesprekken zou dit laatste bijvoorbeeld kunnen blijken uit de mate waarin brieven afkomstig van het RIO voor de ontvanger makkelijk te lezen en te begrijpen zijn en de mate waarin RIO-formulieren zijn voorzien van een duidelijke toelichting. *“Een brief moet je snappen! De toekenning moet duidelijk vermeld staan in de vorm ‘u krijgt zo-en-zoveel uur thuiszorg en die-en-die voorziening” (bron: bijeenkomst #4).*

Wat resteert zijn een aantal kwaliteitscriteria die strikt genomen niets met de activiteiten en werkzaamheden van RIO's te maken hebben en dus moeilijk inpasbaar zijn in het beoogde meetinstrument 'kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's, vanuit cliëntenperspectief'. De kwaliteitscriteria waarom het hier gaat hebben vooral te maken met het traject dat volgt op het indicatieadvies van het RIO. In dit vervoltraject krijgt men, zo bleek uit de groeps gesprekken, te maken met onduidelijkheid over de actuele stand van zaken *“na het advies heb ik langer dan een half jaar gewacht en ben toen zelf maar eens gaan bellen”* en *“in het vervoltraject willen cliënten doorgegeven worden aan een volgend contactpersoon”* (bron: bijeenkomst #4), teleurstellingen als uiteindelijk blijkt dat het advies in de praktijk niet volledig gerealiseerd kan worden en ook een gevoel van ongelijkheid bij de uitvoering van de indicatiestelling: *“Het is toch eigenlijk te gek voor woorden dat de beslissing of je al dan niet in aanmerking komt voor woningaanpassing of een zorgvoorziening als een scootmobiel afhangt van de gemeente waarin je woont”* (bron: bijeenkomst #1).

Kwaliteitscriteria die niet tot het werkkterrein van het RIO behoren, zijn niet in de verdere procedure van concept mapping (paragraaf 3.3) en vragenlijstontwikkeling meegenomen.

### **3.3 Uitkomsten van de concept mapping-bijeenkomsten**

#### **3.3.1 De concept map**

Aan de hand van bandopnamen van de groepsbijeenkomsten zijn uit ruim tien uur gesprekstijd 374 verschillende kwaliteitscriteria gefilterd, waarvan de meeste ook daadwerkelijk betrekking hadden op de kwaliteit van de RIO-indicatiestelling vanuit cliëntenperspectief. Er werden 73 kwaliteitsaspecten geselecteerd aan de hand van een aantal selectiecriteria: (1) kwaliteitsaspecten moesten betrekking hebben op de feitelijke RIO-indicatiestelling en de werkzaamheden zoals die wettelijk aan de RIO's zijn toegewezen, (2) er werd gelet op de manier waarop de aspecten waren verwoord, (3) aspecten die qua formulering en betekenis nagenoeg identiek waren werden als het ware samengevoegd, (4) met betrekking tot de resterende aspecten is daarna gekeken naar de mate waarin een aspect in een of meerdere groeps gesprekken waren genoemd, (5) de spreiding van de verschillende aspecten over de verschillende fasen van de indicatiestelling en (6) de spreiding van de aspecten over de meer inhoudelijke dimensies en sub-dimensies van kwaliteit van zorg werd vastgesteld en (7) bij de selectie is rekening gehouden met de mate waarin een aspect betrekking heeft op een onderdeel van de indicatiestelling waarop concreet kwaliteitsbeleid mogelijk is. Toepassing van deze criteria resulteerde in een lijst met 73 kwaliteitscriteria (zie bijlage 4). Deze 73 aspecten zijn aan de deelnemers van de concept mapping-bijeenkomsten voorgelegd.

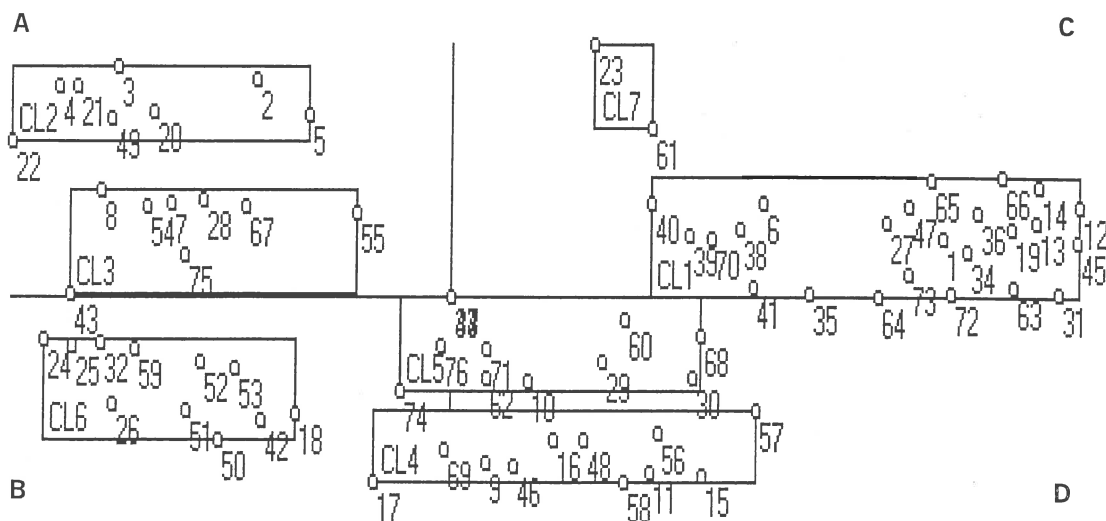
Het doel van de concept mapping-bijeenkomsten was tweeledig: a. prioritering en b. groepering of 'clustering naar gelijkvormigheid' van kwaliteitsaspecten door de deelnemers. Door middel

van prioritering kon bekeken worden welke aspecten het belangrijkste geacht werden als het gaat om 'goede kwaliteit' van indicatiestellen. Via groepering kon inzicht verkregen worden in de mate waarin de deelnemers vonden dat bepaalde kwaliteitsaspecten bij elkaar hoorden. De verschillende 'labels' die cliënten aan de geclusterde kwaliteitscriteria gaven zijn te vinden in bijlage 6. Op deze manier kon niet alleen op aspectniveau inzicht verkregen worden wat cliënten het belangrijkste achten als het gaat om een goede indicatiestelling, maar tevens op het niveau van kwaliteitsdimensies of clusters. Om het cliëntenperspectief te waarborgen wordt in de uitkomsten van de prioritering en clustering het perspectief van vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren buiten beschouwing gelaten. Wel wordt aan het eind van deze paragraaf aangegeven wat de verschillen in prioritering zijn als de drie groepen samen worden genomen. Om de verschillen tussen de drie groepen te verduidelijken wordt de uitslag van de prioritering en clustering in bijlage 7 uitgebreid uitgewerkt. Tevens zijn de afzonderlijke 'concept maps' voor de drie groepen in bijlage 7 opgenomen.

Met behulp van het concept mapping-programma Ariadne konden individuele clusters en prioriteiten bewerkt worden tot een 'groepsproduct'. Het resultaat van het eerste deel van de concept mapping-opdracht - de clustering naar gelijkvormigheid - laat zich het best bespreken aan de hand van een oplossing met 7 clusters. Het aantal clusters dat cliënten en cliëntvertegenwoordigers vormden lag tussen 5 en 16 verschillende clusters. Wordt gekozen voor een oplossing met minder dan 7 clusters, dan komen relatief veel kwaliteitscriteria in clusters terecht waar zij op inhoudelijke gronden eigenlijk niet thuishoren; oplossingen met meer dan 7 clusters leiden tot clusters die soms maar een of twee kwaliteitscriteria bevatten en zijn ook op inhoudelijke gronden niet verdedigbaar. De oplossing met 7 clusters is weergegeven in figuur 3.1 en is gebaseerd op de indelingen van 27 deelnemers aan de concept mapping-bijeenkomsten, namelijk de 15 cliënten en 12 cliëntvertegenwoordigers.

Figuur 3.1 is verdeeld in 4 kwadranten (A, B, C en D). Uit de figuur blijkt dat bepaalde aspecten of aspecten-clusters in een type kwadrant vallen. Kwadrant A bevat clusters die te maken hebben met 'de gehanteerde RIO-procedures in relatie tot de cliënt', kwadrant B kan getypeerd worden als 'vormgeving aan organisatorische aspecten', kwadrant C als 'persoonlijke relatie tussen indicatieadviseur en cliënt' en kwadrant D als 'klantgerichtheid'.

Figuur 3.1 Concept map vanuit cliëntenperspectief (7 clusters)





Tabel 3.1 Clusternamen, aantal kwaliteitsaspecten per cluster en kwadrantweergave bij figuur 3.1

naam cluster	aantal kwaliteitsaspecten	belang-scores	kwadrant
1 bejegening en deskundigheid	24	3.21	C
2 procedure van de indicatiestelling	8	3.32	A
3 berichtgeving door het RIO	8	3.13	A
4 informatie tijdens indicatiegesprek	11	2.89	D (B)
5 procedure van het indicatiegesprek	9	2.82	D (B)
6 inhoud indicatieadvies en foldermateriaal	11	3.15	B
7 huisbezoek	2	2.91	C

De clusters 1 en 2 zijn relatief sterke clusters. Cluster 1 bevat kwaliteitscriteria die te maken hebben met de inhoud van het indicatiegesprek. Daarbij gaat het om zowel de bejegening door de indicatieadviseur, als de deskundigheid van degenen betrokken bij de indicatiestelling door het RIO. In totaal worden 24 kwaliteitscriteria toebedeeld aan cluster 1, dat het best kan worden aangeduid als 'bejegening en deskundigheid' tijdens het indicatiegesprek. Cluster 2 is met 8 kwaliteitsaspecten wat kleiner en heeft te maken met de 'procedure' die het RIO volgens cliënten zou moeten hanteren. Daarbij gaat het zowel om criteria die te maken hebben met de aanvraag voor een indicatiestelling als om criteria die betrekking hebben op de termijn waarbinnen bepaalde aspecten van het indicatietraject plaats moeten vinden. Cluster 3 telt 8 kwaliteitscriteria en bevat aspecten die te maken hebben met de 'berichtgeving van het RIO' aan de cliënt, bijvoorbeeld over het indicatieadvies. Eén aspect is hierop een uitzondering en heeft te maken met de berichtgeving van het indicatieadvies aan de instantie die ermee aan de slag moet. Cluster 4 kan als 'informatie-overdracht tijdens het indicatiegesprek' benoemd worden. Immers, alle 11 kwaliteitscriteria die in dit cluster zijn opgenomen verwijzen naar de informatie die de indicatieadviseur standaard tijdens het gesprek aan de cliënt zou moeten geven. Cluster 5 'het indicatiegesprek' ligt qua inhoud dicht bij cluster 4 'informatie-overdracht'. Bij cluster 5 gaat het om de overdracht van informatie van de adviseur naar de cliënt, maar ook over het verkrijgen van informatie van de cliënt om tot een goed advies te kunnen komen. Cluster 6 heeft alles te maken met de 'inhoud van het indicatieadvies en het foldermateriaal'. Hierbij worden de zes 'indicatieadvies-aspecten' belangrijker geacht dan de vier 'folder-aspecten'. In het indicatieadvies dient vooral duidelijk vermeld te worden op welke zorg of voorzieningen de cliënt recht heeft en bijvoorbeeld wat de mate van urgentie is. Cluster 7 'huisbezoek' bevat slechts 2 kwaliteitscriteria en ligt relatief het dichtst bij cluster 1 'bejegening en deskundigheid'. Het belangrijkste aspect in dit cluster 'de indicatieadviseur komt altijd op afspraak bij de cliënt thuis' ligt het dichtst bij de categorie bejegening. Het aspect 'het indicatiegesprek wordt bij de cliënt thuis gevoerd' ligt het dichtst bij deskundigheid, omdat de indicatieadviseur juist in de thuissituatie een beter overzicht zou kunnen hebben van wat de cliënt nodig heeft.

Wanneer een oplossing gemaakt wordt op basis van alle 36 deelnemers in de drie groepen (cliënten, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en

zorgkantoren) dan zijn de indelingen van de clusters over de 73 kwaliteitscriteria anders dan voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers samen. De oplossing voor de drie groepen samen wordt in dat geval gevormd door 8 clusters (tabel 3.2). Kijken we in tabel 3.2, naar de gemiddelde belangsscores voor de acht clusters die zijn opgesteld op basis van de groepering naar gelijkvormigheid, dan liggen deze gemiddelden voor cliënten tussen de 3.37 ('inhoud van het indicatieadvies') en de 2.49 ('overige kwaliteitsaspecten'). De door cliëntvertegenwoordigers toegekende gemiddelde belangsscores liggen tussen de 2.88 ('huisbezoek' en 'mantelzorg') en 3.42 ('inhoud indicatieadvies'). De gemiddelde belangsscores die door vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren zijn toegekend liggen tussen de 2.56 ('huisbezoek') en 3.80 ('inhoud indicatieadvies'). Dezelfde tabel 3.2 laat zien dat de belangsscores die toegekend zijn aan de kwaliteitsaspecten door cliënten, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren weinig van elkaar verschillen. De laatste groep is wellicht wat meer uitgesproken in hun oordelen dan de beide andere groepen deelnemers aan de concept mapping-bijeenkomsten. De drie kwaliteitscriteria die vallen in het cluster 'overige kwaliteitscriteria bij indicatiestelling' zijn alleen door cliënten beoordeeld.

