

Tijdelijk verblijf gehandicapten in de Wmo

Inventarisatie van cliëntgroepen, knelpunten
en oplossingen

Colofon

Titel	Eindrapportage tijdelijk verblijf gehandicapten in de Wmo Inventarisatie van cliëntgroepen, knelpunten en oplossingen
Auteur(s)	drs. Sophie ten Hove, dr. Patrick Jansen
Opdrachtgever	VGN
Kenmerk	SH/17/2241/beswo
Publicatiedatum	6 december 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 Doel en vraagstelling	7
1.2 Aanpak.....	8
2. Omschrijving cliëntgroepen.....	10
2.1 Jongvolwassenen in overgang naar een meer zelfstandige situatie	10
2.2 Mensen die een revalidatietraject hebben afgesloten.....	12
2.3 Volwassenen met een behoefte aan logeren	15
2.4 Mensen met NAH en ernstige gedragsproblematiek	17
3. Kwantitatieve toetsing	19
4. Knelpunten	21
4.1 Systeemfouten	21
4.2 Uitvoeringsproblemen.....	22
5. Oplossingen.....	25
6. Conclusies en beschouwing	27
6.1 Conclusies.....	27
6.2 Beschouwing.....	28

Samenvatting

Doel onderzoek

Er zijn signalen dat cliënten met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving sinds de stelselwijzigingen tussen wal en schip vallen. Dit onderzoek maakt inzichtelijk of en welke cliënten tussen wal en schip vallen met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving. In dit onderzoek zijn de cliëntkenmerken, ervaren knelpunten en daarop aansluitende oplossingsrichtingen in kaart gebracht.

Aanpak

Om zicht te krijgen op deze cliënten en de ervaren knelpunten zijn enkele stappen doorlopen. We zijn gestart met deskresearch om te inventariseren wat al bekend was over deze cliënten. Vervolgens hebben we diverse organisaties telefonisch geïnterviewd. Hiermee hebben we een eerste omschrijving gemaakt van de cliëntgroepen, de zorgbehoefte, geschatte omvang en knelpunten. Met een focusgroep hebben we de input uit de eerste twee stappen geduid, aangevuld en beschreven in een tussenrapportage. Om meer zicht te krijgen op de omvang van de cliëntgroepen hebben we nog een kwantitatieve uitvraag uitgezet.

Omschrijving cliëntgroepen

In voorliggend onderzoek constateren we dat er cliënten zijn die met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving tussen wal en schip vallen. De volgende cliëntgroepen zijn naar voren gekomen:

- jongvolwassenen die de overgang willen maken naar een meer zelfstandige situatie;
- volwassenen die een revalidatietraject hebben afgesloten;
- volwassenen met een behoefte aan logeren, respijtzorg.

In bovenstaande cliëntgroepen kan het gaan om mensen met NAH, een lichamelijke beperking, een zintuiglijke beperking, mensen met MS, chronisch neurologische aandoeningen of ademhalingsondersteuning. Cliënten met een (licht) verstandelijke beperking zijn buiten beschouwing gelaten, omdat die al in een eerder onderzoek in beeld zijn gebracht^{1,2}. Daarnaast wordt in de rapportage nog aandacht besteed aan de groep NAH-cliënten met extreme gedragsproblemen. Hiervoor is het vaak niet lastig om een Wlz-indicatie te krijgen, maar wel moeilijk om passende zorg te realiseren.

Op basis van schattingen van experts concluderen we dat het enkele tientallen tot honderden cliënten op jaarbasis betreft. Door middel van een kwantitatieve uitvraag hebben we geprobeerd om deze schattingen concreet te duiden, maar dit bleek niet mogelijk. Door het ontbreken van deze gegevens is het vooralsnog niet mogelijk om per cliëntgroep vast te stellen om welk budget het gaat.

¹ Bureau HHM (2015). Meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving.

² Bureau HHM (2016) Onderzoek LVB 18+ - Tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving in kaart gebracht.

Ervaren knelpunten

Met het onderzoek hebben we zicht gekregen op de knelpunten die worden ervaren bij deze cliëntgroepen. Het betreft voornamelijk uitvoeringsproblemen waardoor cliënten niet de passende ondersteuning krijgen. De complexe ondersteuning aan deze cliëntgroepen is op dit moment onvoldoende geborgd in de Wmo.

- Gemeenten zijn onvoldoende bekend met de specifieke zorgbehoefte van deze cliëntgroepen.
- Gemeenten hanteren bij de beoordeling van de toegang tot zorg een benadering, (gebruik van eigen kracht en inzet van het sociaal netwerk), die niet passend is voor deze groep.
- Financiering vanuit de Wmo ontbreekt of is ontoereikend voor de noodzakelijke multidisciplinaire ondersteuning.
- Aanbieders kunnen vanwege de financiering het aanbod niet leveren, zodat:
 - de cliënt geen passende ondersteuning krijgt,
 - er meer kans is op overbelaste mantelzorgers,
 - de cliënt eerder aanspraak gaat maken op de Wlz.

De ervaren knelpunten zitten niet op het niveau van de geldende wet- en regelgeving. De Wlz is vanwege de tijdelijke behoefte niet passend voor deze cliëntgroepen. De passende ondersteuning dient vanuit de Wmo (en in een aantal gevallen de Zvw) georganiseerd te worden.

Mogelijke oplossingen

Om te bewerkstelligen dat deze cliëntgroepen de passende ondersteuning krijgen vanuit de Wmo zijn op de korte en middellange termijn de volgende oplossingen relevant:

- Zorgen voor meer bekendheid over deze cliëntgroepen op gemeentelijk niveau.
- Bundelen en beschikbaar stellen van expertise en kennis op regionaal niveau.
- Aansluiten bij bestaande expertisecentra en regionale samenwerkingsverbanden.

Door het verspreiden van kennis en expertise over deze cliëntgroepen komt er meer erkenning en aandacht voor de behoefte aan tijdelijk verblijf, waardoor gemeenten zich mogelijk ook meer gaan realiseren dat ze verantwoordelijk zijn voor het organiseren van een beschermende woonomgeving voor deze cliënten. Een goede afstemming en samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders is hierbij van groot belang.

Voor het merendeel van de zorgaanbieders gaat de voorkeur uit naar een tijdelijke indicatie voor de Wlz. Op deze manier is het mogelijk om voor deze beperkte groep cliënten, de specialistische kennis en de multidisciplinaire aanpak integraal te organiseren en financieren. Echter, dit vraagt om een fundamentele wetswijziging die niet op korte termijn is te realiseren.

Tot slot

Tijdens dit onderzoek is gebleken dat een aantal cliëntgroepen met een tijdelijke behoefte aan verblijf tussen wal en schip valt. Er zijn diverse casussen aangeleverd waaruit blijkt dat op dit moment geen passende zorg en ondersteuning wordt geboden. Het betreft complexe ondersteuning die in de Wmo op dit moment onvoldoende geborgd is. Ondanks dat het niet is gelukt om grip te krijgen op de

omvang van deze groepen, is het wel van belang om recht te doen aan de signalen en de knelpunten op te lossen. We adviseren de gemeenten om meer alert te zijn op de zorgvragen van deze cliënten en open te staan voor het bieden van tijdelijke verblijfszorg. Door gemeentelijke registratie van het aantal cliënten per doelgroep ontstaat meer inzicht in de omvang van het totale aantal cliënten. Door als gemeente goed zichtbaar te zijn voor de burgers (bijvoorbeeld via wijkteams) wordt de drempel voor iedereen laag om zich te melden bij de gemeente, ook voor burgers die nu niet in beeld zijn maar wel ondersteuning nodig hebben. Daarnaast adviseren we de zorgaanbieders de aantallen, de benodigde zorg en de resultaten van de ondersteuning aan deze clientgroepen te registreren. Hiermee kan de sector aan de gemeenten inzichtelijk maken wat de essentie is bij deze cliëntgroepen, welke omvang het betreft en welk budget ze nodig hebben voor het leveren van passende ondersteuning.

1. Inleiding

Vanuit leden van de VGN en via cliëntenorganisaties komen signalen dat er cliënten zijn die sinds de stelselwijzigingen tussen wal en schip vallen. Relatief veel signalen die de VGN ontvangt, gaan over cliënten die tijdelijk (van maanden tot enkele jaren) behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving; soms in combinatie met (extramuraal) behandeling. Daarbij is het de vraag of het om systeemfouten gaat of om uitvoeringsproblemen. Bij systeemfouten vraagt dit een aanpassing in de landelijke wet- en regelgeving. Bij uitvoeringsproblemen dienen zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders in actie te komen.

Rondom cliënten met (licht) verstandelijke beperking ((L)VB) en een tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of nabijheid van zorg, heeft bureau HHM in 2015 in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek³ verricht. Uit dit onderzoek bleek dat voor deze cliënten de Wmo het best passende kader is. Op basis van aanvullend onderzoek⁴ heeft bureau HHM de omvang van deze doelgroep in kaart gebracht en is vervolgens extra budget toegevoegd aan het gemeentefonds. Deze onderzoeken hebben veel duidelijkheid gegeven voor mensen met een (L)VB. Deze duidelijkheid geldt nog niet voor alle doelgroepen binnen de gehandicaptenzorg. Er zijn signalen dat cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) die een tijdelijke behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving vergelijkbare knelpunten ervaren. Onduidelijk is wat de aard en omvang van de knelpunten zijn en of er nog andere cliëntgroepen tussen wal en schip vallen.

