



Evaluatie SPD Nieuwe Stijl  
Eindrapport

**Research voor Beleid**

# **Evaluatie SPD Nieuwe Stijl**

## **Eindrapport**

Een onderzoek in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Eline Nievers  
Betty Noordhuizen  
Felicie van Vree

B3127

Leiden, 23 oktober 2006





## Voorwoord

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft beleid geformuleerd over de versterking van de vraagsturing in de zorg en ondersteuning van mensen met een beperking bij hun participatie in de samenleving. Eén van de uitwerkingen van dit beleid is de SPD Nieuwe Stijl. Doel van de SPD Nieuwe Stijl is het bieden van laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare ondersteuning aan mensen met een beperking bij het maken van keuzes op alle levensterreinen, zoals arbeid, onderwijs, wonen en zorg.

In opdracht van het College voor zorgverzekeringen evalueerde Research voor Beleid de SPD Nieuwe Stijl. De vraag hierbij is: is bereikt wat met de SPD Nieuw Stijl werd beoogd? Het voorliggende rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek.

Dank aan alle MEE-organisaties, zorgkantoren, cliëntorganisaties en alle andere organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van MEE, die hebben deelgenomen aan dit onderzoek en aan MEE Nederland voor hun bijdrage aan het onderzoek.

*Félicie van Vree*  
*Projectleider Gezondheidszorg*



# Inhoudsopgave

Conclusies	7
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	15
1.2 Doel- en vraagstelling van het onderzoek	15
1.3 Opzet van het onderzoek	16
1.4 Leeswijzer	19
2 Bereik doelgroepen	21
2.1 Bereik alle doelgroepen	21
2.2 Lichamelijk gehandicapten	24
2.3 Zintuiglijk gehandicapten	25
2.4 Mensen met een beperking in het autistisch spectrum	26
2.5 Overige doelgroepen	28
2.6 Leeftijd	29
2.7 Samenvatting	30
3 Ontwikkeling takenpakket	31
3.1 Individuele diensten	31
3.1.1 Omvang individuele taken	32
3.1.2 Inhoud individuele diensten	35
3.2 Collectieve taken	40
3.2.1 Omvang collectieve taken	40
3.2.2 Inhoud collectieve taken	41
3.3 Project integrale vroeghulp	46
3.4 Pluspakket	47
3.5 Samenvatting	48
4 Onafhankelijke dienstverlening	51
4.1 Ontvlechting	51
4.2 Overdracht zorgtaken	52
4.3 Overdracht cliëntondersteunende taken	54
4.4 Taakafbakening	57
4.5 Waardering	58
4.6 Samenvatting	58
5 Laagdrempelige en toegankelijke dienstverlening	61
5.1 Laagdrempeligheid	61
5.2 Toegankelijkheid	62
5.3 Wachttijden	65
5.4 Landelijke spreiding	67
5.5 Bekendheid en imago	68
5.6 Samenvatting	70

6	Vraaggestuurde, cliëntgerichte dienstverlening en cliënttevredenheid	73
6.1	Vraagsturing	73
6.2	Cliëntgerichtheid	75
6.3	Cliënttevredenheid	75
6.4	Samenvatting	78
7	Deskundige en professionele dienstverlening	79
7.1	Opbouw personeelsbestand	79
7.2	Kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties	80
7.3	Inhoudelijke deskundigheid	83
7.4	Samenvatting	85
8	Doelmatige dienstverlening	87
8.1	Registratie van tijd, diensten en cliënten	87
8.2	Rol van het zorgkantoor	89
8.3	Samenvatting	90
	Literatuur	91
Bijlage 1	Analysekader	95
Bijlage 2	Enquête MEE-organisaties	105
Bijlage 3	Gesprekspartners	115

## Conclusies

Sinds 1 januari 2004 voert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de subsidieparagraaf MEE-organisaties uit. Deze subsidieparagraaf is de opvolger van de subsidieparagraaf winkeltaken sociaal pedagogische diensten (SPD) en vormt het formele begin van de SPD Nieuwe Stijl. Het doel van de evaluatie van de subsidieregeling SPD Nieuwe Stijl is inzicht te verschaffen in de mate waarin de doelstellingen van de SPD Nieuwe Stijl zijn behaald.

De SPD Nieuwe Stijl is op de volgende aspecten geëvalueerd:

- Bereik van de nieuwe doelgroepen
- Ontwikkeling van het takenpakket
- Onafhankelijkheid van de dienstverlening
- Laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de dienstverlening
- Vraagsturing en cliëntgerichtheid
- Cliënttevredenheid
- Professionaliteit en deskundigheid
- Doelmatigheid.