Tabel 3.2 Gemiddelde belangsscore per cluster, opgedeeld naar de drie subgroepen

naam cluster	cliënten	cliëntvertegen- woordigers	vertegenwoordigers RIO's, zorginstellingen & zorgkantoren
1 bejegening en deskundigheid	3.13	3.21	3.28
2 informatievoorziening	3.15	3.06	3.03
3 procedure indicatiestelling	3.18	3.09	3.38
4 inhoud indicatieadvies	3.37	3.42	3.80
5 huisbezoek	2.93	2.88	2.56
6 informatiefolder	2.83	3.06	2.97
7 mantelzorg	2.86	2.88	2.66
8 overige	2.49	--	--
N = aantal deelnemers	15	12	9

### 3.3.2 Prioritering op basis van belangsscores

De tweede opdracht aan de deelnemers van de concept mapping-bijeenkomsten was de 73 kwaliteitscriteria evenredig te verdelen over vijf categorieën. De vijf categorieën waren: 1 'relatief onbelangrijk', 2 'een beetje belangrijk', 3 'belangrijk', 4 'erg belangrijk' en 5 'van het allergrootste belang'. De evenredige verdeling over de vijf categorieën hield in dat de deelnemers gedwongen waren om keuzes te maken en niet konden volstaan met de mededeling 'alle aspecten zijn belangrijk'. Hoe vaker een kwaliteitscriterium in de categorie 'van het allergrootste belang' terecht kwam (en daarbij de score '5' kreeg) hoe hoger de uiteindelijke score van het betreffende criterium. Bijlage 4 geeft een overzicht van de gemiddelde belangsscores van alle 73 kwaliteitsaspecten. De gemiddelde belangsscores lopen uiteen van 1.56 ('de indicatieadviseur houdt in het indicatieadvies rekening met praktische gevolgen, zoals het verwijderen van een voorziening of woningaanpassing als die niet meer nodig is') tot 4.19 ('indicatieadvies moet

altijd in overleg met de cliënt worden vastgesteld'). Laatstgenoemd aspect wordt gemiddeld, door cliënten en cliëntvertegenwoordigers die aan de concept mapping-bijeenkomsten deelnamen, van de 73 voorgelegde kwaliteitscriteria het meest belangrijk gevonden.

Uit de top 10 van kwaliteitscriteria met de hoogste gemiddelde belangscore blijkt dat met name aspecten die te maken hebben met het feitelijk indicatieadvies, met de procedure van indicatiestelling en met de bejegening en de deskundigheid van de indicatieadviseur relatief hoog scoren qua belang (tabel 3.3).

Tabel 3.3 Top 10 kwaliteitsaspecten met de hoogste gemiddelde belangscore

rangnr.	itemnr.	kwaliteitsaspecten	belangscore
1	60	Het indicatieadvies gebeurt altijd in overleg met de cliënt	4.19
2	27	De cliënt krijgt de mogelijkheid om zijn wensen aan te geven	4.00
3	51	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld waar de cliënt recht op heeft	3.85
4	52	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld waar de cliënt voor geïndiceerd is	3.85
5	73	De indicatieadviseur neemt voldoende tijd voor het indicatiegesprek	3.79
6	12	De indicatieadviseur luistert goed en zonder vooroordeel	3.77
7	62	Er worden duidelijke afspraken gemaakt over het vervolg van de indicatiestelling	3.74
8	75	De cliënt ontvangt 14 dagen na het indicatiegesprek een voorstel over de zorg waar cliënt recht op zal hebben, zodat cliënt met indicatieadviseur hierover van gedachten kan wisselen	3.73
9	4	Een spoedaanvraag wordt binnen 48 uur geregeld	3.67
10	2	De cliënt krijgt een vast contactpersoon en zijn/haar telefoonnummer	3.63

Voor een meer specifiek overzicht is per cluster een top 3 opgesteld van kwaliteitscriteria met de hoogste belangscore. Dit overzicht wordt gepresenteerd in tabel 3.4. Het meeste belang wordt gehecht aan de 'procedure van de indicatiestelling', 'bejegening en deskundigheid' en het 'indicatieadvies'. Op dimensie-niveau hebben ze de hoogste gemiddelde belangscore. De belangscores voor de top 3 aspecten per cluster laten zien dat wanneer de gemiddelde scores per dimensie lager uitvallen, de eerste 3 criteria toch een vrij hoge score hebben (zie bijvoorbeeld 'procedure van het indicatiegesprek').

Tabel 3.4 Top 3 kwaliteitsaspecten met de hoogste gemiddelde belangscore per dimensie

rangnr.	itemnr.	kwaliteitsaspecten	belangscore
	<b>CL 2</b>	<b>Procedure van de indicatiestelling (gemiddelde score over 8 items)</b>	<b>3.32</b>
1	4	Een spoedaanvraag wordt binnen 48 uur geregeld	3.67
2	2	De cliënt krijgt een vast contactpersoon en zijn/haar telefoonnummer	3.63
3	49	Het RIO houdt zich aan afspraken	3.48
	<b>CL 1</b>	<b>Bejegening en deskundigheid (gemiddelde score over 24 items)</b>	<b>3.21</b>
1	27	De cliënt krijgt de mogelijkheid om zijn wensen aan te geven	4.00
2	73	De indicatieadviseur neemt voldoende tijd voor het indicatiegesprek	3.79
3	12	De indicatieadviseur luistert goed en zonder vooroordeel	3.77
	<b>CL 6</b>	<b>Inhoud indicatieadvies en foldermateriaal (gemiddelde score over 11 items)</b>	<b>3.15</b>
1	51	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld waar de cliënt recht op heeft	3.85
2	52	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld waar de cliënt voor geïndiceerd is	3.85
3	53	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld wat de mate van urgentie is	3.33
	<b>CL 3</b>	<b>Berichtgeving door het RIO (gemiddelde over 8 items)</b>	<b>3.12</b>
1	75	De cliënt ontvangt 14 dagen na het indicatiegesprek een voorstel over de zorg waar de cliënt recht op zal hebben, zodat cliënt met indicatieadviseur hierover van gedachten kan wisselen	3.73
2	67	Het indicatieadvies wordt meteen doorgegeven aan de instantie die ermee aan de slag moet	3.59
3	8	De cliënt krijgt binnen 4 weken bericht over de uitkomst van het indicatiegesprek (= indicatieadvies)	3.20
	<b>CL 7</b>	<b>Huisbezoek (gemiddelde score over 2 items)</b>	<b>2.93</b>
1	61	1. de indicatieadviseur komt altijd op afspraak bij de cliënt thuis	2.93
2	23	2. het indicatiegesprek wordt thuis gevoerd	2.92
	<b>CL 4</b>	<b>Informatie tijdens het indicatiegesprek (gemiddelde score over 11 items)</b>	<b>2.89</b>
1	48	De indicatieadviseur geeft de mogelijkheid van vervolgingindicatie aan bij veranderende omstandigheden cliënt	3.33
2	11	De indicatieadviseur geeft informatie over hoe de indicatiestelling in zijn werk gaat	3.12
3	58	De indicatieadviseur geeft uitleg over Persoonsgebonden Budget en zorg in natura	3.12
	<b>CL 5</b>	<b>Procedure van het indicatiegesprek (gemiddelde score over 9 items)</b>	<b>2.82</b>
1	60	Het indicatieadvies gebeurt altijd in overleg met de cliënt	4.19
2	62	Er worden duidelijke afspraken gemaakt over het vervolg van de indicatiestelling	3.74
3	30	De rechten van de cliënt worden in het indicatiegesprek duidelijk gemaakt	3.44

## 4 Samenvatting en conclusies

### 4.1 Inleiding

Regionale Indicatie Organen (RIO's) zijn bedoeld om te komen tot een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. De 85 RIO's die sinds 1 januari 1998 zijn opgezet, verzorgen de indicatiestelling voor thuiszorg, voor een verpleeg- of verzorgingshuis of voor voorzieningen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg). Nu de meeste RIO's zo'n drie jaar functioneren lijkt het gewenst om na te gaan of de werkwijze van de RIO's, zoals die in de praktijk gestalte heeft gekregen, aansluit bij de wensen van de aanvragers van een indicatiestelling. Daarom is door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) het initiatief genomen om, in samenwerking met de Stichting Cliënt & Kwaliteit en het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), te komen tot een project gericht op externe kwaliteitsbeoordeling van de RIO-indicatiestelling vanuit het perspectief van de cliënt. Dit eerste rapport heeft tot doel inzicht te geven in de criteria die onder andere met cliënten van RIO's ontwikkeld zijn voor 'een kwalitatief goede indicatiestelling'. Daarbij richt het zich op de indicatiestelling voor verpleging en verzorging, alsmede de indicatiestellingen voor voorzieningen in het kader van de Wvg. Op basis van deze doelstelling zijn twee vraagstellingen geformuleerd die als leidraad hebben gediend voor de ontwikkeling van de beoogde kwaliteitscriteria: 1. wat vinden RIO-clieñten belangrijk als het gaat om een goede kwaliteit van de indicatiestelling? en; 2. aan welke punten zou, volgens RIO-clieñten, in het kwaliteitsbeleid van RIO's (extra) aandacht moeten worden besteed? Deze twee vragen kunnen worden beantwoord met behulp van de resultaten van dit kwalitatieve deelonderzoek.

### 4.2 De interviews met sleutelpersonen

Na de start van dit deelonderzoek, zijn belangrijke aspecten en aandachtspunten in de zorg geïnventariseerd met behulp van literatuur en een startconferentie die door de NPCF georganiseerd werd. De procedure rond de indicatiestelling door RIO's en de problematiek die daarmee samenhangt is vervolgens uitgebreid aan de orde gesteld in een serie van zes interviews met acht sleutelpersonen, die daartoe in samenspraak met de NPCF en Stichting Cliënt & Kwaliteit zijn benaderd. De gesprekken hadden een 'open' karakter en werden gevoerd aan de hand van een, door de onderzoekers opgestelde, lijst met aandachtspunten. Uitgangspunt hierbij was het indicatietraject zoals dit door de aanvrager van een indicatiestelling wordt doorlopen. De gesprekken vonden plaats in juni 2001. Alle gesprekken zijn op band opgenomen. Een samenvatting van hetgeen was besproken is door de betreffende sleutelpersoon geautoriseerd.

Uit de verslagen van de gesprekken met sleutelpersonen blijkt dat, naar de mening van de gesprekspartners, de positie van de RIO's voor veel aanvragers nog niet echt helder is. Cliënten zien de RIO's vaak als een betrekkelijk anonieme organisatie en zijn vaak onbekend met de taken en werkwijzen van een RIO. Men weet niet bij wie men moet zijn, is vaak onbekend met de hele procedure van indicatiestelling en ook de relatie tussen RIO's en de zorginstellingen

waarvoor wordt geïndiceerd is voor veel cliënten onbekend. Suggesties ter verbetering hebben vooral betrekking op het beter 'verkopen' van het product 'RIO-indicatiestelling', bijvoorbeeld via folders, brochures en huis-aan-huis bladen.

De tijd tussen aanvraag en indicatiegesprek zou, naar de mening van de sleutelpersonen, door RIO-medewerkers benut kunnen worden voor een goede overdracht van informatie van RIO naar de indiener van een indicatieverzoek. De door RIO's aangehouden tijdsperiode van twee weken tussen aanvraag en indicatiegesprek wordt door de sleutelpersonen als 'realistisch' gezien. Bij het indicatiegesprek zijn, naast informatieoverdracht tussen indicatieadviseur en cliënt, vooral de 'deskundigheid' van en de wijze waarop de cliënt door de indicatieadviseur tegemoet wordt getreden ('een correcte bejegening') van groot belang. De informatie die in deze fase belangrijk is, zou zich naar de mening van de sleutelpersonen, vooral moeten richten op vraagverheldering, het geven van een toelichting op de procedure die de RIO's volgen bij de afhandeling van de indicatiestelling en de rechten die cliënten daarbij hebben. Opgemerkt wordt dat de uitdaging voor de RIO's en RIO-medewerkers ligt in het 'meer vraag-gestuurd leren denken', waarbij niet het aanbod bepalend is voor het indicatieadvies maar meer functiegericht wordt ingespeeld op de zorgvraag van de cliënt. Het indicatieadvies zelf moet, naar de mening van de geraadpleegde sleutelpersonen, vooral ook duidelijk maken dat het gaat om het 'advies' en niet om een definitieve toewijzing vanuit een zorginstelling.

Tenslotte werd in de gesprekken met de sleutelfiguren expliciet aandacht gevraagd voor een aantal punten die vooral betrekking hebben op de wijze waarop de RIO's zijn georganiseerd en het takenpakket dat zij vervullen. Deze opmerkingen betroffen de telefonische en fysieke toegankelijk van de RIO's, de mogelijkheden voor een afwijkend traject als er sprake is van bij spoed of van kortdurende, eenvoudige, gemandateerde zorg, de mogelijkheden om bezwaarprocedures (of op dit moment: heroverwegingen) zo onafhankelijk mogelijk te laten zijn en aandacht voor het ontbreken van een uniforme werkwijze bij de RIO's waardoor bij cliënten gemakkelijk een beeld van rechtsongelijkheid kan ontstaan.

### 4.3 De groepsbijeenkomsten en concept-mapping

Op basis van de resultaten van de acht gesprekken met sleutelpersonen, zijn vijf groepsbijeenkomsten georganiseerd voor personen die direct betrokken zijn bij de indicatiestelling door RIO's. Drie groepen bestonden uit cliënten die zelf (of als bijvoorbeeld mantelzorger) recent te maken hadden gehad met een indicatiestelling door het RIO. De twee andere groepen bestonden uit vertegenwoordigers van cliënten- en patiëntenorganisaties en uit personen die beroepsmatig betrokken zijn bij de indicatiestelling door RIO's (indicatieadviseurs, kwaliteitsfunctionarissen van zorginstellingen, gespecialiseerde verpleegkundigen, vertegenwoordigers van zorgkantoren). Doel van de groepsbijeenkomsten was het genereren van zoveel mogelijk kwaliteitscriteria die te maken hebben met het begrip 'kwaliteit van indicatiestelling vanuit cliëntenperspectief'. Aan deze groeps gesprekken werd deelgenomen door in totaal 45 personen (20 cliënten, 13 cliëntvertegenwoordigers en 12 vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren). Alle groeps gesprekken zijn op band opgenomen. Aan de hand van deze bandopnamen zijn uit de ruim 10 uur gesprekstijd 374 verschillende kwaliteitscriteria gefilterd, waarvan de meeste ook daadwerkelijk betrekking hadden op de kwaliteit van de RIO-indicatiestelling vanuit cliëntenperspectief.