1.1 Doel en vraagstelling

Voorliggend onderzoek dient inzicht te geven in een beschrijving van verschillende type cliënten met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving ten aanzien van cliëntkenmerken, ervaren knelpunten en daarop aansluitende oplossingsrichtingen (LVB-cliënten met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving worden hierbij buiten beschouwing gelaten). Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen gesteld:

1. Wat zijn de kenmerken van de cliënten met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving, welke specifieke zorgbehoefte hebben zij en wat is de omvang van deze groep?
2. Is een indicatie te geven van het budget dat is gemoeid met de levering van zorg aan deze groep cliënten?
3. Welke knelpunten ervaren deze cliënten in de toegang van zorg (indicatiestelling) en de toegankelijkheid van zorg (het ontvangen van passende zorg en ondersteuning); onderscheiden naar systeemfouten en uitvoeringsproblemen.

³ Bureau HHM (2015). Meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving.

⁴ Bureau HHM (2016) Onderzoek LVB 18+ - Tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving in kaart gebracht.

4. Welke oplossingen zijn er voor deze knelpunten, onderscheiden naar oplossingen van het systeem (wet- en regelgeving) en de uitvoering (zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders)?

1.2 Aanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen verricht:

1. Deskresearch
2. Interviews
3. Focusgroep stakeholders: kenmerken, knelpunten en oplossingen
4. Kwantitatieve uitvraag
5. Opstellen eindrapportage

Deskresearch

Voordat we zijn begonnen met de inventarisatie in de praktijk, hebben we verschillende relevante documenten verzameld en bestudeerd. Op die manier hebben we gebruik gemaakt van hetgeen al bekend is en hebben we een eerste indruk gekregen van de antwoorden op de onderzoeksvragen. We hebben gebruik gemaakt van de volgende documenten:

- Infographic van de Hersenstichting ‘Zorg na niet-aangeboren hersenletsel’,
- Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel van de Hersenstichting,
- Gepubliceerde informatie op de website van de VGN,
- Gepubliceerde informatie op de website van Hersenz en toegezonden foldermateriaal van Hersenz,
- Artikel Vilans (2016) Laat mensen niet tussen wal en schip vallen,
- Zadoks advies & P5COM (2016). Eindrapportage Extramurale behandeling LG/NAH
Behandeling voor mensen met hersenletsel en hun naasten in de chronische fase zoals wordt geboden door Boogh, De Noorderbrug, Esdégé Reigersdaal, Gemiva-SVG Groep, Gors, Heliomare, InteraktContour, Middin, Pauwer, Pluryn, SGL, SWZ, Siza en Zozijn,
- Maastricht University (april 2016). Pilotstudie naar de uitvoerbaarheid en uitkomsten van Hersenz. Evaluatie van een behandelprogramma voor mensen in de chronische fase na niet-aangeboren hersenletsel.

Op basis van de deskresearch hebben we een leidraad ontwikkeld voor de interviews bij professionals uit de praktijk.

Interviews

Er is bij diverse organisaties veel informatie en ervaringsdeskundigheid beschikbaar die kan helpen om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Daarom hebben we gesprekken gevoerd met medewerkers van Hersenz, negen zorgaanbieders die zorg bieden aan NAH-cliënten, maar ook zicht hebben op andere cliënten binnen de gehandicaptenzorg, Iederin, CIZ en de VNG. We hebben voor een brede groep van partijen gekozen, zodat we in korte tijd vanuit zoveel mogelijk verschillende perspectieven informatie konden verzamelen over deze cliënten. De interviews hebben geleid tot een eerste omschrijving van vier verschillende groepen in termen van cliëntkenmerken, zorgbehoefte, geschatte omvang en knelpunten. Deze informatie hebben we gebruikt als input voor de focusgroep

Focusgroep stakeholders

Met medewerking van de personen die we hebben gesproken in de interviews hebben we een bijeenkomst met een focusgroep georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst waren 13 personen van verschillende zorgaanbieders aanwezig met veel kennis van de dagelijkse praktijk en betrokkenheid bij de zorg en ondersteuning van de cliëntgroepen die uit de interviews naar voren zijn gekomen. Deze bijeenkomst heeft geleid tot een aanscherping van de cliëntgroepen, ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen. Na deze bijeenkomst hebben we een tussenrapportage opgesteld.

Kwantitatieve uitvraag

Vervolgens is besloten om een kwantitatieve uitvraag uit te zetten om meer zicht te krijgen op de omvang van de vier beschreven cliëntgroepen. Voordat deze uitvraag onder alle aanbieders is uitgezet, is aan drie aanbieders de eerste opzet voorgelegd. Met de feedback van deze aanbieders is de definitieve uitvraag tot stand gekomen, zie bijlage 1. Deze is via de mail, met een uitgebreide toelichting, naar 20 aanbieders verstuurd. De aanbieders hebben vijf weken de tijd gekregen om de gegevens aan te leveren. Ondanks deze zorgvuldige procedure is gebleken dat veel aanbieders moeite hadden met het aanleveren van de gevraagde gegevens. In totaal hebben drie aanbieders de vragenlijst niet ingevuld. Vijf van de 17 aanbieders hebben aangegeven geen van de beschreven cliëntgroepen in zorg te hebben. De rest heeft beperkte informatie aangeleverd over de omvang van deze groepen.

Rapportage

Na de focusgroep met stakeholders hebben we een tussenrapportage opgesteld die is besproken met de VGN. Vervolgens hebben we de kwantitatieve uitvraag uitgezet en de resultaten toegevoegd aan de eindrapportage.

2. Omschrijving cliëntgroepen

Uit de gesprekken met de mensen uit het veld zijn de volgende cliëntgroepen naar voren gekomen die niet altijd een passende beschermende woonomgeving krijgen voor een tijdelijke periode:

- Jongvolwassenen die de overgang willen maken naar een meer zelfstandige situatie.
- Volwassenen die een revalidatietraject hebben afgesloten.
- Volwassenen met een behoefte aan logeren, respijtzorg.

Zoals in de cliëntgroepen te lezen is, betreft dit onderzoek niet alleen cliënten met NAH, maar gaat het over alle cliënten met een tijdelijke behoefte aan verblijf (met uitzondering van (L)VB-clieënten waarvoor al maatregelen zijn getroffen).

Naast bovenstaande groepen is ook aangegeven dat er knelpunten worden ervaren rondom de zorg aan mensen met NAH en ernstige gedragsproblematiek. Deze groep wordt apart benoemd, omdat ze meestal wel toegang krijgen tot de Wlz. Hierbij is het verkrijgen van een indicatie en geld meestal geen probleem, maar het vinden van een passende plek wel. Dit maakt dat de aard van de problematiek voor deze groep een ander karakter heeft en eigenlijk buiten de strekking van dit onderzoek valt. Desondanks geven we wel een beschrijving van deze groep.

2.1 Jongvolwassenen in overgang naar een meer zelfstandige situatie

Cliëntkenmerken

De behoefte aan tijdelijk verblijf geldt voor een diverse groep jongvolwassenen tussen de 18 en 30 jaar. Het betreft jongvolwassenen met een lichamelijke beperking (zoals spina bifida, een spierziekte of dwarslaesie), niet aangeboren hersenletsel, een zintuiglijke handicap⁵ of ademhalingsondersteuning. Een deel van de cliënten leeft al sinds de geboorte met de beperking, bij een ander deel is sprake van een breuk in de levenslijn (bijvoorbeeld bij NAH) en voor een deel zijn deze jongvolwassenen (erg) beschermd opgegroeid. Op een bepaald moment kan het gebeuren dat de jongvolwassene meer eigen keuzes gaat maken, zich los wil maken van zijn ouders en zelfstandig wil gaan wonen.

Het is een groep die een trainingssetting nodig heeft om deze stap te maken zodat terugval en destabilisatie wordt voorkomen. Als de bescherming (van ouders) wegvalt lukt het ze nog niet om (volledig) op eigen benen te staan. Daarnaast kan het ook zijn dat door een life-event, denk aan het overlijden van een naaste, de jongvolwassene ontregeld is.

Er is vrijwel altijd sprake van multi-problematiek, een combinatie van een lichamelijke beperking met cognitieve, neurologische en psychische problemen (hieronder valt ook grensoverschrijdend gedrag en verslaving).

⁵ Het betreft hier voornamelijk de jongvolwassenen met een visuele beperking. De problematiek is herkenbaar voor de auditieve groep, maar wel in kleine aantallen waardoor maatwerk altijd noodzakelijk is.