De kwaliteitscriteria die tijdens de groepsbijeenkomsten zijn genoemd hebben betrekking op de vier stadia van de indicatiestelling: (1) de aanvraag voor een indicatiestelling, (2) de tijd tussen aanvraag en het indicatiegesprek, (3) het indicatiegesprek, en (4) het indicatieadvies. Tevens werd categorie (5) 'algemeen' toegevoegd, voor aspecten die buiten de vier stadia vielen. In relatie tot de aanvraag voor een indicatiestelling werd in de groeps gesprekken vooral aandacht gevraagd voor een goede bereikbaarheid van en bekendheid met het RIO, een nette en correcte afhandeling van de aanvraag en informatie met betrekking tot de vervolprocedure (Hoe snel gaat het? Mag er iemand anders bij het indicatiegesprek aanwezig zijn? Wat moet ik klaar hebben liggen?). Zowel het in behandeling nemen van de aanvraag als de afspraak voor het indicatiegesprek wil men graag schriftelijk bevestigd zien, waarbij voor wat betreft het tijdstip van het gesprek rekening wordt gehouden met de (on)mogelijkheden van de cliënt.

Veel van de 374 genoemde kwaliteitscriteria hebben betrekking op de gang van zaken tijdens het indicatiegesprek. Daarbij gaat het vooral om aspecten die te maken hebben met de bejegening door de indicatieadviseur (vriendelijkheid, serieus genomen worden, respect, goed luisteren, voldoende tijd, persoonlijke aandacht) en om aspecten die te maken hebben met het zelfbeschikkingsrecht van cliënten (betrokken worden bij beslissingen, kenbaar mogen maken van wensen, vragen naar en rekening houden met persoonlijke omstandigheden). Daarnaast werd er een groot aantal kwaliteitscriteria genoemd die te maken hebben met de professionele deskundigheid van de indicatieadviseur. Van een goede indicatieadviseur wordt verwacht dat hij/zij met de grootst mogelijke zorgvuldigheid te werk gaat, rekening houdt met bijzondere omstandigheden waarin de cliënt verkeert en bijvoorbeeld kennis heeft van een aantal vaak voorkomende aandoeningen en de aard van deze aandoeningen laat meewegen in het indicatiegesprek. En, gelet op de indicering voor Wvg-voorziening, goede kennis heeft van de mogelijkheden tot woningaanpassing en andere voorzieningen die een zelfstandig verblijf thuis makkelijker maken. Tenslotte werd tijdens de groepsbijeenkomsten nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de (voor veel cliënten onduidelijke) rol van mantelzorgers en de invloed die de beschikbaarheid van mantelzorg heeft op de inhoud van het indicatieadvies, alsmede voor een goede toelichting over de procedure na het indicatiegesprek. Voorafgaand aan het indicatieadvies zouden sommige cliënten graag een voorstel ontvangen en hierover van gedachten wisselen met de indicatieadviseur of hun (vaste) contactpersoon bij het RIO. Van het indicatieadvies zelf wil men graag, binnen vier weken na het indicatiegesprek, een kopie of afschrift ontvangen. Tevens wil men geïnformeerd worden over de verdere gang van zaken en de mogelijkheid om bezwaar of beroep aan te tekenen tegen het indicatieadvies.

Alle 374 verschillende kwaliteitscriteria zijn beoordeeld voor wat betreft hun inhoud en een selectie van de 73 criteria is vervolgens als onderdeel van vier concept mapping-bijeenkomsten voorgelegd aan 36 beoordelaars (drie groepen cliënten en een gecombineerde groep cliëntvertegenwoordigers/vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren). Selectiecriteria voor deze 73 aspecten waren: de mate van overlap voor wat betreft de formulering, het aantal keer dat een bepaald aspect in de groepsbijeenkomsten werd genoemd, de spreiding van de verschillende aspecten over de fasen van de indicatiestelling en de mate waarin op basis van het betreffende aspect kwaliteitsbeleid mogelijk is.

Uit de resultaten van de concept mapping-procedures blijkt dat de oplossing, waarbij kwaliteitscriteria worden gekoppeld aan de vier fasen van de indicatiestelling, in overeenstemming is met het beeld dat cliënten van RIO's hebben als het gaat om de kwaliteit van de indicatiestelling. Er werd een oplossing met 7 clusters gevonden. Daarnaast konden, op basis

van een prioritering naar belang, alle 73 kwaliteitsaspecten van een belangscore worden voorzien. Een dergelijke belangscore kan een hulpmiddel zijn bij de selectie van kwaliteitscriteria ten behoeve van de volgende fase van het onderzoek. De belangscores voor de 73 kwaliteitscriteria die in deze (kwalitatieve) fase zijn beoordeeld variëren van 1.6 ('relatief onbelangrijk') tot 4.2 ('erg belangrijk'). Vergelijking van de uitkomsten van de concept mapping-procedure voor de drie subgroepen (cliënten, cliëntenvertegenwoordigers, personen die beroepsmatig met RIO's te maken hebben) leert dat de onderlinge verschillen in de toekenning van belangscores tussen de groepen klein zijn.

#### 4.4 Conclusies

Op basis van deze kwalitatieve verkenning is een indruk verkregen van wat cliënten belangrijk vinden als het gaat om een goede indicatiestelling die door RIO's verricht wordt. Daarnaast kan de informatie gebruikt worden om in globale zin richting te geven aan nieuw beleid gericht op kwaliteitsverbetering. Een feitelijk oordeel over de indicatiestelling kan niet aan dit onderzoek ontleend worden; immers feitelijke ervaringen met betrekking tot de indicatiestelling zoals die op dit moment door de RIO's wordt verricht zijn nog niet geïnventariseerd.

Het antwoord op de eerste vraagstelling; "wat vinden RIO-clieënten belangrijk als het gaat om een goede indicatiestelling", kan gevonden worden in een 73-tal kwaliteitsaspecten, die volgens cliënten en cliëntvertegenwoordigers het best gegroepeerd konden worden in 7 clusters. Wanneer de gemiddelde belangscores per cluster met elkaar vergeleken worden, hebben de clusters (1) procedure van de indicatiestelling, (2) bejegening en deskundigheid, en (3) indicatieadvies de hoogste prioriteit. Daarop volgen de dimensies (4) berichtgeving door het RIO, (5) huisbezoek, (6) informatie tijdens indicatiegesprek en (7) procedure van het indicatiegesprek.

Het antwoord op de tweede vraagstelling; "waaraan zou volgens RIO-clieënten in het kwaliteitsbeleid van RIO's aandacht besteed moeten worden", zou eveneens gevonden moeten worden in de 73 kwaliteitsaspecten vanuit cliëntenperspectief. Deze aspecten kunnen als richtlijn fungeren in het kwaliteitsbeleid van RIO's. Tevens kunnen de uitkomsten van dit inventarisatie onderzoek vertaald worden naar vijf aandachtspunten.

- 1 Van alle genoemde aspecten is de procedures die de RIO's hanteren het belangrijkste onderwerp als het gaat om goede kwaliteit van de indicatiestelling. Het RIO zou zeer zorgvuldig met de aanvraag van de cliënt om moeten gaan en zich aan de afspraken moeten houden. Spoedaanvragen zouden binnen 48 uur geregeld moeten zijn, met een indicatie achteraf. In alle groepen werd het belang van een vast contactpersoon zeer gewaardeerd. Ook andere procedurele aspecten werden als belangrijk gezien. Cliënten vonden dat het gehele indicatietraject, vanaf de aanvraag tot en met het indicatieadvies in 4 weken afgehandeld moest kunnen zijn. De wettelijke termijn is echter 6 weken. In het indicatietraject wordt tevens veel waarde gehecht aan de berichtgeving naar de cliënt toe. De procedure van aanvraag tot en met het indicatieadvies zou er als volgt uit moeten zien: Er werd vastgesteld dat de aanvrager binnen twee werkdagen een bevestiging van de aanvraag moet krijgen. Twee weken is een acceptabele wachttijd tussen aanvraag en indicatiegesprek. De indicatieadviseur geeft aan het eind van het gesprek een inschatting over aantal uren zorg of soort voorzieningen, waarvoor de cliënt in aanmerking komt.



Een nieuw punt dat genoemd werd en dat op dit moment nog niet tot de RIO-procedures behoort, was dat cliënten binnen 14 dagen na het indicatiegesprek graag een voorstel van het indicatieadvies zouden willen hebben, waarin duidelijk vermeld staat waar de cliënt voor geïndiceerd is, waar de cliënt recht op heeft en wat de mate van urgentie is. Hierover kan alvorens het een definitief advies wordt van gedachten gewisseld worden met de indicatieadviseur. Dit voorkomt een mogelijke lange bezwaarschrift (heroverweging) procedure en een vertraging op het verkrijgen van zorg. Een nadeel van het 'voorstel' is dat het een vertragende werking van de indicatieprocedure tot gevolg zal kunnen hebben: Cliënten moeten langer op het indicatieadvies wachten, en daarmee langer op zorg of voorzieningen.

Het indicatieadvies zou meteen doorgestuurd moeten worden naar de desbetreffende instantie die er mee aan de slag moet. Na de afhandeling van het indicatieadvies geeft de contactpersoon de cliënt door aan de volgende contactpersoon in het zorgtraject, bijvoorbeeld iemand van het zorgkantoor of verpleeghuis, en meldt dit aan de cliënt.

- 2 Bejegening en deskundigheid waren veel besproken onderwerpen tijdens de groepsbijeenkomsten. Het is belangrijk dat de cliënt de mogelijkheid en de ruimte krijgt om zijn wensen aan te geven. De ene cliënt heeft daarin meer ruimte nodig dan de andere. De indicatieadviseur zal volgens de cliënten daarom ook goed en zonder vooroordeel moeten luisteren. De cliënt mag niks opgedrongen worden. Vanzelfsprekend moet de cliënt vriendelijk te woord gestaan worden. Respect en interesse in de situatie van de cliënt stonden ook hoog op de verlanglijst van cliënten. Natuurlijk is ook de deskundigheid van de indicatieadviseur van groot belang volgens de deelnemers. In de vijf groepen werd bijvoorbeeld genoemd dat de indicatieadviseur oog moet hebben voor de persoonlijke omstandigheden van de cliënt, zoals leeftijd en de lichamelijke gesteldheid. Ook vonden de deelnemers dat de indicatieadviseur specifieke kennis van achtergronden van de aandoening zou moeten hebben, zoals multipale sclerose en andere (chronische) ziektes en daarnaast aandacht voor psychologische problematiek als veiligheid en angst zou moeten hebben. Wat voorzieningen en woningaanpassingen betrof, vonden de deelnemers dat een indicatieadviseur over voldoende technische kennis zou moeten beschikken om een oordeel te kunnen geven.
- 3 Een derde punt wat door cliënten als zeer belangrijk werd geacht is de inhoud van het indicatieadvies. Geconcludeerd kan worden is dat dat de inhoud van het indicatieadvies duidelijk leesbaar en begrijpelijk moet zijn voor (oudere) cliënten. In het indicatieadvies zou duidelijk vermeld moeten staan waar de cliënt recht op heeft (bijvoorbeeld het netto aantal uren zorg), waarvoor hij geïndiceerd is en wat de mate van urgentie is. Tevens was het zeer belangrijk dat de overweging van de indicatieadviseur in het indicatieadvies vermeld zou staan.
- 4 Een vierde onderwerp wat naar mening van de RIO-clieënten onlosmakelijk is verbonden met een goede kwaliteit van de indicatiestelling betreft de informatievoorziening naar de cliënten en het zorgen voor naamsbekendheid door middel van foldermateriaal. Informatie over wat de indicatiestelling inhoudt en wat er met het indicatieadvies gebeurt werd van groot belang geacht. Vooral het feit dat een advies niet betekent dat een cliënt meteen hulp kan krijgen, zou duidelijk gemaakt moeten worden. De cliënt zou de mogelijkheid moeten krijgen te kiezen waar hij wat meer informatie over zou willen hebben, bijvoorbeeld aan de hand van een checklist. In ieder geval zou de indicatieadviseur niet alleen de mogelijkheid van bezwaarschrift tegen het advies of second opinion aan moeten geven, maar ook de

mogelijkheid van vervolging bij veranderende omstandigheden. Voor veel cliënten is onduidelijk hoe je aan hulp kunt komen, of hoe je een aanvraag voor een verpleeghuis zou moeten doen. De oplossing om de mensen bekend te maken met het RIO, is een folder waarin in heldere taal vermeld staat wat een RIO is en wat de cliënt moet doen om hulp aan te vragen. Deze folders zouden bij huisartsen, in ziekenhuizen, zorgcentra, bibliotheken en op andere relevante plaatsen moeten liggen.

- 5 Een vijfde punt was dat het indicatiegesprek in principe thuis gedaan zou moeten worden en dat de familie en naasten (mantelzorg) van de cliënt betrokken zouden moeten worden. Bij het huisbezoek is het van belang dat de indicatieadviseur nogmaals uitlegt wat hij komt doen en wat de rechten van de cliënt en mantelzorg zijn. Een indicatieadviseur zou in staat moeten zijn om in te schatten in hoeverre de mantelzorg de situatie nog aan zou kunnen en of ze niet teveel belast worden. De indicatieadviseur moet de partner, familie en naasten buiten beschouwing laten in het indicatieadvies. Dat betekent dat er alleen gekeken wordt wat de cliënt aan hulp nodig heeft. Daarna kan er aan de familie van de cliënt gevraagd worden wat hij kan en wil bijdragen in de zorg. In ieder geval zouden belangrijke beslissingen in overleg met cliënt en familie genomen moeten worden.

#### 4.5 Vervolgonderzoek

De resultaten van deze inventarisatie vormen het uitgangspunt bij de ontwikkeling van een vragenlijst voor het in kwantitatieve zin meten van goede kwaliteit van indicatiestellen. Met behulp van een vragenlijst kan inzicht worden verkregen in de mate waarin de feitelijke ervaring met de indicatiestelling, die door RIO's verricht wordt, aansluit bij de wensen van RIO-clieñten. Op basis van de vragenlijst komen specifieke punten rond de indicatiestelling naar voren die volgens cliënten verbeterd kunnen worden. Na het valideren en het vaststellen van de betrouwbaarheid van de vragenlijst kan cliëntenraadpleging met behulp van dit instrument deel uit maken van het kwaliteitsbeleid van RIO's.

De inventarisatie van kwaliteitsaspecten vormt in feite een eerste stap van een proces dat moet resulteren in de ontwikkeling en verdere toepassing van een valide, betrouwbaar en praktisch bruikbaar meetinstrument voor kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's, vanuit het perspectief van RIO-clieñten. Logische volgende stappen in het ontwikkelingsproces van het meetinstrument zijn:

- Stap 1: Het op basis van de voorlopige lijst kwaliteitsaspecten selecteren van die aspecten die verder zullen worden uitgetest. Selectiecriteria wat dit betreft zijn: (1) de mate waarin de verschillende kwaliteitsaspecten in de verschillende dimensies van 'kwaliteit van de indicatiestelling' vertegenwoordigd zijn, (2) de verdeling generieke en indicatiestelling-specifieke aspecten, (3) de mate waarin afzonderlijke kwaliteitsaspecten kunnen worden ingepast in het kwaliteitsbeleid van (afzonderlijke) RIO's, (4) de mate waarin aspecten betrekking hebben op de RIO-organisatie of aan individuele RIO-medewerkers gebonden zijn, en (5) de toepasbaarheid van concreet beleid gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging.

- Stap 2: Het opstellen en het in kwantitatieve zin uittesten van het meetinstrument onder 3 groepen RIO-cliënten met een indicatie voor (1) thuiszorg, (2) verpleeg- of verzorgingshuis, en (3) Wvg-voorzieningen, bij 4 verschillende RIO's. De resultaten van deze empirische test kunnen een basis vormen voor een plan voor (verdere) kwaliteitsverbetering.
- Stap 3: Bijstelling van het meetinstrument op basis van psychometrische analyses en aanvullende suggesties van cliënten.
- Stap 4: Presentatie van het 'definitieve' meetinstrument inclusief de procedure voor verdere toepassing.
- Stap 5: Implementatie van het definitieve meetinstrument in trajecten voor benchmarking en kwaliteitsverbetering (van een substantieel deel) van de RIO's.

Na implementatie van het meetinstrument dient regelmatig (bijvoorbeeld eens in de drie jaar) te worden nagegaan of het instrument nog 'up-to-date' is. Nieuwe ontwikkelingen in de organisatiestructuur van RIO's kunnen aanleiding zijn voor de opname van nieuwe kwaliteitsaspecten. Tevens verliezen aspecten waar bij herhaling is vastgesteld dat de kwaliteit optimaal is hun zeggingskracht en zouden na verloop van tijd kunnen worden vervangen.

#### 4.6 Kanttekeningen bij het onderzoek

Ten slotte enkele laatste kanttekeningen bij het onderzoek. Het doel van de prioritering van kwaliteitsaspecten was inzicht te krijgen in het relatieve belang van de kwaliteitsaspecten. In de volgende fase van het onderzoek, de ontwikkeling van het meetinstrument, zou inclusie van kwaliteitsaspecten deels berusten op de gemiddelde belangsscores. De belangsscores zijn echter gebaseerd op de oordelen van slechts 15 cliënten en 12 cliëntvertegenwoordigers. Hierdoor hebben de resultaten van de prioritering een beperkte waarde. Tevens kon door het kleine aantal cliënten in de concept mapping-bijeenkomsten geen onderscheid gemaakt worden in indicatiegroepen. Dit heeft tot gevolg dat het verstandig lijkt om in de eerste versie van de vragenlijst wat meer kwaliteitsaspecten op te nemen dan oorspronkelijk de bedoeling was.

Een tweede kanttekening kan geplaatst worden bij de methode van het verzamelen van kwaliteitsaspecten onder RIO-cliënten door middel van groepsbijeenkomsten. Daartoe werd in drie verschillende regio's elk drie RIO's gevraagd mee te werken voor werving van cliënten. Deze RIO's waren verspreid over stad en platteland. Er werd gekozen voor het creëren van drie homogene groepen cliënten, namelijk cliënten met een indicatie voor (1) thuiszorg, (2) verpleeg- en verzorgingshuis en (3) Wvg-voorziening. Voor deze groepering naar indicatie werd gekozen omdat vermoed werd dat wanneer cliënten met verschillende indicaties met elkaar zouden moeten discussiëren, dat bepaalde gedeeltes in de discussie niet voor iedereen relevant zou zijn. Dit had als nadeel dat we bijvoorbeeld in het randstedelijk gebied slechts meningen en wensen van RIO-cliënten met een Wvg-indicatie gehoord hebben. In het plattelandgebied zijn slechts meningen van RIO-cliënten met een indicatie voor een verpleeg- en/of verzorgingshuis gehoord. En in de laatste regio zijn cliënten met een thuiszorg-indicatie gehoord. Dit kon echter opgevangen worden door het verbreden van het cliëntenperspectief in het algemeen, met behulp van een groepsbijeenkomst voor cliëntvertegenwoordigers die uit verschillende regio's in

Nederland afkomstig waren, zodat een stabiel beeld van de kwaliteitsaspecten gevormd kon worden. In hoeverre hierdoor een vertekening in de resultaten is ontstaan kan worden uitgezocht aan de hand van een kwantitatieve vervolgstudie.

## Literatuur

- Batalden PB, Nelson EC. *Hospital quality: patient, physician and employee judgments*. International Journal of Quality Assurance 1991; 3: 7-17.
- BIO (Breed Indicatie Overleg). *Modelprotocol geïntegreerde indicatiestelling voor het terrein van wonen, welzijn en zorg*. Gouda, BIO, 1997.
- Donabedian A, 1988. *The quality of care. How can it be assessed?* Journal of the American Medical Association 1988; 260 (2): 1743-1748.
- Keessen C, Vooy's C. *Zorg aangevraagd? Onderzoeksrapport naar ervaringen van cliënten met de Regionale Indicatie Organen Zuid- en Midden Kennemerland*. IJmuiden, 2001.
- Ministerie van VWS. *Notitie ketenbenadering, sector V&V*. Den Haag: Min. VWS, 2001.
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv)/Talcott BV. *Handboek concept mapping met Ariadne: Beslissingsondersteuning voor groepen*. Utrecht, 1995.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. *Algemene Kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Utrecht, 1996.
- Potts MK, Mazucca SA, Brandt KD. *Views of patients and physicians regarding the importance of various aspects of arthritis treatment: correlations with health status and patient satisfaction*. Patient Education and Counseling 1986; 8: 125-134.
- RPCP Z-O Brabant. *Indicatie of irritatie? Resultaten van de RIO meldweek over ervaringen van cliënten met de drie RIO's van Z-O Brabant*. 2001.
- Schrijvers AJP, Heinsbroek NQM. *Veel op het spel; over het hoe en waarom van verbreding van geïntegreerde indicatiestelling voor mensen met een functiebeperking*. Utrecht, Stichting Dienstverleners Gehandicapten, 1998.
- SGBO. *Kosten van thuiszorgindicaties; een onderzoek naar de begrotingen van Regionale Indicatie-organen*. Den Haag, SGBO, 1999.
- SGBO. *Werkwijze van Regionale Indicatie-organen; onderzoek onder 7 RIO's*. Den Haag, SGBO, 2000.
- Sixma HJ, van Campen C, Kerssens JJ, Peters L. *De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten*. Utrecht, Nivel/NWO/VWS, 1998a.
- Smith CH, Armstrong D. *Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services*. British Medical Journal 1989; 299: 494-496.

STIP. *Informatiebulletin nr. 5*. Enschede, STIP, 1999.

STIP. *Informatiebulletin nr. 1 +2*. Enschede, STIP, 2000.

Trochin WMK. *The Concept System*. New York: Concept Systems inc., 1991.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Zicht op Zorg; plan van aanpak modernisering AWBZ*. Kamerstukken 26.631. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1998-1999.

Waal MAE, Lako CJ, Casparie AF. *Voorkeuren voor aspecten van zorg met betrekking tot de kwaliteit: een onderzoek bij specialisten en bij patiënten met een chronische aandoening*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1993.

Wezel, van, P. *Niet(s) gehoord: Resultaten van de meldweek voor ervaringen van cliënten van Loket 1*. IKG Utrecht, 2000.

## Bijlage 1 Sleutelpersonen

De volgende acht sleutelpersonen werkten mee aan het onderzoek:

Mevr. H. Cliteur	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad), Utrecht
Dhr. H. Hartogs	namens ANBO: Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenbonden, Utrecht
Mevr. C. Havermans	RIO Westelijk Noord Brabant, Wouw
Mevr. Z. van Klinken	Landelijke Organisatie van Thuisverzorgers (LOT), Bunnik
Mevr. B. Kooij	Per Saldo, Utrecht
Dhr. G. Rutten	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Bunnik
Mevr. Schippers	Federatie voor Blinden en Slechtzienden, Utrecht
Mevr. T. van Sprundel	Arcares, Utrecht





## Bijlage 2 Cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen zorgkantoren

Onze dank gaat uit naar de zes RIO's die hun cliënten aangeschreven hebben om mee te doen aan de groepsbijeenkomsten en naar alle cliënten die meegewerkt hebben aan het onderzoek voor hun waardevolle inbreng. Wegens anonimiteit zullen cliënten niet bij name genoemd worden. Deze RIO's zullen eveneens wegens anonimiteit niet genoemd worden, alsmede om te voorkomen dat de indruk ontstaat dat deze RIO's getoetst werden. Tevens gaat onze dank uit naar de cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren voor hun waardevolle aanvulling op het cliëntenperspectief.

### Cliëntvertegenwoordigers:

Mevr. I. Buurman	RPCP Den Haag, Den Haag
Dhr. J. Cronenberg	Parkinson Patiëntenvereniging, Bunnik
Dhr. B. Cusveller	Lindenboominstituut, Ede
Dhr. J. Feenstra	RPCP Zwolle, Zwolle
Mevr. E. Hertenberg	Patiënten en Gehandicapten Platform Midden Holland, Gouda
Mevr. N. van 't Hof-Mennink	MS-vereniging Nederland, Den Haag
Mevr. M. Jansma	namens Unie KBO: Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenbonden, 's-Hertogensbosch
Mevr. E. Kranendonk	RPCP Rijnmond, Rotterdam
Mevr. C. Molenaar	PPCP Utrecht, Utrecht
Dhr. H. van Nassau	Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg Tilburg, Tilburg
Dhr. K. van Opstal	PPCP Noord-Brabant, Tilburg
Mevr. A. Saers	Per Saldo, Utrecht
Mevr. M. Schlüter	Stichting Josh, Utrecht
Mevr. I. Schut	Protestants Christelijke Ouderen Bond, Zwolle
Mevr. Y. Steemers	Noord Hollandse Patiënten consumenten Platforms, Haarlem
Mevr. Y. Thomassen	PPCP Noord-Brabant, Tilburg
Mevr. T. van Werven	RPCP Den Haag, Den Haag

### Vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren:

Dhr. M. van Asten	Woningaanpassingen Gemeente Utrecht, Utrecht
Mevr. L. Boesveld	Loket 1, Utrecht
Mevr. M. van Brederode	Van Brederode Aanpassingsdeskundigen, Goirle
Mevr. M. Buenting	RIO Nijmegen, Nijmegen
Dhr. F. van der Chijs	Van Brederode Aanpassingsdeskundigen, Goirle
Mevr. M. Donkers	Verpleeghuis de Wilbert, Katwijk
Mevr. T. Gelderman	RIO Nijmegen, Nijmegen
Mevr. T. van Helmond	Zorgkantoor Midden Brabant (VGZ), Eindhoven
Mevr. J. Hendrik	Verzorgingshuis Tiel, Tiel
Dhr. A. Hettinga	Zorg en Welzijngroep, Spijkenisse
Mevr. N. Kerkstra	Amsterdam Thuiszorg, afdeling Indicatie, Amsterdam
Mevr. A. Vrij	Zorg en Welzijngroep, Spijkenisse



## Bijlage 3 Achtergrondgegevens van deelnemers van groepsbijeenkomsten

Aan de deelnemers van de groepsbijeenkomsten en concept mapping-bijeenkomsten werd gevraagd naar enige achtergrondgegevens. In de onderstaande drie tabellen zijn achtergrondgegevens te vinden van respectievelijk a. cliënten-groepsbijeenkomsten, b. cliënten concept-mapping en c. vertegenwoordigers concept-mapping.