Zorgbehoefte

Deze groep heeft behoefte aan een trainingssetting om de overgang te maken van het ouderlijk huis naar een meer zelfstandige situatie. Als de bescherming wegvalt lukt het ze nog niet om (volledig) op eigen benen te staan. De cliënten moeten leren dagritme, werk, wonen en vrije tijd zelf te organiseren en structuur aan te brengen. Maar ook bij praktische zaken zoals de planning, administratie en de huur betalen, is ondersteuning nodig. Daarnaast is het psychosociale aspect van belang, denk aan het omgaan met teleurstellingen en relatieproblematiek. Ook gaat aandacht uit naar de uitbreiding van het netwerk en sociale contacten. Het zijn jongvolwassenen die de transitie maken naar volwassenheid - zelfstandigheid - en kunnen daarom ondersteuning nodig hebben op meerdere functioneringsgebieden. Ook is het nodig dat de omgeving/mantelzorgers van de cliënten leren om te gaan met de nieuwe situatie.

In de trainingssetting wordt multidisciplinaire behandeling gegeven, maar het accent ligt op begeleiding. Er wordt ingezet op trainen om nieuwe vaardigheden aan te leren en te borgen, zodat er een aanvaardbaar risico ontstaat. Er heerst een therapeutisch klimaat. De vaardigheden slijten niet voldoende in tijdens de revalidatie of met alleen extramurale behandeling in de thuisituatie. In de trainingssetting oefenen ze zoveel mogelijk doordat ze bijvoorbeeld de beschikking hebben over een eigen appartement. De jongvolwassene woont zelfstandig, maar door 24 uurs-zorg kan constant worden gesignaleerd hoe hij omgaat met alle prikkels in het dagelijks leven, die zich vooraf niet laten plannen. Voor deze jongvolwassenen kan met ambulante begeleiding onvoldoende een beschermende omgeving worden geboden.

De duur van het verblijf is 3 tot 5 jaar. Deze periode is nodig om de nieuwe vaardigheden in te laten slijten in het gedrag. Voor deze groep cliënten is herhaling van groot belang. Deze periode is ook nodig om duidelijk te krijgen wat de ontwikkelpotentie van de jongvolwassene is: is de cliënt wel/niet in staat om uiteindelijk op zichzelf te gaan wonen? Aan de hand hiervan wordt, samen met de cliënt, bepaald wat het uiteindelijk haalbare perspectief is.

Omvang

Deze groep is beperkt van omvang. De experts uit de focusgroep schatten dat het op jaarbasis in totaal om enkele tientallen cliënten gaat. Voor 2015 waren er verschillende zorgaanbieders die een aantal plaatsen voor deze cliëntgroep beschikbaar hadden. Momenteel zijn er nog maar enkele zorgaanbieders die een paar plekken (3-8) beschikbaar hebben voor deze cliëntengroep. Specifiek voor de jongvolwassenen met een visuele beperking is aangegeven dat het om enkele tientallen cliënten gaat die voor een trainingssetting in aanmerking komen.⁶

⁶ Voor de cliënten met een visuele beperking wordt de behandeling gefinancierd vanuit de Zvw. Daarnaast kunnen cliënten in aanmerking komen voor specialistische begeleiding ZG vanuit de raamovereenkomst met de VNG. Over de financiering van tijdelijk verblijf bestaat onduidelijkheid.

Voorbeeld casuïstiek - Marieke, 23 jaar

Marieke heeft als puber NAH opgelopen en heeft zich thuis met ondersteuning van haar ouders en een ambulante begeleider kunnen redden na haar ongeluk. Hiervoor waren wel aanpassingen nodig in haar dagritme, maar ook in de woonsituatie van het hele gezin. De ouders van Marieke hebben haar altijd intensief begeleid, waardoor een situatie is gecreëerd waarin Marieke goed kan meedraaien. Marieke heeft de wens om zelfstandig te gaan wonen. Haar vriendinnen en haar broer zijn al op zichzelf gaan wonen.

De ouders van Marieke begrijpen haar, maar zien ook dat deze stap groot is. Ze willen Marieke wel voorbereiden op deze stap. Het blijkt voor de ouders echter lastig te zijn om niet meer als vangnet voor Marieke te fungeren. De ambulante begeleider merkt dat Marieke in deze omstandigheden onvoldoende getraind kan worden naar zelfstandigheid. Haar veilige thuissituatie blijft hetzelfde. Vooral op sociaal emotioneel gebied, het plannen en het nakomen van afspraken, omgaan met onverwachte gebeurtenissen en het zoeken naar een nieuwe balans in het dagritme heeft Marieke training nodig. De verwachting is wel dat Marieke stappen kan maken naar een zelfstandige vorm van wonen, maar direct vanuit huis is deze stap te groot. Ze heeft een tussenstap nodig.

2.2 Mensen die een revalidatietraject hebben afgesloten

Clientkenmerken

Het gaat hier om cliënten met een lichamelijke beperking (zoals spina bifida, een spierziekte of dwarslaesie), niet aangeboren hersenletsel, een zintuiglijke handicap⁷ al dan niet in combinatie met ademhalingsondersteuning, die:

- na verblijf in een revalidatiecentrum in de thuissituatie zijn vastgelopen;
- rechtstreeks vanuit de geriatrische revalidatie zorg (GRZ) uit een verpleeghuis komen;
- rechtstreeks vanuit een centrum voor thuisbeademing komen.

De leeftijd van deze cliënten kan zeer divers zijn, maar veelal zijn het 40-50-ers. Ze hebben tijdens de revalidatie vaardigheden aangeleerd, maar hebben meer training en begeleiding nodig om ze toe te passen in de thuissituatie. Het kan zijn dat de revalidatie te kort is geweest. Daarnaast komen in de thuissituatie andere problemen naar boven als gevolg van de niet-zichtbare gevolgen van het hersenletsel van de cliënt. Naast de neuropsychologische factoren zijn de persoonlijke veranderingen vaak fors, zoals veranderingen in karaktereigenschappen. In de thuissituatie ontstaan dan andere problemen, zoals relatieproblemen, uitval van werk en schuldenproblematiek. Het cliëntensysteem probeert het in eerste instantie zelf op te vangen, maar dit kan erg intensief zijn, mede omdat de persoon met NAH zelf geen ziekte-inzicht heeft. De niet-zichtbare gevolgen worden vaak niet geïdentificeerd als gevolgen van hersenletsel waardoor mensen niet de juiste ondersteuning krijgen. De cliënt zelf zal niet snel aangeven extra zorg en ondersteuning nodig te hebben.

⁷ Het betreft hier voornamelijk de jongvolwassenen met een visuele beperking.

Ook kan het voorkomen dat oudere mensen met NAH rechtstreeks vanuit de geriatrische revalidatie zorg (GRZ) uit een verpleeghuis naar huis komen. De GRZ-opname kan echter te kort zijn om de overgang naar de thuissituatie te maken. Voorheen ging deze groep na GRZ eerst naar een verzorgingshuis.

Bij cliënten die uit een centrum voor thuisbeademing komen is de cliënt medisch gezien wel stabiel, maar is de cliënt en/of zijn omgeving nog niet vertrouwd met de apparatuur. Ook speelt hier het verwerken van het afhankelijk zijn van de beademing, verandering van perspectief, loslaten, veiligheid en vertrouwen. Hoe ziet het leven eruit met beademing, wat kan nog wel of en wat niet meer? Naast mensen met NAH is aangegeven dat het mensen met een zintuiglijke of lichamelijke beperking betreft die na de revalidatieperiode nog behoefte hebben aan tijdelijk verblijf, omdat ze zijn teruggevallen in het functioneren en weer moeten herstellen.

Zorgbehoefte

De zorgbehoefte verschilt per cliënt. Pas nadat de cliënt na een revalidatieperiode weer thuis komt, wordt helder wat met de cliënt is gebeurd. Daarbij is kenmerkend voor mensen met NAH dat ze zelf vaak aangeven geen zorg nodig te hebben, terwijl het gezinssysteem omvalt. Dit betekent dat per cliënt moet worden bekeken welke zorg en ondersteuning nodig is. De intensiteit van de beperking speelt hierbij een rol, maar ook de thuissituatie. De trainbaarheid en persoonlijkheid van de cliënt is belangrijk, maar minstens zo belangrijk zijn de aanwezigheid van mantelzorg, kleine kinderen en financiële mogelijkheden van het cliëntensysteem. Hierdoor kunnen cliënten met hetzelfde type letsel een andere zorgbehoefte hebben.

Deze cliënten wordt een trainingssetting of intramuraal behandelprogramma geboden, als vervolgstap op de medisch specialistische revalidatie of GRZ met als doel om zo optimaal mogelijk te functioneren in de thuissituatie. Waar de focus van de medisch specialistische revalidatie ligt op het fysieke herstel, wordt in de trainingssetting meer aandacht besteed aan het omgaan met de beperkingen in de thuissituatie. De trainingssetting maakt het mogelijk om een veilige, rustige en prikkelarme omgeving te creëren waarbinnen kan worden gezocht naar de belastbaarheid (fysiek en emotioneel) van de cliënt: hoe kan de cliënt zijn energie verdelen, leren omgaan met het maken van keuzes, situaties overzien en problemen inschatten? Op deze manier wordt helder wat de leerbaarheid van de cliënt is met betrekking tot het omgaan met de nieuwe situatie. Dit leereffect en rendement van de trainingsetting kan niet worden gerealiseerd met alleen behandeling en begeleiding in de thuissituatie.