Tabel B3.1 Achtergrondgegevens van cliënten-groepsbijeenkomsten

	Wvg	thuiszorg	verpleeg-/verzorgingshuis
aantal cliënten	6	7	7
geslacht:			
man	3		2
vrouw	3	7	5
leeftijd:			
36-40	1	1	
41-50		1	
51-60		1	2
61-70		1	1
71-80	3	2	1
81-85	1		2
85+	1	1	1
indicatie(-aanvraag)	woning met zorg woningaanpassing rolstoel-fiets scootmobiel taxivergoeding aanleunflat/badlift	ggz verpleging (3) verzorging (3) huishoudelijke hulp (3) alfahulp PGB (2)	verzorgingshuis (4) verpleeghuis revalidatie thuiszorg PGB

Tabel B3.2 Achtergrondgegevens cliënten concept mapping-bijeenkomsten

	Wvg	thuiszorg	verpleeg-/verzorgingshuis
<b>aantal cliënten</b>	8	4	4
<b>geslacht</b>			
man	3		1
vrouw	5	4	3
<b>leeftijd</b>			
36-40	1		
41-50		2	
51-60	1		1
61-70	1	1	2
71-80	3	1	
81-85	2		1
85+			
<b>opleiding</b>			
lager onderwijs	3	1	1
middelbaar onderwijs	2	2	3
hoger onderwijs			
HBO/universitair	3	1	

Tabel B3.3 Achtergrondgegevens concept mapping-bijeenkomst vertegenwoordigers

	cliëntvertegenwoordigers	vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren
<b>aantal deelnemers</b>	12	11
<b>geslacht</b>		
man	4	3
vrouw	8	8
<b>leeftijd</b>		
30-35	3	
36-40		1
41-45	2	1
46-50	3	2
51-55	3	4
56-60		2
61-70	1	
<b>opleiding</b>		
middelbaar onderwijs		1
hoger onderwijs	2	2
HBO/universitair	10	7



## Bijlage 4 Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

De 374 uitspraken, die in de groepsbijeenkomsten gedaan zijn, zijn door twee onderzoekers beoordeeld en geselecteerd. Hieruit zijn 73 kwaliteitscriteria gefilterd die in de onderstaande tabel vermeld staan. De kwaliteitscriteria zijn gerangschikt naar belang en voorzien van een belangscore. Om het cliëntenperspectief te waarborgen zijn in deze tabel slechts de scores vermeld die door **cliënten** en **cliëntvertegenwoordigers** in de concept mapping-bijeenkomsten werden toegekend. De scores van vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren worden hier buiten beschouwing gelaten.

Tabel B4.1 Kwaliteitsaspecten geordend naar belang

rangnr.	itemnr.	kwaliteitsaspecten	belangscore
1	60	Het indicatieadvies gebeurt altijd in overleg met de cliënt	4.19
2	27	De cliënt krijgt de mogelijkheid om zijn wensen aan te geven	4.00
3	51	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld waar de cliënt recht op heeft	3.85
4	52	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld waar de cliënt voor geïndiceerd is	3.85
5	73	De indicatieadviseur neemt voldoende tijd voor het indicatiegesprek	3.79
6	12	De indicatieadviseur luistert goed en zonder vooroordeel	3.77
7	62	Er worden duidelijke afspraken gemaakt over het vervolg van de indicatiestelling	3.74
8	75	De cliënt ontvangt 14 dagen na het indicatiegesprek een voorstel over de zorg waar cliënt recht op zal hebben, zodat cliënt met indicatieadviseur hierover van gedachten kan wisselen	3.73
9	4	Een spoedaanvraag wordt binnen 48 uur geregeld	3.67
10	2	De cliënt krijgt een vast contactpersoon en zijn/haar telefoonnummer	3.63
11	67	Het indicatieadvies wordt <b>meteen</b> doorgegeven aan de instantie die er mee aan de slag moet	3.59
12	63	De indicatieadviseur spreekt in begrijpelijke taal	3.56
13	49	Het RIO houdt zich aan afspraken	3.48
14	70	De indicatieadviseur neemt in overleg met cliënt en familie beslissingen	3.48
15	14	De indicatieadviseur toont respect en laat mensen in hun waarde	3.44
16	30	De rechten van de cliënt worden in het indicatiegesprek duidelijk gemaakt	3.44
17	20	Het RIO gaat zorgvuldig met de aanvraag van de cliënt om	3.42
18	66	De indicatieadviseur toont interesse in de situatie van de cliënt	3.41
19	65	De cliënt wordt vriendelijk te woord gestaan	3.38
20	21	Binnen 48 uur krijgt de aanvrager een bevestiging en informatie over de te volgen procedure	3.37

- vervolg -

- vervolg tabel B4.1 -

rangnr.	itemnr.	kwaliteitsaspecten	belangscore
21	38	De indicatieadviseur houdt rekening met belasting van familie/naasten van cliënten	3.35
22	48	De indicatieadviseur geeft mogelijkheid van vervolgingindicatie aan bij veranderende omstandigheden van de cliënt	3.33
23	53	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld wat de mate van urgentie is	3.33
24	3	Het indicatiegesprek vindt binnen 2 weken na aanvraag plaats	3.30
25	18	Het indicatieadvies geeft inzicht in de mate van urgentie van mijn aanvraag	3.30
26	19	De indicatieadviseur heeft specifieke kennis van persoonlijke	3.30
27	24	omstandigheden van de cliënt	
		In de folder staat in heldere taal vermeld wat een RIO is en wat de cliënt	3.28
28	22	moet doen om hulp aan te vragen	
		Als de cliënt het RIO belt dan wordt hij persoonlijk te woord gestaan of hij	3.26
29	34	kan zijn telefoonnummer achter laten op een antwoordapparaat en wordt dezelfde dag nog teruggebeld	
		De indicatieadviseur gaat systematisch na wat de cliënt aan zorg nodig	3.26
30	36	heeft	
		De indicatieadviseur heeft specifieke deskundigheid over achtergronden van	3.26
31	45	de aandoening	
		De indicatieadviseur let op psychologische problematiek	3.26
32	47	De cliënt mag zijn voorkeur uitspreken voor een bepaald verpleeg- of verzorgingshuis	3.26
33	31	Er wordt de cliënt niets opgedrongen	3.22
34	8	De cliënt krijgt binnen 4 weken bericht over uitkomst indicatiegesprek (= indicatieadvies)	3.20
35	25	In de folder staat in heldere taal waar de cliënt recht op heeft	3.15
36	11	De indicatieadviseur geeft informatie over hoe de indicatiestelling in zijn werk gaat	3.12
37	58	De indicatieadviseur geeft uitleg over Persoonsgebonden Budget en zorg in natura	3.12
38	43	De brieven aan de cliënt worden in duidelijke en begrijpelijke taal opgesteld	3.11
39	28	Na de afhandeling van het indicatieadvies geeft de contactpersoon de cliënt door aan de volgende contactpersoon in het zorgtraject, en meldt dit aan de cliënt	3.08
40	35	De verwachte ontwikkeling in de toekomstige situatie van de cliënt wordt meegenomen in het indicatieadvies	3.07
41	15	De indicatieadviseur geeft uitleg over de doelstelling van het indicatiegesprek	3.04
42	41	De familie van de cliënt wordt betrokken in het indicatiegesprek	3.04
43	54	Een verslag van het huisbezoek wordt naar de cliënt gestuurd	3.04
44	13	De indicatieadviseur stelt de cliënt op zijn gemak	3.04

- vervolg -



- vervolg tabel B4.1 -

rangnr.	itemnr.	kwaliteitsaspecten	belangscore
45	50	In het indicatieadvies staat duidelijk vermeld wat de overweging van het advies was	3.00
46	69	De indicatieadviseur geeft alternatieven aan als de zorg niet geleverd kan worden	3.00
47	74	De indicatieadviseur geeft aan het eind van het gesprek zijn/haar inschatting over aantal uren zorg waar de cliënt recht op zal hebben	3.00
48	1	De indicatieadviseur houdt er rekening mee dat mijn lichamelijke gesteldheid kan veranderen	2.96
49	72	De indicatieadviseur houdt rekening met de cultuur en het geloof van de cliënt	2.93
50	46	De indicatieadviseur geeft de mogelijkheid van second opinion aan als de cliënt het oneens is met indicatieadvies	2.93
51	61	De indicatieadviseur komt altijd op afspraak bij de cliënt thuis	2.93
52	17	De indicatieadviseur geeft informatie over de mogelijkheden om bezwaar te maken tegen het indicatieadvies	2.92
53	23	Het indicatiegesprek wordt thuis gevoerd	2.92
54	59	Bij aanvraag wordt een duidelijke uitleg gegeven over het invullen van de formulieren	2.85
55	7	Bij aanvraag wordt aangegeven dat iemand anders bij het indicatiegesprek aanwezig mag zijn	2.84
56	26	In de folder staat de mogelijkheid van Persoonsgebonden Budget vermeld	2.84
57	42	Het indicatieadvies geeft informatie over het netto aantal uren zorg waar de cliënt recht op heeft	2.81
58	6	De indicatieadviseur is bereid te praten over dingen die mis zijn gegaan in het indicatietraject	2.74
59	55	Een kopie van het zorgdossier wordt aan de cliënt gegeven	2.74
60	39	De indicatieadviseur laat de partner, familie, naasten buiten beschouwing in het indicatieadvies	2.73
61	16	De indicatieadviseur geeft uitleg over de financiële consequenties van het indicatieadvies	2.69
62	56	De indicatieadviseur geeft een overzicht aan van zorgvoorzieningen binnen de regio	2.65
63	40	Er wordt aan de familie van de cliënt gevraagd wat ze <b>kunnen</b> en <b>willen</b> bijdragen in de zorg aan de cliënt	2.60
64	71	Het wordt de cliënt duidelijk gemaakt wat hij/zij klaar moet hebben liggen voordat de indicatieadviseur langskomt	2.57
65	57	De indicatieadviseur vertelt dat de zorg waar de cliënt recht op heft niet altijd geleverd kan worden	2.50
66	5	De huisarts kan bij indicatiestelling betrokken worden	2.44
67	9	De indicatieadviseur geeft informatie over mogelijkheden van overbruggingszorg	2.44
68	64	De indicatieadviseur heeft technische kennis van woningaanpassingen	2.42

- vervolg -

- vervolg tabel B4.1 -

rangnr.	itemnr.	kwaliteitsaspecten	belangscore
69	32	RIO-folders liggen bij huisartsen, in ziekenhuizen, zorgcentra, bibliotheken en andere relevante plaatsen	2.35
70	29	Met behulp van een checklist wordt nagegaan welke informatie de cliënt zou willen hebben	2.27
71	10	De indicatieadviseur vertelt dat bij de vaststelling van het indicatieadvies rekening wordt gehouden met hulp die de cliënt van familie en/of naasten krijgt	2.16
72	76	De indicatieadviseur legt uit hoe de klachtenprocedure in zijn werk gaat	1.86
73	68	De indicatieadviseur houdt in het indicatieadvies rekening met praktische gevolgen, zoals het verwijderen van een voorziening of woningaanpassing als die niet meer nodig is	1.56

## Bijlage 5      Uitspraken van deelnemers van de groepsbijeenkomsten

In deze bijlage volgt een overzicht van 374 uitspraken die in de verschillende groepsbijeenkomsten gedaan zijn: door cliënten met een Wvg-indicatie (105), cliënten met een thuiszorg-indicatie (57), cliënten met een indicatie voor een verpleeg- of verzorgingshuis (58), telefonische en schriftelijke commentaren van cliënten en naasten (22), cliëntvertegenwoordigers (73) en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren (59).

---

### Kwaliteitscriteria van cliënten met een Wvg-indicatie

---

#### Aanvraag (13 kwaliteitsaspecten)

- Het RIO zou aanvragen moeten behandelen die pas op lange termijn nodig zijn, bijvoorbeeld een plaats in een verzorgingshuis of een woning met zorg
- Bij de aanvraag wil ik een duidelijke uitleg over wat ik moet doen
- Ik krijg een telefoonnummer van een contactpersoon
- Ik wil wat hebben op het RIO, bijvoorbeeld door een contactpersoon
- Ik zal niet de dupe worden van zoekgeraakte aanvragen
- Zoekgeraakte aanvragen gaan voor
- Er wordt duidelijk gemaakt met wie je te maken krijgt vanaf het begin van de aanvraag tot en met het krijgen van de voorziening of hulp
- Ik krijg uitleg dat ik twee taxivergoedingen apart moet aanvragen binnen één gezin
- Er wordt mij uitgelegd wat er gebeurt na de aanvraag
- Mij is duidelijk met wie ik contact moet opnemen bij het RIO
- Simpele aanvragen moeten snel afgehandeld worden
- Mijn contactpersoon is bereikbaar
- Aanvragen worden zorgvuldig bewaard en verwerkt

#### Tussen aanvraag en indicatiegesprek (7 kwaliteitsaspecten)

- Ik krijg een duidelijke uitleg over het invullen van formulieren
- Ik krijg een informatie-folder over mogelijkheden en procedures
- Ik krijg informatie over het RIO met behulp van een folder
- Het RIO houdt er rekening mee dat er een spanningsveld in mij ontstaat door wachten
- Ik krijg een bevestiging van de aanvraag binnen 48 uur
- De indicatieadviseur komt altijd op afspraak bij de cliënt thuis
- De indicatieadviseur kondigt van te voren aan dat hij/zij langskomt

#### Indicatiegesprek (52 kwaliteitsaspecten)

##### *Bejegening*

- Ik wil een prettige, aardige en vriendelijke omgang met het RIO
- De indicatieadviseur toont begrip voor en interesse in mijn situatie

- Er worden mij geen dingen aangepraat
- Het indicatieadvies gebeurt altijd in overleg met mij
- Het contact met de indicatieadviseur is prettig
- Het contact met het RIO geeft geen spanning
- Het contact met het RIO levert geen frustratie op
- De indicatieadviseur spreekt in begrijpelijke taal
- De indicatieadviseur heeft een actieve houding
- Er wordt goed naar mij geluisterd
- Ik wordt vriendelijk te woord gestaan
- Er wordt zonder vooroordeel naar me geluisterd
- Geen galgenhumor!
- Er wordt geluisterd naar mijn zorgen over de toekomst
- Zelf denken en doen wordt gewaardeerd
- Er wordt naar mijn tips geluisterd

#### *Informatie*

- De indicatieadviseur geeft informatie
- De indicatieadviseur legt uit wat er gebeurt na het indicatiegesprek
- De indicatieadviseur legt uit wat er gebeurt na het indicatieadvies
- Ik wil van te voren weten welke voorziening ze komen leveren
- Er worden duidelijke afspraken gemaakt over wat ik moet doen en wat gedaan wordt
- Er wordt met mij besproken waar het indicatieadvies op gebaseerd is
- Er wordt mij verteld welke overweging de indicatieadviseur had om tot dit besluit te komen
- Er wordt een duidelijke reden aangegeven waarom ik geen woning met zorg krijg
- Er wordt informatie gegeven over bezwaarschrift
- Er wordt duidelijk gemaakt hoe de bezwaarschrift-procedure werkt
- Ik wil duidelijkheid en informatie over mijn rechten
- Ik krijg een contactpersoon aan wie ik al mijn vragen kan stellen

#### *Deskundigheid*

- De indicatieadviseur vraagt dóór over mijn algehele situatie
- Er wordt naar mijn algehele situatie gekeken
- De indicatieadviseur gaat er niet vanuit gaan dat ik deskundig ben
- De indicatieadviseur is deskundig
- De indicatieadviseur heeft verstand van het verloop van mijn ziekte
- De indicatieadviseur werkt efficiënt
- De indicatieadviseur houdt rekening met de plaats waar het scoot-mobiel wordt neergezet en de gevolgen ervan, zoals plaatsing van een stopcontact
- De indicatieadviseur heeft technische kennis van woningaanpassingen
- Ik wordt goed onderzocht om te kijken of ik in aanmerking kom voor een woning met zorg
- Er wordt rekening gehouden met het aantal trappen dat ik op moet
- Er wordt gelet op de kosten van woningaanpassingen in vergelijking met het verhuizen naar een woning met zorg
- De indicatieadviseur heeft in de gaten dat 'ook al praat ik goed, mijn lichaam wil niet mee'
- Er wordt doorgevraagd over mijn gezondheid, bijvoorbeeld of ik meer operaties heb gehad
- Mijn leeftijd speelt een rol bij het in aanmerking komen voor zorg
- Er wordt vooruit gekeken
- Er wordt op de context gelet van waaruit ik spreek

- Er wordt gelet op wat ik vertel, zoals dat het doen van boodschappen te zwaar wordt
- De indicatieadviseur let op details van woningaanpassingen
- Er wordt gekeken naar wat er met me aan de hand is
- Er wordt rekening gehouden met praktische gevolgen, zoals het verwijderen van een voorziening of woningaanpassing als die niet meer nodig is
- Er wordt toekomstgericht gedacht
- Het hulpmiddel wat ik krijg toegewezen moet voor mij geschikt zijn
- De indicatieadviseur moet oog hebben voor de consequenties van het indicatieadvies

### *Mantelzorg*

#### **Indicatieadvies (14 kwaliteitsaspecten)**

- In het indicatieadvies wordt rekening gehouden met mijn leeftijd
- In het indicatieadvies wordt rekening gehouden met lichamelijk functioneren
- In het indicatieadvies wordt over woningaanpassingen of toekenning van een woning met zorg, als dat nodig is, de mening van de (huis)arts betrokken
- De beslissing van de dokter is belangrijk in het indicatieadvies
- Realisatie van de aanvraag binnen 6 weken
- Er wordt vastgelegd waar het indicatieadvies op gebaseerd is
- Er wordt een brief gestuurd waarin de overweging van de indicatieadviseur beschreven staat om tot dit besluit te komen
- Als ik het oneens ben met het indicatieadvies wordt extra nadruk gelegd op de uitleg
- Open staan voor mijn afwijzing van het indicatieadvies
- Het indicatieadvies wordt **meteen** doorgegeven aan de instantie die er mee aan de slag moet
- Het RIO zorgt voor een snelle afhandeling van aanvragen binnen de vastgestelde termijn van 6 weken
- Een 2<sup>e</sup> beste oplossing, bijvoorbeeld thuiszorg in plaats van naar het verpleeghuis, moet voldoende zijn Het indicatieadvies en de levering van de voorziening sluit op elkaar aan
- Ik krijg de kans het niet eens te zijn met het indicatieadvies en hoeft niet bang te zijn niets te krijgen

#### **Overige kwaliteitsaspecten (19 kwaliteitsaspecten)**

- Er wordt rekening gehouden met mijn veiligheid als ik zelf de (woning-)aanpassing doe, en een vergoeding van de gemaakte kosten wordt daarna overwogen
- Er wordt rekening gehouden met kostenbesparing als ik zelf de (woning-)aanpassing doe, en een vergoeding van de gemaakte kosten wordt daarna overwogen
- Het RIO zorgt voor snelle plaatsing van handgrepen zodat ik naar huis kan
- Het RIO zorgt voor snelle plaatsing van handgrepen zodat ik niet van de trap val
- Het RIO zorgt voor snelle toekenning van woningaanpassingen, zodat ik veilig thuis kan zijn
- Er wordt gestreefd naar zo weinig mogelijk wachttijden op de verschillende punten in het indicatietraject
- Het zorgtraject sluit zo goed mogelijk op elkaar aan
- Woningaanpassingen zoals trapliften worden niet zomaar weggegooid
- Post wordt meteen verstuurd en blijft niet liggen
- Gelijke rechten op zorg en woningaanpassingen in verschillende gemeentes in Nederland
- Levering van voorzieningen of woningaanpassingen worden aangekondigd

- Er wordt gezorgd voor verwijderen van oude scoot-mobiel die vervangen wordt door een nieuwe
- Er wordt op gelet dat de post naar het juiste adres gaat, bijv. naar de zoon of dochter van de cliënt
- Het RIO let op snelle en soepele afhandeling en frustreert de aanvrager niet
- Het RIO heeft een goede telefonische bereikbaarheid
- Het RIO zet zich extra in om hulp te zoeken, als deze er niet meteen is
- Het RIO zorgt voor een goede samenwerking met de instelling waarbij de hulp ingeschakeld wordt
- Het RIO maakt mij duidelijk met wie ik te maken heb
- Het RIO houdt rekening mee dat ik nog nooit iets gevraagd heb

---

### **Kwaliteitscriteria van cliënten met een thuiszorg-indicatie**

---

#### **Aanvraag (6 kwaliteitsaspecten)**

- Goede telefonische ontvangst
- Beslissing urgent/niet urgent moet als je in het ziekenhuis ligt voordat je naar huis gaat gedaan zijn, dus dan heeft de intake al plaatsgevonden
- Ruim voldoende tijd van te voren afspraak maken met de cliënt om langs te komen
- Tijdstip indicatiegesprek bepalen in overleg met de cliënt
- Cliënt moet kunnen bellen met vast contactpersoon

#### **Tussen aanvraag en indicatiegesprek (10 kwaliteitsaspecten)**

- De indicatieadviseur komt snel op huisbezoek
- Er zit een maximum van 2 weken tussen aanvraag en huisbezoek
- De cliënt krijgt een bevestiging van de aanvraag
- Van te voren aankondigen als de indicatieadviseur derden meeneemt naar het indicatiegesprek
- In de informatiefolder moet staan:
  - a wat een RIO doet en wat ze te bieden hebben,
  - b wat je klaar moet hebben liggen tijdens de indicatiegesprek; bijvoorbeeld administratieve zaken,
  - c de gedragscode van indicatieadviseurs, en
  - d dat mantelzorg wordt meegewogen. Folders liggen bij de huisarts
- Publiciteit geven aan RIO's in huis-aan-huis bladen/maandblad (eventueel)

#### **Indicatiegesprek (29 kwaliteitsaspecten)**

##### *Bejegening*

- Mensen mogen mondig zijn en hoeven niet bang te zijn om wat te zeggen
- De indicatieadviseur is niet bemoeiziek
- De indicatieadviseur stelt zichzelf voor
- De indicatieadviseur kijkt de cliënt aan tijdens het gesprek
- De indicatieadviseur mag geen dingen opleggen
- De indicatieadviseur mag niet dreigen of chanteren
- De indicatieadviseur behandelt de cliënt met respect

- De indicatieadviseur behandelt de cliënt als gelijke
- De indicatieadviseur neemt voldoende tijd
- De indicatieadviseur luistert goed naar mensen
- De indicatieadviseur mag mij niet 'klein maken'

#### *Informatie*

- De indicatieadviseur geeft gedetailleerd inzicht in het aanbod van diverse typen zorg
- De indicatieadviseur geeft inzicht in financiële consequenties
- De indicatieadviseur houdt rekening met cultuur en geloof van de cliënt
- De indicatieadviseur geeft eerlijke informatie over Persoonsgebonden Budget; voor en nadelen en dat het bijvoorbeeld moeilijk is om zorg te krijgen
- De indicatieadviseur geeft verschillende (alternatieve) mogelijkheden die er zijn aan
- De indicatieadviseur geeft uitleg over het vervolg van de procedure
- De indicatieadviseur maakt met de cliënt een afspraak hoe er over het indicatieadvies gecommuniceerd gaat worden
- De indicatieadviseur geeft de mogelijkheid van het maken van een nieuwe afspraak aan
- De indicatieadviseur moet uitleggen over Persoonsgebonden Budget versus zorg in natura
- De indicatieadviseur legt uit wat er met klachten gedaan wordt
- De indicatieadviseur vertelt dat er een verslag gemaakt wordt van het gesprek

#### *Deskundigheid*

- De indicatieadviseur heeft specifieke kennis
- De indicatieadviseur heeft ervaring uit de praktijk
- De indicatieadviseur heeft een globale medische achtergrond; minstens gezins- of bejaardenverzorgster
- De indicatieadviseurs zijn goed geschoold

#### *Mantelzorg*

- De indicatieadviseur houdt bij het indicatieadvies geen rekening met beschikbare zorg van naasten
- De indicatieadviseur geeft informatie over mantelzorg
- De aanwezigheid van mantelzorg tijdens het indicatiegesprek, mag niet tegen je gebruikt worden

#### **Indicatieadvies (5 kwaliteitsaspecten)**

- De cliënt wil snel weten wat de uitslag van het indicatieadvies is
- Het indicatieadvies geeft het aantal uren zorg weer
- De cliënt krijgt binnen 14 dagen na het indicatiegesprek een voorstel van het indicatieadvies
- De cliënt krijgt het definitieve indicatieadvies binnen 4 weken na aanvraag
- De cliënt kan bellen of hij het met het advies eens is. Bezwaarschrift-procedure duurt te lang

#### **Overige kwaliteitsaspecten (7 kwaliteitsaspecten)**

- Na afloop contact houdt het RIO contact met de cliënt en informeert de cliënt
- Het RIO geeft nazorg: wat heeft iemand feitelijk aan zorg gekregen?
- Het RIO houdt zich aan de afspraken
- Het RIO reageert altijd op brieven van cliënten
- Het RIO maakt bekend wie er in het beslissingsteam voor indicatieadviezen zitten

- De cliënt heeft recht op inzage in cliënten-dossier
- Het RIO geeft de mogelijkheid om de cliënt zelf een aanvraag-formulier in te vullen en op te sturen

---

### **Kwaliteitscriteria cliënten met een verpleeg- of verzorgingshuis-indicatie**

---

#### **Aanvraag (4 kwaliteitsaspecten)**

- Vragen of het indicatiegesprek gelegen komt
- Uit zichzelf aangeven dat er iemand anders bij het indicatiegesprek aanwezig mag zijn
- Bij spoed regelt het RIO heel snel
- Een spoedaanvraag zou binnen 48 uur behandeld moeten kunnen zijn

#### **Tussen aanvraag en indicatiegesprek (6 kwaliteitsaspecten)**

- Ik wil graag een vast contactpersoon bij het RIO
- Het indicatiegesprek zou binnen 2 weken na aanvraag plaats moeten vinden
- De uiterste termijn is 3 weken voor er iemand langskomt
- Bevestiging sturen dat de aanvraag ontvangen is
- Tijdig vooraf bericht geven voor wanneer het indicatiegesprek plaatsvindt
- Het RIO stuurt na het telefoongesprek een folder toe

#### **Indicatiegesprek (38 kwaliteitsaspecten)**

- Het indicatiegesprek van 1,5 uur is erg lang zonder hulp

#### *Bejegening*

- De indicatieadviseur stelt mij op mijn gemak
- De indicatieadviseur vertelt eerlijk wat er gaat gebeuren
- De adviseur vertelt dat hij er geen hand in heeft dat alles meteen kan
- Bij het indicatiegesprek wordt rekening gehouden met mijn wensen
- De indicatieadviseur moet bereid zijn om eventuele fouten toe te geven tijdens het indicatiegesprek
- Het moet een prettig gesprek zijn
- Ik moet mijn hele verhaal kwijt kunnen
- Door eerder contact met het RIO weet de adviseur mijn geschiedenis
- De indicatieadviseur kan goed luisteren
- De indicatieadviseur toont respect en laat mensen in hun waarde
- De adviseur geeft aan waarom ze zulke vragen stellen

#### *Informatie*

- Ze moeten me zeggen wat ik moet doen als mijn situatie verandert
- Informatie geven over de mogelijkheden van overbruggingszorg
- Informatie over hoe je een gediplomeerde verpleegster moet vinden als je PGB hebt
- Informatie duidelijk overbrengen
- Informatie geven over wie wat moet doen
- De indicatieadviseur geeft aan wat voor mogelijkheden er zijn, zoals 'telefoon-cirkels'
- De indicatieadviseur geeft informatie over wat de weg naar de Wvg is



### *Deskundigheid*

- Rekening houden met mijn lichamelijke gesteldheid en dat deze kunnen veranderen
- De adviseur houdt rekening met mijn persoonlijke omstandigheden
- De indicatieadviseur gaat na wat er voor mogelijkheden voor woningaanpassing zijn
- Bij het indicatiegesprek rekening houden met de toekomst (toekomstgericht indiceren)
- De huisarts kan bij de indicatiestelling betrokken worden
- De indicatieadviseur voert een open gesprek op basis van het telefoongesprek
- De indicatieadviseur heeft inzicht in de gezinssituatie
- Ze heeft als achtergrond bijvoorbeeld ziekenverzorgster
- De adviseur weet van mensen die uit het ziekenhuis komen
- De indicatieadviseur heeft veel ervaring
- De indicatieadviseur kan geestelijke begeleiding geven
- De indicatieadviseur kan goed bemiddelen
- De indicatieadviseur moet weten wat er gevraagd kan gaan worden door cliënten

### *Mantelzorg*

- De indicatieadviseur vertelt dat bij de vaststelling van het advies rekening wordt gehouden met de hoeveelheid mantelzorg
- Rekening houden dat mantelzorg vaak zelf ook op is
- Mantelzorg buiten beschouwing laten bij het advies
- Rekening houden dat mantelzorg niet altijd beschikbaar is
- Bij calamiteiten is mantelzorg te laat; we hebben iemand nodig die er altijd kan zijn