Zoals eerder genoemd is de stap naar huis voor een deel van de mensen die uit de GRZ komen nog te groot. Bij hen speelt het leereffect en rendement in de trainingssetting (dat belangrijk is bij de hiervoor beschreven groep jongvolwassenen) een minder grote rol. Het gaat erom dat de duur van de GRZ te kort is geweest waardoor de oudere nog niet in staat is om zich thuis te redden. Veelal is hier ook sprake van een partner op leeftijd, waarbij voorafgaand aan de GRZ sprake was van een wankel evenwicht op het gebied van de zelfredzaamheid. Dat evenwicht is verstoord en er is tijd en aandacht/zorg nodig om een nieuwe balans te bewerkstelligen.

De trainingssetting creëert een vangnet voor mensen die na de revalidatie thuis niet goed kunnen functioneren of de-compenseren. Het is een traject van 1 tot 2 jaar dat vaak begint met intensieve verblijfsondersteuning en wordt afgebouwd naar een intensief ambulantly traject dat ook weer wordt afgebouwd. Voor deze cliënten is het van belang dat op elk moment kan worden op- of afgeschaald in de ondersteuning.

Voor mensen met ademhalingsondersteuning gaat het om het inrichten van het eigen leven, het opstellen van een dagprogramma en een training van de verwanten om vertrouwd te raken met de apparatuur. Ook kan het gaan om verwerking en het creëren van een nieuw perspectief (mét beademing) of om verwerking van de achteruitgang die beademing noodzakelijk maakt (bijv. bij ALS.). De duur van het trainingsprogramma verschilt voor cliënten met invasieve beademing (circa 6 maanden) en cliënten met non invasieve beademing (circa 3 maanden).

Omvang

Het is onbekend voor hoeveel revalidatiecliënten tijdelijk verblijf een passende ondersteuning vormen. Elk jaar komen er naar schatting 40.000 mensen bij die aanzienlijke blijvende beperkingen overhouden aan hersenletsel. Lang niet alle mensen maken gebruik van medisch specialistische revalidatie, bij een groot gedeelte volstaat de eerstelijns zorg. Als we kijken naar het aantal patiënten in de klinische revalidatie, waren dit in 2015 3.774 patiënten die meer dan 14 verpleegdagen hadden (Revalidatie Nederland). Er is aangegeven dat het merendeel van de mensen met NAH met blijvende beperkingen na de revalidatie in aanmerking komt voor de extramurale behandeling van Hersenz. Voor 2017 is de schatting dat circa 3.250 mensen gebruik maken van deze behandeling (Hersenz, 2017). Een inschatting van experts is dat bij circa 95% de extramurale behandeling van Hersenz toereikend is. Wanneer we ervan uitgaan dat het aantal van 3.250 die 95% beslaat, dan zou op jaarbasis voor circa 170 revalidanten met hersenletsel tijdelijk verblijf een passende vorm van ondersteuning zijn.

Ten aanzien van de mensen die rechtstreeks uit de GRZ komen is ook onbekend om hoeveel mensen het gaat. De verwachting is wel dat in de toekomst meer ouderen deze behoefte hebben, vanwege de vergrijzing in combinatie met de verschuiving naar het langer thuis wonen.

Met betrekking tot cliënten met ademhalingsondersteuning zijn de aantallen volgens de experts veel kleiner. Uitgaande van 8 cliënten per Centrum voor Thuisbeademing gaat het op jaarbasis om circa 32 cliënten. Uit landelijke cijfers⁸ is zichtbaar dat het aantal mensen met invasieve beademing constant blijft, waar wel een groei is te zien bij de non-invasief beademden. Het gaat daarbij niet meer alleen om spierziekten, maar ook bij COPD, morbide obesitas, tumoren en apnoe wordt beademing ingezet. Juist door deze gesignaleerde groei is het lastig om concrete aantallen hieraan te verbinden. Op 1 januari 2016 maakten 2.973 mensen in Nederland gebruik van chronische beademing (2.558 non-invasief en 415 invasief). In totaal woonden 2.596 mensen met beademing thuis.

⁸ Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA). Landelijke registratie chronisch beademden in Nederland over 2016.

Voorbeeld casuïstiek - Karin, 47 jaar

Karin is een vrouw van 47 jaar en woont samen met haar man Harrie en twee kinderen van 13 en 11 jaar. Tijdens het paardrijden op het strand valt ze van haar paard. De medische diagnose is 'traumatisch schedel-/ hersenletsel' (THL). Met het revalidatieprogramma van Karin gaat het wisselend. Na de proefweekenden uit de man van Karin zich in een gesprek bezorgd. Hij vertelt dat Karin veel problemen heeft met het plannen en organiseren van de werkzaamheden in het gezin; daarnaast reageert ze snel geïrriteerd. In het revalidatiecentrum nadert het einde van de klinische behandeling. De doelstellingen die geformuleerd zijn over het compenseren van de zichtbare gevolgen van het hersenletsel zijn goed gerealiseerd. De neuropsycholoog en de maatschappelijk werker vragen in de eindrapportage vooral aandacht voor de niet zichtbare gevolgen van het hersenletsel.

Een half jaar na het ontslag komen Karin en haar man terug bij de revalidatiearts. In het gesprek blijkt dat Karin grote moeite heeft om het gezin draaiende te houden. Haar man is ten einde raad, en weet niet hoe hij dit nog langer vol moet houden. De revalidatiearts stelt in het gesprek voor dat Karin en haar man contact opnemen met een organisatie die gespecialiseerd is in de behandeling en begeleiding van mensen met NAH.

De behandeling wordt in eerste instantie intramuraal opgestart, in een speciaal woon-/ traincentrum, vanwege de intensiviteit van het programma en het tijdelijk ontlasten van de thuissituatie (respijtzorg). Het programma is intensief en methodisch waarbij meerdere beroepsbeoefenaren zijn betrokken. Bij Karin ligt de focus op de stoornissen op het gebied van emotie, cognitie en gedrag, oftewel de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel.

2.3 Volwassenen met een behoefte aan logeren

Cliëntkenmerken

De ziektebeelden en cliëntkenmerken van deze groep zijn divers. Het kan gaan om mensen die vanwege NAH, een verstandelijke beperking, MS, chronische neurologische aandoeningen of een lichamelijke beperking (o.a. spina bifida, een spierziekte, dwarslaesie) behoefte hebben aan logeren (respijtzorg).

- De behoefte kan voortkomen uit de behoefte van de mantelzorg/netwerk, zodat overbelasting van de mantelzorg wordt voorkomen.
- Maar het kan ook zijn dat cliënten door welke reden dan ook ontregeld raken en tijdelijk behoefte hebben aan structuur.
- In het geval van de mensen met MS (in een gevorderd stadium) en mensen met progressieve neurologische aandoeningen gaat het naast de mantelzorgontlasting om het inwinnen van specifieke expertise die ze bij andere aanbieders niet kunnen krijgen. Daarnaast ervaren bepaalde cliënt het voeren van de eigen regie in de thuissituatie als zeer belastend en is er behoefte aan ontzorgen voor een korte periode.
- Ook is aangegeven dat cliënten tijdens het volgen van de extramurale behandeling via Hersenz behoefte kunnen hebben aan logeren, omdat het behandeltraject intensief is.

- Daarnaast kan logeren als doel hebben om alvast kennis te maken met een 24 uur-setting, omdat cliënten in een later stadium mogelijk voor een blijvende plek in aanmerking komen.
- Tot slot zijn er ook cliënten die te maken krijgen met tijdelijke uitval van hun mantelzorg.

Zorgbehoefte

De zorgbehoefte is (bij een gedeelte van de cliënten) afhankelijk van de belastbaarheid van de mantelzorg. Respijtzorg wordt vaak preventief ingezet door bijvoorbeeld periodieke logerafspraken in te zetten. De duur van het logeren is heel wisselend. Gemiddeld gaat het om een periode van 2-3 weken, maar het varieert van enkele weekenden tot enkele maanden per jaar of gedurende een vakantieperiode. Dit is grotendeels afhankelijk van de redenen die zijn beschreven bij de cliëntkenmerken. Er zijn voorbeelden van cliënten die al enkele jaren met regelmaat logeren waardoor het thuiswonen mogelijk blijft. Voor de mensen met MS en de mensen met chronische neurologische aandoeningen gaat het naast het logeren vaak ook om het inwinnen van specifieke expertise. Door het (progressieve karakter) van de aandoening is met regelmaat behoefte aan specifiek expertise. Er vindt bijvoorbeeld screening (diagnostiek en behandeling) plaats tijdens deze kortdurende opnames. Vervolgens gaat de cliënt weer terug naar zijn eigen behandelaren met specifieke adviezen. Dit soort opnames duren circa 2 weken.

Omvang

Volgens de experts is dit een grote groep. Er zijn geen concrete cijfers aangeleverd, maar de indruk bestaat dat het hier om honderden cliënten per jaar gaat.

Voorbeeld casuïstiek - Ouder echtpaar, 77 en 75 jaar

Dhr. en mw. Pietersen wonen zelfstandig in hun eigen woning. Dhr. heeft onlangs een ischemische cva gehad waardoor hij afhankelijk is geworden van een beademingsapparaat. De vrouw van dhr. heeft een beginnende vorm van dementie (maar is nog geen diagnose gesteld).

Dhr. Pietersen kreeg, voor zijn cva, thuis al ondersteuning van de thuiszorg bij het innemen van medicatie, wondzorg (heeft 2 wonden) en douchen. Dhr. en mw. zijn adl zelfredzaam. Mw. is in staat om de huishoudelijke taken uit te voeren, maar kookt liever niet meer.

Om dhr. Pietersen om te laten gaan met het beademingsapparaat wordt hij voor 6 weken opgenomen in een trainingshuis voor non-invasieve beademing. Het betreft een tijdelijk verblijf waarbij ook sprake is van enige training en begeleiding bij de verwerking en het toekomstperspectief. Het doel van het verblijf is dat dhr. thuis in staat is om zelfstandig de vivo (beademingsapparaat) te kunnen bedienen.

Vanwege de tijdelijke opname van dhr. Pietersen, is er voor zijn vrouw een logeerbehoefte. Zij kan namelijk niet zelfstandig thuis verblijven. Het betreft een logeerbehoefte voor de duur van de opname in het trainingshuis van dhr. Pietersen, dit is circa 6 weken. Mw. Pietersen heeft behoefte aan een locatie met dagstructuur, verzorging en warme maaltijden. Het betreft voor dit moment een eenmalige logeervraag. Het doel is dat mw. en dhr. Pietersen na deze tijdelijke opname weer zelfstandig kunnen wonen in hun eigen woning.

2.4 Mensen met NAH en ernstige gedragsproblematiek

Cliëntkenmerken

Dit betreffen cliënten met NAH en ernstige gedragsproblematiek. Bij deze cliënten is vaak sprake van frontaal hersenletsel. De NAH en ernstige gedragsproblematiek zijn primair. Daarnaast kan secundair ook sprake zijn van ernstige psychiatrische problematiek. Deze cliënten kunnen snel ontregeld zijn door een gebeurtenis in de omgeving. Het is vaak niet te voorspellen wanneer iemand ontregeld raakt. Ze kunnen een bedreiging zijn voor zichzelf of hun omgeving en reageren sterk gedragsmatig. Het zijn veelal mensen die alleen wonen, omdat er vaak veel mis is gegaan in het cliëntensysteem.

Zorgbehoefte

Cliënten hebben tijdelijk een beschermende setting nodig waarin behandeling, structuur en toezicht wordt geboden. Met het idee dat ze na verloop van tijd weer terug kunnen naar een meer zelfstandige vorm van wonen als de situatie is gestabiliseerd. Het gaat om zeer intensieve zorg. De instelling of betreffende afdeling dient een Bopz-aanmerking te hebben om passende zorg te kunnen verlenen. De duur van de opname loopt uiteen van een aantal maanden tot 1 of 2 jaar waarbij er naar wordt toegewerkt dat een cliënt naar huis gaat.

Omvang

De inschatting is dat het om een kleine groep cliënten gaat, enkele tientallen op jaarbasis.

Voorbeeld casuïstiek - Farid, 35 jaar

Farid is in 2013 met zijn vrouw en drie kinderen gevlucht vanuit Syrië. In 2015 heeft hij hersenletsel opgelopen. Het hersenletsel uit zich in forse beperkingen in communicatie en in epileptische insulten. Na het hersenletsel heeft Farid verbleven op afdelingen van verschillende ziekenhuizen, waar hij geregeld medicatie weigerde en zeer wisselende, onvoorspelbare onrust, agressie en ongepast gedrag liet zien. Toen de situatie in het ziekenhuis onhoudbaar werd, is Farid verwezen naar een GGZ-instelling. Hier is de fixatie en sederende medicatie afgebouwd en zijn met de juiste bejegening mooie stappen gezet.

Na het afbouwen van de middelen en maatregelen bij de GGZ-instelling is Farid overgeplaatst naar een instelling waar individuele begeleiding kon worden geboden. Hier weigerde hij een aantal dagen de medicatie, waardoor Farid opnieuw epileptische insulten had en wederom is opgenomen in het ziekenhuis.

Momenteel verblijft Farid al enkele maanden op de medisch psychiatrische unit van het ziekenhuis. Farid gebruikt gedragsregulerende medicijnen in een zeer hoge dosering, desondanks laat hij af en toe agressie zien. Farid is snel vermoeid en kan slecht tegen prikkels. Terug naar de vorige organisatie is geen optie aangezien daar geen Bopz is toegekend. Bij locaties waar zorg wordt geboden aan mensen met niet aangeboren hersenletsel, wordt vaak geen Bopz afgegeven. Op de huidige afdeling in het ziekenhuis heeft Farid geen perspectief. Via het zorgkantoor wordt gezocht naar een passende plek voor Farid in de Wlz.

Farid kan niet instemmen met zijn verblijf en bovendien moeten middelen en maatregelen kunnen worden toegepast. Er is een GPS-systeem nodig zodat er toezicht en aansturing is. Daarnaast moet er indien nodig gefixeerd kunnen worden en moet medicatie onder dwang gegeven kunnen worden. Op het gebied van behandeling is multidisciplinair werken vereist. Het woord 'onbekend' komt in deze casus vaak terug: onbekend is wat de communicatieve en cognitieve mogelijkheden zijn van Farid, onbekend is wat zijn behoeften zijn op sociaal-emotioneel gebied, onbekend is of er nog progressie mogelijk is, onbekend is wat Farid doet als hij op een niet-gesloten afdeling zit, onbekend is waarom hij medicatie weigert. Farid heeft een passende verblijfssetting nodig met een breed scala aan multidisciplinaire deskundigheid.

3. Kwantitatieve toetsing

Tijdens de deskresearch, interviews en focusgroep hebben we onvoldoende zicht gekregen op de omvang van de vier beschreven cliëntgroepen. Tijdens de focusgroep hebben de aanwezige experts wel een schatting gemaakt van het aantal cliënten per groep op jaarbasis, zie hoofdstuk 2. Om deze schatting te onderbouwen is besloten om onder aanbieders een digitale kwantitatieve uitvraag uit te zetten.

Ondanks een zorgvuldige procedure is gebleken dat veel aanbieders moeite hadden met het aanleveren van de gevraagde gegevens, omdat geen registraties op het niveau van de cliëntgroepen worden verricht. In totaal zijn 20 aanbieders benaderd, waarvan 17 aanbieders hebben meegedaan met deze uitvraag (85% respons).

Aantal aanbieders	Aantal cliëntgroepen in zorg
5	0
4	1
2	2
3	3
3	4

Tabel 1. Aantal cliëntgroepen in zorg bij zorgaanbieders (N=17)

Van de 17 aanbieders hebben vijf aanbieders geen enkele cliëntgroep in zorg en drie aanbieders hebben alle vier cliëntgroepen in zorg. Bij de vier aanbieders die één cliëntgroep in zorg hebben, ging het bij drie aanbieders om de volwassenen met een behoefte aan logeren/respijtzorg. In tabel 2 is per cliëntgroep aangegeven hoeveel aanbieders deze in zorg hebben.

Cliëntgroep	Aantal aanbieders
Jongvolwassenen in overgang naar meer zelfstandige situatie	7
Volwassenen die revalidatietraject hebben afgesloten	9
Volwassenen met behoefte aan logeren / respijtzorg	8
Volwassenen met NAH en ernstige gedragsproblematiek	5

Tabel 2. Aantal aanbieders met betreffende cliëntgroep in zorg (N=17)

Aanbieders hebben aangegeven dat alle cliëntgroepen vanuit de Wmo kunnen worden gefinancierd. Opvallend is dat deze cliënten ook bij circa zeven zorgaanbieders vanuit de Wlz worden gefinancierd. Dit is opvallend omdat deze cliënten vanwege hun tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving in principe niet voldoen aan de Wlz-criteria (blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid). Tot slot hebben enkele aanbieders aangegeven ook financiering te

krijgen vanuit het eerstelijnsverblijf of vanuit de subsidieregeling extramurale behandeling (onder de Wlz)⁹.

Op basis van de aangeleverde cliëntaantallen is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over de concrete omvang van de verschillende cliëntgroepen en of de cliëntgroepen in omvang zijn toe- of afgenomen ten opzichte van de situatie voor de decentralisaties (31 december 2014). Deze kwantitatieve uitvraag heeft dus geen aanvullende informatie opgeleverd ten opzichte van de schattingen in hoofdstuk 2. In de kwantitatieve uitvraag hebben we ook gevraagd naar de ervaren knelpunten. De resultaten zijn in het volgende hoofdstuk meegenomen.

⁹ Ten aanzien van het eerstelijnsverblijf betreft het de volwassenen die een revalidatietraject hebben afgesloten of volwassenen met behoefte aan logeren/respijtzorg. Vanuit de subsidieregeling zijn naast deze groepen ook de jongvolwassenen die de overgang maken naar een meer zelfstandige situatie genoemd.

4. Knelpunten

In dit hoofdstuk beschrijven we de knelpunten die in de praktijk worden ervaren bij de cliëntgroepen. De knelpunten zijn onderverdeeld naar systeemfouten en uitvoeringsproblemen. Met systeemfouten bedoelen we fouten op het niveau van de geldende wet- en regelgeving. Uitvoeringsfouten zitten op de toepassing van deze wet- en regelgeving in de praktijk.