### **Indicatieadvies (4 kwaliteitsaspecten)**

- Duidelijk aangeven en motiveren van het indicatieadvies
- Op de hoogte houden van de voortgang met betrekking tot het indicatieadvies
- Bericht over de uitkomst van het indicatiegesprek (indicatieadvies) moet binnen 4 weken
- De adviseur houdt rekening dat ik zo lang mogelijk op mezelf wil blijven wonen

### **Overige Kwaliteitsaspecten (6 kwaliteitsaspecten)**

- Goede communicatie van RIO met andere zorgverlenende instanties (verzekeraar, thuiszorg, verpleeghuis)
- Folders over RIO-activiteiten liggen bij huisarts, thuiszorg, et cetera
- Niet langs elkaar heen praten, situatie moet goed doorgegeven worden
- Rechten van cliënten moeten duidelijk zijn
- Duidelijkheid over wat bepaalt dat iemand urgent is
- Het RIO geeft zelf het indicatieadvies door aan het verpleeghuis en geeft een afschrift aan de cliënt

---

## Kwaliteitsaspecten telefonisch en schriftelijk commentaar RIO-cliënten

---

### Aanvraag (1 kwaliteitsaspect)

- Met mijn operatie in het vooruitzicht zou ik nu alvast hulp aan willen vragen

### Tussen aanvraag en indicatiegesprek (3 kwaliteitsaspecten)

- Aankondigen als stagiaire meegenomen wordt naar het indicatiegesprek
- Ik wil een officiële bevestiging van verzorgingshuis aanvraag
- Het RIO gaat zorgvuldig om met aanvragen

### Indicatiegesprek (13 kwaliteitsaspecten)

#### *Bejegening*

- Respect
- Privacy
- De indicatieadviseur luistert goed
- Ik wil graag een aardige indicatieadviseur en een leuke omgang
- De vraag om zorg moet geen gevecht worden
- Als cliënt wil ik mijn voorkeur aan kunnen geven voor een verpleeghuis, ook al is het tegen advies van de adviseur in
- Ik wil serieus genomen worden

#### *Informatie*

- De indicatieadviseur geeft de mogelijkheid aan om Persoonsgebonden Budget te kiezen
- Ik krijg een duidelijke mondelinge en schriftelijke uitleg over eigen bijdrage

#### *Deskundigheid*

- De indicatieadviseur houdt rekening met sociale contacten van de cliënt
- Laat niet onverwachts alles aan een incapabele cliënt over

#### *Mantelzorg*

- In overleg met cliënt en familie (contactpersoon) worden beslissingen genomen

### Indicatieadvies (4 kwaliteitsaspecten)

- Het verpleeg- of verzorgingshuis mag niet te ver weg liggen van de sociale omgeving van de cliënt
- Een indicatieadviseur moet bereikbaar zijn
- Ik wil graag bevestigd zien dat de cliënt aangemeld was bij het verzorgingshuis en dat het niet doorging
- Als tijdelijke verzorgingshuis-plaats niet doorgaat, dan graag hulp bij woningaanpassingen en thuiszorg

### Overige Kwaliteitscriteria (1 kwaliteitsaspect)

- De cliënt niet te lang laten wachten op hulp

---

## Kwaliteitsaspecten van cliëntvertegenwoordigers

---

### Aanvraag (10 kwaliteitsaspecten)

- Het RIO gaat zorgvuldig met de aanvraag van de cliënt om
- Als de cliënt het RIO belt heeft hij/zij binnen 1 minuut contact met een persoon
- De cliënt kan zijn telefoonnummer achterlaten op een antwoordapparaat en wordt dezelfde dag nog teruggebeld
- Indien de telefonist(e) geen tijd heeft, stelt hij/zij een geschikter moment voor om terug te bellen
- De cliënt mag van te voren zorg aanvragen die hij van te voren denkt nodig te hebben
- Het telefoonnummer is gemakkelijk te vinden door de cliënt
- Elke cliënt krijgt een contactpersoon en zijn telefoonnummer
- Spoedvragen worden meteen afgehandeld en gaan voor op niet-spoedvragen
- Een spoedaanvraag heeft geen termijn
- Aanvragen worden binnen een termijn van 6 weken afgehandeld

### Tussen aanvraag en indicatiegesprek (6 kwaliteitsaspecten)

- Het RIO laat na aanvraag van de cliënt van zich horen
- Binnen 48 uur krijgt de aanvrager een schriftelijke bevestiging en informatie over de te volgen procedure
- In de folder staat in heldere taal vermeld wat de cliënt moet doen om hulp aan te vragen
- In de folder staat waar de cliënt recht op heeft
- In de folder staat de mogelijkheid van PGB vermeld
- In de folder staat vermeld dat de cliënt een contactpersoon krijgt

### Indicatiegesprek (45 kwaliteitsaspecten)

- Het indicatiegesprek wordt zoveel mogelijk thuis gevoerd en niet door de telefoon
- Telefonische indicaties worden niet gedaan
- Om een overzicht te hebben van wat de cliënt nodig heeft moet de indicatieadviseur op huisbezoek gaan

### Bejegening

- Er wordt goed naar de cliënt geluisterd
- De cliënt krijgt de tijd om een keuze te maken tussen mogelijkheden
- Er wordt de cliënt niets opgedrongen
- De indicatieadviseur heeft een actieve houding en luistert actief
- De indicatieadviseur gaat een open en rustig gesprek aan
- De indicatieadviseur heeft een respectvolle houding tegenover de cliënt
- De indicatieadviseur kijkt naar de persoon; het individu

### Informatie

- Informatievoorziening moet goed zijn
- De mogelijkheid om in beroep te gaan wordt aangegeven
- Informatie wordt duidelijk, gedoseerd, genuanceerd en op tijd verstrekt
- Informatie aangeven; de cliënt hoeft er niet om te vragen

- Met behulp van een checklist wordt nagegaan welke informatie de cliënt zou willen hebben
- Er wordt voor gezorgd dat de cliënt niet teveel informatie op zich af krijgt
- De rechten van de cliënt worden in het indicatiegesprek duidelijk gemaakt
- Mogelijkheden in het zorgaanbod worden aangegeven
- De adviseur weet wat er te koop is en geeft hierover advies aan de cliënt
- Aangeven van de mogelijkheid van herindicatie bij veranderende situatie
- U heeft een indicatie en zo is de weg verder

#### *Deskundigheid*

- Er wordt rekening gehouden dat de cliënt zich beter of slechter voordoet
- De indicatieadviseur gaat systematisch na wat de cliënt nodig heeft
- De verwachte ontwikkeling van de situatie van de cliënt wordt meegenomen in het indicatieadvies
- De indicatieadviseur kijkt verder dan wat hij systematisch na moet gaan
- De indicatieadviseur heeft een professionele houding
- De indicatieadviseur is bekend met de achtergronden van aandoeningen
- De hulpvraag van de cliënt wordt verduidelijkt
- Er wordt naar de achterliggende zorgvraag gevraagd
- Let op het eigenlijke probleem van de cliënt als hij in termen van zorgaanbod praat
- Let op de vraag van de cliënt: misschien wil de cliënt geen huishoudelijke hulp, maar gezelschap
- In de toewijzing van zorg pas rekening houden met het zorgaanbod
- Indiceren wat de cliënt echt nodig heeft
- Onderwerpen als veiligheid en angst worden bij de cliënt aangekaart
- De indicatieadviseur kijkt breder dan zijn eigen loket
- De indicatieadviseur let op psychologische problematiek
- Samen met de cliënt worden prioriteiten gesteld
- De indicatieadviseur heeft oog voor de omgeving, zoals kinderen en partner
- In kunnen spelen op snelle veranderingen van de zorgvraag, bijvoorbeeld in de terminale fase
- Jongeren hebben een andere zorgvraag: in de gaten houden!

#### *Mantelzorg*

- Hulp van familie en naasten is een aanvulling op professionele hulp en niet andersom
- Rekening houden in het indicatieadvies met belasting van familie of naasten van (dementerende) cliënten
- De indicatieadviseur laat de partner, familie en naasten buiten beschouwing bij het indicatieadvies
- Er wordt aan de familie en naasten gevraagd wat zij kunnen en willen bijdragen in de zorg
- Familie van de cliënt heeft belangrijke informatie over de cliënt
- Familie van de cliënt is vaak zelf vrager van zorg
- De relatie van de cliënt en zijn naaste wordt in het oog gehouden, wat wil de naaste wel of niet doen voor de cliënt?

#### **Indicatieadvies (6 kwaliteitsaspecten)**

- Na afhandeling van het indicatieadvies geeft de contactpersoon de cliënt door aan de volgende contactpersoon in het zorgtraject en meldt dit aan de cliënt
- In het indicatieadvies wordt vermeld dat de ene dag meer hulp nodig kan zijn dan de andere

- en dat er sprake moet zijn van een flexibele inzet van zorg
- De met de cliënt afgesproken netto uren zorg worden afgesproken; reistijd van de zorgverlener is daarbij niet inbegrepen
- In het indicatieadvies staat duidelijk beschreven of de aanvraag toegekend of afgewezen is
- Een advies mag bij spoed na de zorglevering gedaan worden
- De cliënt krijgt een schriftelijke bevestiging van het indicatieadvies

#### **Overige kwaliteitsaspecten (6 kwaliteitsaspecten)**

- Public relations
- Het RIO maakt zich bekend door op relevante plaatsen (ziekenhuis, bibliotheek) folders neer te leggen
- Het RIO maakt posters met teksten als: ‘hulp nodig? Bel .....
- Op tv of in plaatselijke kranten wordt bekend gemaakt waarvoor je bij het RIO terecht kunt
- Vermijden van herindicaties door middel van het indiceren van flexibele inzet van zorg
- De brieven aan de cliënt worden in duidelijke taal opgeschreven, juridische taal wordt vermeden of duidelijk uitgelegd

---

#### **Kwaliteitscriteria van vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren**

---

#### **Aanvraag (8 kwaliteitsaspecten)**

- Mensen behoren te weten dat er een RIO is
- Informatie over het RIO in plaatselijke krant, gemeentefolder en bij de verwijzers (huisarts en ziekenhuis) Bereikbaarheid van het RIO moet perfect geregeld zijn
- Telefoonnummer van het RIO publiceren in telefoonboek
- Telefoonnummer van contactpersoon aan cliënt geven
- Wanneer de cliënt belt krijgt hij meteen persoon aan de telefoon
- Telefonist vraagt “mag ik straks terugbellen?” En doet dat dezelfde werkdag nog
- Het RIO is binnen kantooruren makkelijk toegankelijk

#### **Tussen aanvraag en indicatiegesprek (7 kwaliteitsaspecten)**

- De cliënt krijgt alvast een aanvraagformulier toegestuurd
- De cliënt krijgt een informatie-boekje toegestuurd
- De cliënt krijgt een vast aanspreekpunt
- De cliënt krijgt informatie over wat AWBZ-zorg inhoudt
- De cliënt krijgt vooraf aan het indicatiegesprek een informatie-folder
- De cliënt krijgt een bevestiging van aanvraag in begrijpelijke taal
- Urgente aanvragen worden binnen 48 uur geregeld

#### **Indicatiegesprek (28 kwaliteitsaspecten)**

##### *Bejegening*

- De cliënt wordt serieus genomen
- De indicatieadviseur verschaft duidelijkheid over waar de cliënt aan toe is
- De indicatieadviseur houdt rekening met wat de cliënt wil

- De indicatieadviseur let op leeftijd en waartoe cliënt in staat is: kan de cliënt begrijpen wat er gezegd of geschreven wordt?
- De indicatieadviseur houdt rekening met veranderde situatie van de cliënt; dat betekent ook dat hij niet weer moet wachten op een herindicatie

#### *Informatie*

- De cliënt wordt geïnformeerd
- De indicatieadviseur let op dat cliënten niet denken dat het indicatieadvies een garantie op zorg is
- De indicatieadviseur vertelt waar de cliënt aan toe is
- De indicatieadviseur verschaft duidelijkheid: bijvoorbeeld 'u bent hoogst urgent'
- Aangeven van de zwaarte van de urgentie
- Duidelijk maken van de plaats van de indicatiestelling in het hulpverleningstraject
- De indicatieadviseur vertelt wat de cliënt kan verwachten van een indicatieadvies
- De indicatieadviseur vertelt dat bezwaarschrift mogelijk is en legt het goed uit
- De indicatieadviseur geeft een lijst met mogelijke voorzieningen
- Steekwoorden: laat cliënt kiezen waar hij meer informatie over wil
- Informatie op maat geven
- Informatie over financiële aspecten geven
- Mogelijkheid om bon in te sturen om meer informatie op te kunnen vragen op bepaalde onderwerpen
- De indicatieadviseur geeft een overzicht voor die regio met zorgvoorzieningen; de keuze is aan de cliënt
- De indicatieadviseur is eerlijk over zorgschaarste en wat de cliënt eigenlijk nodig heeft
- Onder elk stuk dat aan de cliënt verstuurd wordt staat de naam van degene die de aanvraag behandelt
- De indicatieadviseur geeft de mogelijkheid van overbruggingszorg aan
- De indicatieadviseur noemt de mogelijkheid van herindicatie bij het huisbezoek
- De indicatieadviseur geeft de keuze aan de cliënt: Persoonsgebonden Budget of zorg in natura
- De indicatieadviseur geeft adressen van zorgleveranciers in geval van Persoonsgebonden Budget

#### *Deskundigheid*

- De indicatieadviseur is flexibel
- De indicatieadviseur heeft een onafhankelijke mening
- De indicatieadviseur weet om te gaan met conflicten als de cliënt wat anders wil

#### *Mantelzorg*

##### **Indicatieadvies (5 kwaliteitsaspecten)**

- Indicatieadvies/besluit moet duidelijk zijn
- Het RIO stuurt een formulier aan de cliënt waarin:
  - a de overweging van de indicatieadviseur duidelijk gemaakt is
  - b duidelijk gemaakt wordt waar de cliënt recht op heeft
  - c de ingangsdatum van de zorg vermeld staat
- Het indicatieadvies is transparante

#### **Overige kwaliteitsaspecten (11 kwaliteitsaspecten)**

- Het RIO indiceert onafhankelijk en integraal
- Alle indicatieadviseurs hebben een gelijke manier van indiceren en besluit nemen
- De indicatieadviseur is verantwoordelijk voor de inzet van zorg
- Het RIO streeft naar het zo kort mogelijk houden van de weg naar zorg
- Rechten cliënt zijn duidelijk
- Eenduidigheid
- Verslag van huisbezoek wordt naar de cliënt gestuurd
- Kopie zorgdossier wordt aan de cliënt gegeven
- Men let op de gemiddelde zorgvraag in plaats van bandbreedtes
- Nooit telefonisch indiceren, want in strijd met een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatie
- Wel telefonisch indiceren, voor simpele zorgvragen, gaat bureaucratie tegen





## Bijlage 6 Clusternamen van deelnemers van de concept mapping-bijeenkomst

In de concept mapping-bijeenkomst hebben alle deelnemers de 73 kwaliteitscriteria geclusterd naar gelijkvormigheid. Om een indruk te geven hoe de deelnemers de kwaliteitscriteria hebben geclusterd worden in deze bijlage de namen van de clusters gegeven.