4.1 Systeemfouten

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen en blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben. Het gaat hierbij om mensen met een somatische - of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. Ook GGZ-cliënten bij wie de maximale duur voor verblijf met klinische behandeling onder de Zvw is verstreken, kunnen voor voortzetting van deze zorg een beroep doen op de Wlz (voor een periode van drie jaar, met mogelijkheid tot verlenging van steeds drie jaar).

Als uitgangspunt voor de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) geldt dat zelfredzaamheid en meedoen in de samenleving een verantwoordelijkheid is van mensen zelf. Gemeenten zijn verplicht beleid te maken ter ondersteuning van mensen die niet volledig zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie of behoefte hebben aan beschermd wonen of opvang, omdat zij niet in staat zijn zich te handhaven in de samenleving. De Wmo richt zich op alle burgers. Het gaat hierbij veelal om mensen met een beperking, chronische, psychische of psychosociale problemen die daardoor verminderd in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen, het voeren van een gestructureerd huishouden en het deelnemen aan maatschappelijk verkeer.

Binnen de Jeugdwet (JW) gaat het om de totale zorg voor alle jeugdigen onder de 18 jaar, uitgezonderd de kinderen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en 24 uur zorg in de nabijheid (en dus voldoen aan de criteria van de Wlz). Het jeugdstelsel kende tot 2015 verschillende sectoren met elk een eigen financiering- en verantwoordingsstelsel, verspreid over Rijk, provincies en gemeenten. Met de decentralisatie van het jeugdstelsel is de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor het hele jeugdterrein bij de gemeente komen te liggen.

Indien we deze beschrijvingen bekijken is er geen sprake van systeemfouten. Vanwege de tijdelijke behoefte aan verblijf is de Wmo beschikbaar om zorg en ondersteuning te organiseren voor de cliëntgroepen die in hoofdstuk 2 zijn beschreven. Aangezien bij de overheveling van de AWBZ naar de Wmo een onderscheid is gemaakt tussen hoge en lage ZZP's is het van belang te achterhalen in hoeverre daarbij een uitzondering is gemaakt voor hoge ZZP's die kortdurend worden geleverd. Voor deze groepen konden voorheen zowel de lage als hoge ZZP's worden afgegeven. Een zorgaanbieder geeft aan dat er voor cliënten met een NAH bijvoorbeeld eerst voor een jaar een LG ZZP4 werd afgegeven en naar het einde toe een LG ZZP2. Indien bij de overheveling alle financiële middelen voor de hoge ZZP's

aan de Wlz zijn toegekend, zijn er te weinig middelen (voor onder andere deze cliëntgroepen) aan de Wmo toegekend.

4.2 Uitvoeringsproblemen

Op basis van de informatie van de partijen die we hebben gesproken constateren we dat deze cliëntgroepen niet altijd de best passende ondersteuning krijgen. Dit wordt veroorzaakt door de diverse uitvoeringsproblemen in de praktijk. De indruk bestaat dat met name gemeenten geen beeld hebben van de beschreven cliëntgroepen. In deze paragraaf beschrijven we de uitvoeringsproblemen waar de aanbieders mee te maken hebben waardoor zij niet de passende ondersteuning kunnen aanbieden. Eerst gaan we in op een aantal uitvoeringsproblemen per cliëntgroep, gevolgd door uitvoeringsproblemen die voor alle cliëntprofielen van toepassing zijn.

Cliëntgroep 1, jongvolwassenen met overgang naar zelfstandige situatie

Aanbieders hebben moeite om de plekken bezet te krijgen vanwege de financiering. Voorheen werden deze plekken vanuit de AWBZ of de Zvw dbc structuur gefinancierd. Vanuit de Wmo is het moeilijk om de financiering rond te krijgen voor een trainingssetting. Gemeenten hebben deze groep vaak niet op hun netvlies en hiervoor geen plekken ingekocht. Op gemeentelijk niveau gaat het vaak om kleine aantallen waardoor de groep cliënten niet in beeld is. Hierdoor realiseren gemeenten onvoldoende dat ze een verantwoordelijkheid hebben richting deze cliëntgroep.

Aanbieders merken dat de vraag er wel is, maar vanwege de ontbrekende financiering kunnen ze de plekken niet vullen. Voor grote organisaties is het vaak mogelijk om vanuit de inkomsten voor andere groepen cliënten te compenseren voor de zorg voor deze cliëntgroep, maar voor kleine organisaties is dat niet haalbaar. Hierdoor worden sommige jongvolwassenen noodgedwongen ambulante begeleid. Dit kan op de korte termijn een oplossing betekenen, maar is niet voldoende om te voldoen aan de volledige zorgbehoefte, een trainingssetting in een beschermende woonomgeving. Hierdoor kan de problematiek toenemen waardoor deze groep op de langere termijn een blijvende behoefte aan toezicht heeft en uiteindelijk aanspraak gaat maken op de Wlz.

Vanwege de multidisciplinaire aanpak in een trainingssetting is een bepaalde schaal nodig om de expertise te kunnen bieden. Dit betekent dat cliënten vanuit verschillende gemeenten naar de zorgaanbieder komen. De zorgaanbieder moet hierdoor met verschillende gemeenten inkoopafspraken maken die allemaal weer verschillende inkoop- en verantwoordingscriteria hanteren wat leidt tot veel administratieve lasten.

Cliëntgroep 2, mensen die een revalidatietraject hebben afgesloten

Voor deze cliëntgroep zijn de knelpunten vergelijkbaar met die van cliëntgroep 1. Het is voor aanbieders bijna niet mogelijk om vanuit de Wmo de financiering voor deze plekken rond te krijgen. De ambulante behandelprogramma's van Hersenz zijn voor deze revalidanten niet haalbaar of passend. Deze cliëntgroep is aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit het sociaal domein. Daarbij heeft de gemeente

vanuit de Wmo een benadering die niet past bij deze doelgroep. De gemeente zet in op eigen kracht en het sociaal netwerk, terwijl de ondersteuning voor deze groep eerst gericht moet zijn op het in beeld krijgen van de draagkracht en mogelijkheden van de cliënt en zijn sociale netwerk. Er is behoefte aan een verblijfssetting met multidisciplinaire zorg.

Voor ZG-cliënten is de behandeling wel geregeld via de ZG-aanspraak binnen de Zvw, maar is het moeilijk om het verblijf gefinancierd te krijgen via de Wmo. Omdat het om kleine aantallen en individuele situaties gaat moet het elke keer opnieuw worden uitgelegd aan de gemeente en elke keer worden gezocht naar een oplossing.

Cliëntgroep 3, volwassenen met een behoefte aan logeren

Voor deze cliëntgroep geldt dat gemeenten het aanbod vaak wel hebben ingekocht. Echter, de financiering tussen gemeenten is heel divers en vaak ontoereikend. Er zijn aanbieders die de keuze hebben gemaakt het aanbod niet meer te leveren, omdat het binnen de beschikbare tarieven en omvang in dagdelen niet haalbaar is om passende zorg en ondersteuning te bieden. De betreffende doelgroep kan in die gemeenten geen gebruik meer maken van het aanbod. Dit leidt tot een overbelasting van de mantelzorg. Er lijkt bij gemeenten onvoldoende besef dat met logeren kan worden voorkomen dat cliënten en hun mantelzorgers aanspraak gaan maken op zwaardere vormen van zorg binnen de Wmo of Wlz.

Daarnaast geven aanbieders aan dat het heel veel regelwerk is om het logeren goed te organiseren voor cliënten uit verschillende gemeenten die allemaal verschillende afspraken hanteren. Daarbij hebben deze cliënten niet alleen een verblijfsplaats en begeleiding nodig, maar ook verzorging. Die verzorging moet apart worden geregeld met de thuiszorg.

Net als bij de andere groepen speelt ook hier de benadering van de gemeente een rol: op basis van eigen kracht of de mogelijkheden vanuit het sociaal netwerk, wordt te snel geredeneerd dat logeren niet nodig is. Aanbieders hebben de ervaring dat gemeenten de behoefte aan logeren vaak niet signaleren of het anders benaderen waardoor ze het - ten onrechte - niet als passende vorm van ondersteuning beschouwen.

Daarnaast speelt voor aanbieders dat ze voor deze cliënten wel continu plaatsen en de nodige expertise beschikbaar moeten hebben (zodat cliënten altijd terecht kunnen als er behoefte is aan logeren). De zorgaanbieders hebben bij het logeren te maken met leegstand en veel mutatiedagen vanwege de korte duur. In de financiering door gemeenten worden hier onvoldoende middelen voor beschikbaar gesteld.

Deze problemen doen zich voor een deel ook voor bij cliënten die een Wlz-indicatie hebben ontvangen en deze door middel van een modulair pakket thuis (mpt) verzilveren. Op basis van de Wlz kunnen deze cliënten ook gebruik maken van logeren, maar er blijkt binnen het mpt te weinig budget om naast de begeleiding en verzorging die deze cliënten thuis ontvangen het logeren te kunnen betalen.

Cliëntgroep 4, volwassenen met NAH en ernstige gedragsproblematiek

Deze groep krijgt in vergelijking tot de voorgaande groepen wel een Wlz-indicatie. Het krijgen van de indicatie met een passend budget is niet het knelpunt voor deze cliëntgroep. Het probleem is dat er te weinig plekken zijn waar ze terecht kunnen. De GGZ-zorgaanbieders zijn bezig met een afbouw van bedden, ook voor deze vormen van verblijf. Cliënten werden voorheen bijvoorbeeld in de centra voor neuropsychiatrie opgenomen vanuit de Zvw, maar komen nu terecht in de cisisopvang of verslavingszorg. Dit zijn plaatsen waar deze cliënten niet de zorg kunnen ontvangen die ze echt nodig hebben.

Naast deze specifieke knelpunten per cliëntgroep zijn de volgende knelpunten genoemd die voor alle groepen van toepassing zijn:

- De trainingssetting slibt dicht, omdat cliënten niet kunnen uitstromen vanwege onvoldoende beschikbare woningen. Er zijn onvoldoende (betaalbare) woningen beschikbaar waar de nodige aanpassingen gedaan kunnen worden. Daarnaast is ook genoemd dat de kortdurende verblijfssetting dichtslibt, omdat deze bezet worden gehouden door langdurige cliënten die wachten op een passende plek.
- Het woonplaatsbeginsel dat binnen de Wmo wordt gehanteerd is een probleem voor de financiering van de plekken in de trainingshuizen die vaak een bovengemeentelijke functie vervullen. Cliënten komen uit verschillende gemeenten, maar die gemeenten zijn niet altijd bereid te betalen voor de ondersteuning, omdat de zorgaanbieder is gehuisvest in een andere gemeente.
- Toegangsmedewerkers van de Wmo of beleidsmedewerkers hebben onvoldoende kennis over 24-uurszorg. Het gaat om onvoldoende kennis over de mogelijkheden die er zijn, maar ook over de erkenning van de behoefte aan tijdelijk verblijf op cliëntniveau. De wijze waarop het contact met de gemeente verloopt is afhankelijk van individuen bij de gemeenten. De medewerkers bij de gemeente zijn wel welwillend, maar vanwege het beleid van de gemeente (beperking van het budget) hebben de medewerkers maar beperkte mogelijkheden.
- Tot slot is het voor cliënten vaak onduidelijk waar ze moeten aankloppen voor passende zorg en ondersteuning.

5. Oplossingen

Om in de toekomst te zorgen dat deze cliënten niet meer tussen wal en schip vallen, zijn door de personen waarmee is gesproken verschillende oplossingen aangedragen. De oplossingen zijn onderverdeeld naar oplossingen voor de korte, middellange en lange termijn. Omdat het vooral een uitvoeringsprobleem betreft, beginnen we met een oplossing op de korte termijn.

Oplossingen op de korte termijn:

- Aansluiten bij bestaande samenwerkingsverbanden en initiatieven
 - Door zorgaanbieders is voorgesteld om gebruik te maken van de expertise die beschikbaar is bij de diverse samenwerkingsverbanden die zorgaanbieders momenteel opzetten. Daarnaast zijn er in den lande reeds verschillende initiatieven opgezet. Er kan gebruik worden gemaakt van de kennis van deze initiatieven die beschikbare kennis bundelen.

Oplossingen op de middellange termijn:

- Meer zicht op de domeinoverstijgende consequenties:
 - Doordat de problematiek op gemeentelijk niveau meestal maar een beperkt aantal cliënten betreft is de urgentie van de problematiek niet bij iedereen bekend. Een effectief middel om meer urgentiebesef te creëren bij de betrokken partijen is het ontwikkelen van een businesscase dat inzicht geeft in de schadelast voor zowel de Wmo als Wlz door het ontbreken van tijdelijk verblijf voor deze doelgroep.
- Voorlichting aan gemeenten over cliëntgroepen:
 - Omdat het op gemeentelijk niveau vaak om een beperkt aantal cliënten gaat zijn de medewerkers niet bekend met deze doelgroepen. Door meer bekendheid te geven aan deze doelgroepen bij medewerkers van deze gemeenten kan het bewustzijn over de kenmerken van deze cliënten en hun zorgbehoefte worden vergroot. Dit vraagt om veel voorlichting vanuit de zorgaanbieders, brancheorganisatie VGN en de VNG naar de gemeenten.
- Regionale bundeling van kennis en expertise:
 - Vanwege de beperkte omvang van deze doelgroep is het lastig om per gemeente passende zorg te organiseren en is organisatie op een hoger niveau (bijvoorbeeld centrumgemeente) gewenst.
 - Zorgaanbieders stellen voor om aan te sluiten bij de werkwijze van de regionale expertisecentra van NAH. Een kanttekening is dat deze centra nog niet uniform werken. Desalniettemin kan het een vertrekpunt zijn om de multidisciplinaire kennis te bundelen en van daaruit expertise in te zetten bij het toekennen van zorg vanuit de Wmo en Zvw. De medewerkers vanuit de gemeenten zouden deze centra kunnen raadplegen. Dit kan niet zondermeer worden verplicht, maar als het te vrijblijvend blijft heeft deze werkwijze wellicht minder kans van slagen.
- Raamovereenkomst voor tijdelijk verblijf:
 - In het kader van de oplossingen is ook gekeken naar de Raamovereenkomst specialistische begeleiding ZG. Deze raamovereenkomst zou voor de ZG kunnen worden uitgebreid met tijdelijk verblijf en voor de andere cliëntgroepen als voorbeeld kunnen dienen om landelijke afspraken te maken. Echter, op basis van de ervaringen die met deze Raamovereenkomst

zijn opgedaan (waaruit blijkt dat per gemeente toch weer afzonderlijke afspraken worden gemaakt) wordt geconcludeerd dat een raamovereenkomst op zichzelf niet voldoende oplossing biedt. Het is veel belangrijker, dat gemeenten zich ervan bewust zijn dat ze een verantwoordelijkheid hebben om deze cliënten passende zorg en ondersteuning te bieden in combinatie met tijdelijk verblijf.

- Eén tarief vanuit de Wmo:
 - Er is genoemd dat één tarief voor tijdelijk verblijf vanuit de Wmo (voor alle gemeenten) mogelijk een oplossing is. Dit tarief zou dan passend moeten zijn voor de logeer, begeleidings- en behandelvraag van de cliënt, zodat passende zorg en ondersteuning kan worden geboden. Tevens wordt hiermee voorkomen dat aanbieders die een bovenregionale of landelijke functie hebben met heel veel gemeenten verschillende afspraken moeten maken voor zorg die inhoudelijk hetzelfde is.

Oplossingen voor de lange termijn:

- Tijdelijke toegang Wlz:
 - Een grote wens van de personen die zijn gesproken is om binnen de Wlz de mogelijkheid te creëren om cliënten tijdelijk toegang te geven tot de Wlz. Dit maakt het beter mogelijk om de noodzakelijke multidisciplinaire zorg te organiseren. De partijen realiseren zich dat hiervoor ook mogelijkheden bestaan in de combinatie van Wmo en Zvw, maar dit wordt door de huidige uitvoeringsproblemen niet als efficiënt en effectief ervaren. Bij de uitvoering van de Wmo hebben zorgaanbieders met diverse gemeenten te maken die divers beleid voeren en voor de zorg- en behandelcomponent moeten afspraken worden gemaakt met de wijkverpleging en behandelaars. Dit vraagt veel regelwerk en administratie. Men vindt het efficiënter om voor deze cliëntgroepen afspraken te maken op een grotere schaal met zorgkantoren. Hierbij is voorgesteld om een afzonderlijke bekostigingsparameter voor tijdelijk verblijf te ontwikkelen in combinatie met de principes van cliëntvolgende bekostiging, zodat op basis van de behoefte van de cliënt kan worden op- en afgeschaald. Voor deze oplossing zijn wetswijzigingen nodig die de nodige doorlooptijd vragen. Daarnaast is opgemerkt dat de verbinding met het sociaal domein van belang is. Een gedeelte van de cliënten zal na een bepaalde periode namelijk weer terugvallen op ondersteuning vanuit de Wmo.

6. Conclusies en beschouwing

6.1 Conclusies

In voorgaande hoofdstukken hebben we de resultaten van de deskresearch, telefonische interviews, focusgroep en kwantitatieve uitvraag weergegeven. Onderstaand de conclusies aan de hand van de geformuleerde onderzoeksvragen.

1. *Wat zijn de kenmerken van de cliënten met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving, welke specifieke zorgbehoefte hebben zij en wat is de omvang van deze groep?*

Uit het onderzoek is gebleken dat de gesignaleerde knelpunten worden herkend door verschillende partijen. Er zijn cliëntgroepen met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving die nu tussen wal en schip vallen. Naast mensen met NAH gaat het om mensen met een lichamelijke beperking, een zintuiglijke beperking, mensen met MS, chronische neurologische aandoeningen of ademhalingsondersteuning. Een gedeelte van de cliënten heeft behoefte aan een trainingssetting om nieuwe vaardigheden aan te leren en in te laten slijten. Voor andere cliënten betreft het een tijdelijke logeerbehoefte, waar eventueel specifieke expertise wordt ingewonnen. Deze cliënten ontvangen op dit moment niet altijd de best passende ondersteuning.