### **Cliënten**

#### *RIO-organisatie*

- wat er op het bureau gebeurt
- tijdsbestek
- verplichtingen RIO (in gesprek)
- RIO-organisatie
- vlotte afwerking van het RIO
- voorwaarden goed indicatietraject

#### *Rechten*

- rechten en informatie
- rechten cliënt
- rechten en urgentie
- zorgdossier

#### *Aanvraag*

- telefonische aanvraag
- aanvraag: eerste contact
- intaken
- contactpersoon

#### *Indicatiegesprek*

- duidelijk gesprek met RIO
- indicatiegesprek
- indicatiegesprek thuis
- huisbezoek
- gesprek
- gesprek cliënt
- afspraak

#### *Bejegening*

- vriendelijk en goed verzorgd
- aandacht
- respect en gedragscode naar cliënt
- correctierecht van de cliënt
- contact tussen aanvrager en RIO

- zorg
- verzorging
- hulp

#### *Informatie*

- voorinformatie
- informatie indicatieadviseur
- inlichtingen
- informatie
- informatie op papier
- schriftelijke uitleg
- advies en uitleg
- duidelijke uitleg adviseur
- informatiefolder
- folders
- uitleg
- wat men allemaal moet weten
- goede uitleg over PGB en goed gehoor
- informatie PGB
- algemene informatie

#### *Deskundigheid*

- professionele adviseur, cliëntgericht
- inzicht ziekte cliënt
- indicatie
- technisch inzicht
- over toestand lichamelijke en psychische problemen
- kwaliteit indicatieadviseur
- situatie cliënt
- wat men allemaal moet kunnen
- wat een indicatieadviseur zou moeten doen
- zo zou het moeten
- vaardigheden
- huisarts bezoek

#### *Mantelzorg*

- contacten met patiënt en familie
- cliënt
- familie
- belasting van familie of vrienden
- indicatie en mantelzorg

#### *Indicatieadvies*

- uitkomst van het gesprek
- indicatiebesluit
- wijze waarop besluitvorming plaatsvindt
- indicatie en eventuele veranderingen
- afhandeling indicatiebesluit

### *Natraject*

- nabespreking
- indien geïndiceerde zorg niet geleverd kan worden
- einde indicatietraject
- afwerking project
- herindicatie en evaluatie met de cliënt
- bezwaar hebben over indicatie
- bezwaarmogelijkheid
- klachten

### *Overige*

- belangrijk
- niet relevant
- wensen
- indicatieadviseur en respect
- diversen
- algemeen belang
- nog nooit van gehoord
- soms

## **Cliëntvertegenwoordigers**

### *Procedure*

- publieksvoorlichting
- algemene communicatie van het RIO
- procedure indicatiestelling
- procedure afspraken
- helderheid in besluitvorming
- eisen aan organisatie (en dus adviseur)
- noodzakelijke voorwaarden waaraan de indicatieadviseur moet voldoen
- organisatie
- transparantie organisatie

### *Aanvraag*

- voorbereiding
- planning

### *Indicatiegesprek*

- onderwerpen die aan de orde komen (inhoud)
- communicatie met de zorgvrager (proces)
- na de inventarisatie toetsing vraag en aanbod
- indicatiestelling

### *Bejegening*

- in overleg met cliënt
- attitude
- actief luisteren
- relatie met de omgeving van de zorgvrager

- cliëntgerichtheid
- bejegening cliënt
- zelfbeschikkingsrecht
- autonomie
- rechten
- wenselijke situatie
- openheid van de adviseurs over functioneren hem/haar zelf en RIO
- klantvriendelijkheid

#### *Informatie*

- PR
- folder
- informatievoorziening
- informatie door indicatiesteller
- individuele voorlichting m.b.t. indicatie
- voorlichting financiën
- voorlichting individuele rechten cliënt
- voorlichtingsmateriaal, helder en leesbaar
- verspreiding
- recht op informatie
- heldere informatie proces
- info over gevolgen

#### *Deskundigheid*

- specifieke kennis
- technische informatie
- deskundigheid indicatieadviseur
- opleidingseisen indicatieadviseur
- kwaliteit deskundigheid indicatieadviseur
- gespreksvaardigheden adviseur
- inhoudelijke kennis, medische, persoonlijke informatie bij bepaling indicatie
- extra inbreng adviseur
- professionaliteit

#### *Mantelzorg*

- mantelzorg n.v.t.
- betrokkenheid familie/mantelzorg
- relatie belang mantelzorg

#### *Indicatieadvies*

- transparantie indicatiebesluit
- effectuering besluit

#### *Natraject*

- grensoverschrijdende nazorg
- vervolg-traject
- zorgtoewijzing (geen RIO taak)
- evaluatie

### *Overige*

- geen RIO-taak
- niet mee eens
- besluittraject

### **Vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren**

#### *Procedure*

- randvoorwaarden
- werkwijze (vereisten)
- missie RIO
- betrekken eventuele verwijzers
- inschakelen eerste lijn
- werkwijze/visie
- concrete afspraken m.b.t. werkwijze RIO
- verslag huisbezoek
- inzicht in hoe besluit tot stand komt
- besluiten en regels

#### *Aanvraag*

- aanmelding bij het RIO

#### *Indicatiegesprek*

- gesprek indicatieadviseur-cliënt
- bezoek aan cliënt

#### *Bejegening*

- houding
- basisrechten cliënt

#### *Informatie*

- voorlichting
- PR
- informatie vooraf
- schriftelijke info RIO
- informatieverstrekking
- info advies aan cliënt na indicatiestelling
- subjectieve informatie

#### *Deskundigheid*

- communicatie
- communicatieve vaardigheden indicatieadviseurs
- kennis en vakkundigheid adviseur
- kwaliteit product
- inhoud deskundigheid
- opleidingseisen indicatieadviseur
- vaardigheden indicatieadviseur

*Indicatieadvies*

- output
- de cliënt, het resultaat en aanvullende verheldering omtrent situatie/advies

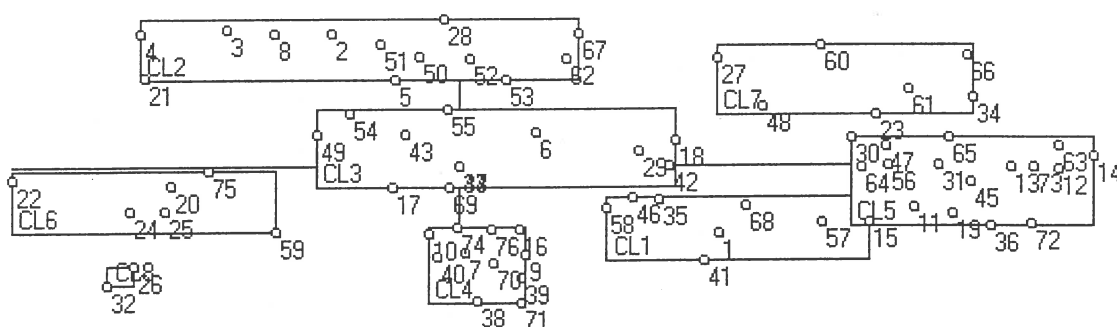
*Natraject*

- afhandeling indicatieadvies
- vervolgtraject zorgtoewijzing

## Bijlage 7 Uitkomsten van drie groepen deelnemers

De drie verschillende groepen die meegedaan hebben aan de concept mapping-bijeenkomsten (cliënten, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren) kunnen los van elkaar bekeken worden. In de onderstaande figuren is te zien wat de oplossing van a. de cliëntengroep, b. de groep cliëntvertegenwoordigers, en c. de groep vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren.

### A Concept map cliënten

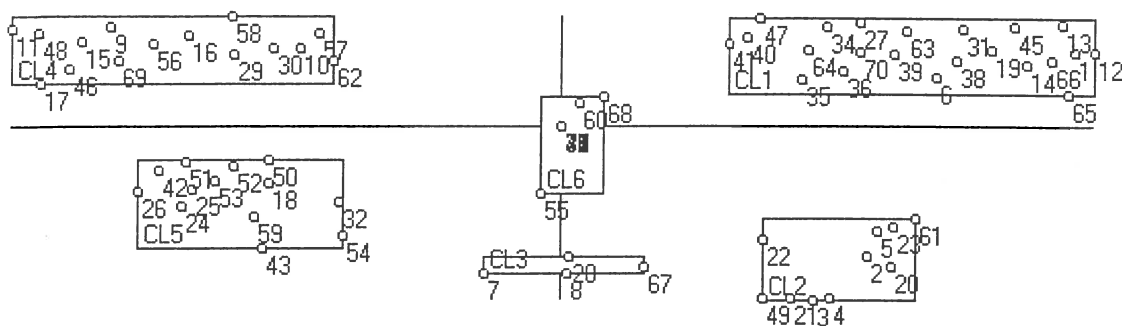


De oplossing voor de groep van 15 cliënten wordt gevormd door 8 clusters. Opvallend is dat cliënten er moeite mee lijken te hebben om gelijkvormige clusters te vormen. De gemiddelde belangscore per cluster varieert van 2.36 voor foldermateriaal tot 3.43 voor bejegening en overige aspecten. De inhoud van de clusters is als volgt:

Tabel B7.1 A. Cliënten: clusternamen, aantal kwaliteitsaspecten per cluster en belangscore

Naam cluster	Aantal kwaliteitsaspecten	Belangscore
1 informatie en deskundigheid	8	2.61
2 procedure en indicatieadvies	13	3.42
3 procedure en natraject	10	2.89
4 indicatiegesprek	11	2.74
5 bejegening en deskundigheid	16	3.24
6 aanvraag en foldermateriaal	6	3.30
7 bejegening en overige	7	3.43
8 foldermateriaal	2	2.36

## B Concept map cliëntvertegenwoordigers



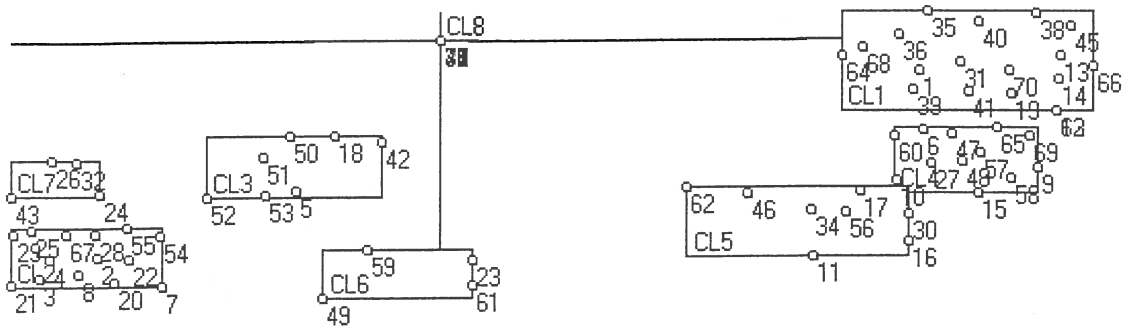
De oplossing voor de 12 cliëntvertegenwoordigers wordt gevormd door 6 clusters met een gemiddelde belangscore variërend van 2.72 voor het overige kwaliteitsaspecten tot 3.29 voor bejegening en deskundigheid. Negen aspecten werden niet door de cliëntvertegenwoordigers beoordeeld.

Tabel B7.2 B. Cliëntvertegenwoordigers: clusternamen, aantal kwaliteitsaspecten per cluster en belangscore

Naam cluster	Aantal kwaliteitsaspecten	Belangscore
1 bejegening en deskundigheid	22	3.29
2 procedure	10	3.10
3 procedure en natraject	4	3.15
4 informatie	15	2.88
5 inhoud indicatieadvies, folders en brieven	13	3.27
6 overige	3	2.72



### C Concept map voor vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren



De oplossing voor 10 vertegenwoordigers van RIO's, zorginstellingen en zorgkantoren wordt gevormd door 7 clusters met een gemiddelde belangscore variërend van 3.08 voor bejegening en deskundigheid tot 3.55 voor het indicatieadvies. In de bovenstaande figuur staat een 8<sup>e</sup> cluster met negen kwaliteitsaspecten vermeld. Deze aspecten werden niet door de vertegenwoordigers beoordeeld.

Tabel B7.3 C. Vertegenwoordigers van RIO's e.a.: clusternamen, aantal aspecten per cluster, belangscore

Naam cluster	Aantal kwaliteitsaspecten	Belangscore
1 bejegening en deskundigheid	18	3.08
2 procedure	14	3.38
3 indicatieadvies	7	3.55
4 bejegening en informatie	12	3.13
5 informatie	8	3.23
6 overige	4	3.11
7 foldermateriaal	4	3.13