De geschatte omvang van de cliëntgroepen varieert van tientallen tot honderden cliënten op jaarbasis. Ondanks dat het niet om grote aantallen gaat, is het relevant dat de betreffende groepen in beeld zijn gebracht. Deze aantallen zijn gebaseerd op schattingen van experts. De kwantitatieve uitvraag onder aanbieders heeft geen betrouwbare informatie opgeleverd over de exacte omvang van de cliëntgroepen.

2. *Is een indicatie te geven van het budget dat is gemoeid met de levering van zorg aan deze groep cliënten?*

Vanwege het ontbreken van een nauwkeurige omvang van deze groep is het op dit moment niet haalbaar om een indicatie te geven van het budget dat is gemoeid met de zorg en ondersteuning aan deze cliëntgroepen. Wel kan met experts een inschatting worden gemaakt van de kosten van een gemiddelde cliënt per cliëntgroep. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van informatie die aanbieders hebben met betrekking tot de zorgkosten per cliënt (er zijn aanbieders die kostenonderzoek hebben gedaan naar de doelgroep).

Een andere benadering is om via VWS zicht te krijgen op de Wmo-Wlz verdeling die is toegepast in het kader van de decentralisatie per 1-1-2015. Voor de decentralisatie kregen deze cliëntgroepen tijdelijk toegang tot de AWBZ middels een zorgzwaartepakket (ZZP). Voor deze groepen konden dit zowel de lage als hoge ZZP's zijn. Bij de decentralisaties zijn de lage ZZP's vanuit de AWBZ naar de gemeenten overgeheveld. Omdat voor deze cliëntgroepen voorheen ook hoge ZZP's werden afgegeven voor een tijdelijke periode bevelen we de VGN aan om bij VWS te informeren in hoeverre bij de overheveling van middelen naar de gemeenten rekening is gehouden met het feit dat de zorg aan cliënten met een tijdelijk hoog ZZP onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten komt. Op deze manier wordt

duidelijk in hoeverre gemeenten budget hebben ontvangen voor deze cliëntgroepen.

3. *Welke knelpunten ervaren deze cliënten in de toegang van zorg (indicatiestelling) en de toegankelijkheid van zorg (het ontvangen van passende zorg en ondersteuning); onderscheiden naar systeemfouten en uitvoeringsproblemen.*

Zoals beschreven liggen de knelpunten op het niveau van de uitvoering (vanuit het systeem is duidelijk dat de zorg en ondersteuning voor deze groepen uit de Wmo/Zvw moet worden gefinancierd). Het is voor zorgaanbieders niet altijd mogelijk om de best passende ondersteuning aan deze cliënten te bieden vanwege ontbrekende of ontoereikende financiering. Hierdoor is het aanbod bij een aantal aanbieders inmiddels afgebouwd. Daarnaast worden cliënten niet meer bij de zorgaanbieders aangemeld, doordat deze cliëntgroepen niet worden herkend door de toegang bij de gemeente. De behoefte aan tijdelijk verblijf wordt miskend. Deze knelpunten worden grotendeels veroorzaakt door de toegang bij de gemeenten. Vanwege de beperkte omvang van deze cliëntgroepen is bij de gemeentelijke toegang onvoldoende bekendheid over deze cliëntgroepen en hun specifieke zorgbehoefte.

4. *Welke oplossingen zijn er voor deze knelpunten, onderscheiden naar oplossingen van het systeem (wet- en regelgeving) en de uitvoering (zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders)?*

Het is van belang dat deze cliënten in de toekomst wel de passende ondersteuning gaan krijgen. Hiervoor moet meer bekendheid komen over deze cliëntgroepen bij de gemeenten, zodat de zorgbehoefte van deze doelgroep wordt erkend. De vraag is of dit op gemeentelijk niveau haalbaar is, vanwege de beperkte omvang van de cliëntgroepen. Er kan op regionaal niveau worden gekeken naar de bundeling van de beschikbare expertise om mensen eerder op de juiste plek terecht te krijgen. Hiervoor is het essentieel dat gemeenten en zorgaanbieders gezamenlijk met elkaar optrekken om te komen tot een juiste toegang en passende zorg. Aansluitend hierop kunnen mogelijk ook de budgetten van de gemeenten op regionaal niveau worden gebundeld, zodat op dat niveau de beschikkingen worden afgegeven. Voor de lange termijn zou een tijdelijke indicatie vanuit de Wlz een oplossing kunnen zijn, maar het is de vraag of dit haalbaar en wenselijk is gezien de fundamentele wijziging die dit vraagt van de essentie van de Wlz. Daarbij merken we tevens op dat voor de diverse doelgroepen de verbinding met het sociaal domein essentieel is. Het gaat immers om een tijdelijke behoefte aan verblijf waarna een gedeelte van de cliënten ook weer terugvalt op ondersteuning vanuit de Wmo. De opname omvat een tijdelijke periode van een langer durend zorgcontinuüm waarvoor de Wmo en Zvw beschikbaar zijn.

6.2 Beschouwing

Tijdens dit onderzoek is gebleken dat een aantal cliëntgroepen tussen wal en schip valt. Ondanks dat het niet is gelukt om grip te krijgen op de omvang van deze groepen, is het van belang om recht te doen aan de gesignaleerde knelpunten vanuit de aanbieders over deze cliënten. Er zijn diverse casussen aangeleverd

waaruit blijkt dat op dit moment geen passende zorg en ondersteuning wordt geboden. Dit is een serieus probleem voor de vier beschreven cliëntgroepen.

Het gevolg is dat, op dit moment, aan cliënten (en hun naasten) passende zorg en ondersteuning wordt onthouden. De kans is hierdoor groot dat een cliënt op een later moment zwaardere zorg en ondersteuning nodig heeft. Hierdoor kan bijvoorbeeld eerder aanspraak worden gemaakt op de Wlz, dat uiteindelijk duurder zal zijn, omdat het dan niet meer om een tijdelijke maar blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid van zorg gaat.

Tijdens dit onderzoek is gebleken dat het voor zorgaanbieders moeilijk is om de gevraagde kwantitatieve gegevens aan te leveren, omdat de registratiesystemen niet zo zijn ingeregeld. Een aantal aanbieders heeft al aangegeven hier binnen de organisatie mee aan de slag te gaan om in de toekomst wel te beschikken over deze gegevens. Deze informatie is voor de gemeentelijke toegang informatief. Als het voor de toegang duidelijker wordt welke cliëntgroepen het betreft en welke zorg en ondersteuning passend is, is de kans groter dat een cliënt een juiste indicatie krijgt. Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat de zorgaanbieders en gemeenten op basis van casuïstiek met elkaar in gesprek gaan en van hieruit tot een werkwijze van vraagverheldering komen die passend is voor deze cliëntgroepen (zie ook de vierde conclusie in de vorige paragraaf). Waarbij niet alleen aandacht is voor de signalering en juiste verwijzing, maar ook wordt gekeken welke passende financieringsmogelijkheden vanuit de Wmo voor deze cliënten beschikbaar zijn. Een aandachtspunt bij de financiering voor deze plekken is het woonplaatsbeginsel vanwege de bovengemeentelijke functie van veel zorgaanbieders.

Het blijkt dat de complexe ondersteuning aan deze cliëntgroepen op dit moment onvoldoende is geborgd in de Wmo. De Wmo is ons inziens wel het best passende kader vanwege de tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving. Bij veel cliënten is er sprake van een langer durend zorgcontinuüm vanwege een blijvende ondersteuningsbehoefte, dit kan vanuit de Zvw en Wmo worden gerealiseerd. We adviseren de zorgaanbieders de aantallen, de benodigde zorg en de resultaten van de ondersteuning aan deze cliëntgroepen te registreren. Hiermee kan de sector aan de gemeenten inzichtelijk maken wat de essentie is bij deze cliëntgroepen, welke omvang het betreft en welk budget ze nodig hebben voor het leveren van passende ondersteuning. Door aanbieders is aangegeven dat niet alle cliënten bij hen in beeld komen, daarom adviseren we dat er ook aan de gemeentekant wordt geregistreerd hoe vaak deze cliëntgroepen¹⁰ zich melden bij de toegang en welke vorm van ondersteuning ze krijgen (ambulant of verblijfszorg). Door als gemeente goed zichtbaar te zijn voor de burgers (bijvoorbeeld via wijkteams) wordt de drempel voor iedereen laag om zich te melden bij de gemeente, ook voor burgers die nu niet in beeld zijn maar wel ondersteuning nodig hebben. Als er meer zicht is op de aantallen en het gemoeide budget, kan geïnventariseerd worden of de gemeenten ook de middelen hebben ontvangen om de ondersteuning aan deze cliëntgroepen te financieren.

¹⁰ Met uitzondering van cliëntgroep 4 volwassenen met NAH en ernstige gedragsproblematiek. Zij krijgen namelijk een Wlz-indicatie.



Bureau HHM
Thermen 1
7500 AG ENSCHEDE
Postbus 262
7500 AG ENSCHEDE
telefoon 053 433 05 48
info@hbm.nl
www.hbm.nl