De omvorming naar de SPD Nieuwe Stijl betekende voor de SPD'en een grote omslag met een ander takenpakket, nieuwe doelgroepen en een ander bekostigingssysteem. Dit vereist niet alleen een andere praktijk en deskundigheid, maar ook een cultuuromslag. Algemene conclusie in dit onderzoek is dat de MEE-organisaties in de afgelopen anderhalf jaar hard hebben gewerkt aan de omvorming naar de SPD Nieuwe Stijl. De omvorming van de SPD naar de SPD Nieuwe Stijl (oftewel de MEE-organisaties) is voor een groot deel gereed. Iedereen met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke beperking en/of een beperking in het autistisch spectrum kan zonder indicatie terecht bij de MEE-organisaties voor cliëntondersteuning. De omvorming is nog niet op alle aspecten afgerond.

De huidige stand van zaken voor de MEE-organisaties op de afzonderlijke aspecten is als volgt:

### **Bereik van de nieuwe doelgroepen**

De doelgroepen van de voormalige SPD bestond uit cliënten met een verstandelijke beperking en -sinds 1999- cliënten met een lichamelijke beperking. Met de omvorming naar de SPD Nieuwe Stijl zijn hier cliënten met een zintuiglijke beperking en cliënten met een beperking in het autistisch spectrum als nieuwe doelgroepen bijgekomen. In dit onderzoek constateren we dat de MEE-organisaties alle doelgroepen bereiken, echter de nieuwe doelgroepen en de cliënten met een lichamelijke beperking, slechts in (zeer) beperkte mate. Vijftien van de 25 MEE-organisaties hebben in 2005 3,9% van alle mensen met autisme in Nederland en slechts 1,0% van de mensen met een lichamelijke beperking bereikt. Van alle mensen in Nederland met een visuele beperking, zowel als van alle mensen met een auditieve beperking wordt naar schatting 0,2% door deze 15 MEE-organisaties bereikt. Bij de vergelijking tussen het bereik van de MEE-organisaties en de landelijke cijfers moet worden opgemerkt dat niet iedereen binnen de vier doelgroepen van de MEE een potentiële klant is voor de MEE-organisaties. Immers, we mogen verwachten dat niet iedereen uit deze vier doelgroepen behoefte heeft aan cliëntondersteuning.



Het aantal cliënten de MEE-organisaties met een zintuiglijke beperking of een beperking in het autistisch spectrum bij is in absolute zin nog (zeer) beperkt. Wel is de omvang van deze twee doelgroepen tussen 2004 en 2005 het sterkst gegroeid. Het cliëntenbestand van de MEE-organisaties blijkt (nog steeds) vooral te bestaan uit cliënten met een verstandelijke beperking.

### **Ontwikkeling takenpakket**

Uit het onderzoek blijkt dat alle MEE-organisaties individuele, collectieve en preventieve taken uitvoeren. Er is sprake van een (zeer) breed takenpakket waarin voor (onder andere) de MEE's de grens tussen zelf hulpverleners en cliëntondersteuning bieden niet altijd duidelijk te trekken is. De 'oude' taken (informatie en voorlichting, en sociale kaart) zijn goed ontwikkeld en worden alomteweerd. Een nieuwe taak als signalering, een taak die bij uitstek de cliëntondersteuning op beleidsniveau handen en voeten zou kunnen geven, dient nadere invulling te krijgen. Meer specifiek concluderen we per takenpakket het volgende:

- **Collectieve taken**

De MEE-organisaties voeren drie collectieve taken uit, te weten 'informatie en voorlichting', 'signalering' en 'sociale kaart en netwerken'. In het onderzoek is vastgesteld dat de collectieve taak 'informatie en voorlichting' door de MEE-organisaties goed ontwikkeld is. De partners uit het regionale netwerk van de MEE hebben waardering voor de informatie en voorlichtingsfunctie van de MEE die op een goed peil staat en pro-actief is. Ook wordt geanticipeerd op de WMO. Zo geven verschillende MEE-organisaties aan zich te oriënteren op de vraag hoe de eigen loketfunctie kan aansluiten bij of integreren met de loketten die gemeenten aan het ontwikkelen zijn in het kader van de WMO. Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat sommige MEE's reeds actief zijn in deze loketten. Daarnaast komt het voor dat een MEE participeert in lokale steunpunten waarin samen met andere organisaties informatie wordt gegeven. Van de drie collectieve taken krijgt de informatie en voorlichting de hoogste waardering. Ten aanzien van het inhoud geven aan de taak informatievoorziening worden geen knelpunten genoemd, noch worden belangrijke verschillen tussen de MEE signaleerd.

Een deel van de MEE-organisaties lijkt nog te 'worstelen' met de invulling van de nieuwe collectieve taak 'signalering'. Belangrijke vragen zijn hier hoe men kan signaleren, op welk niveau, of het reëel is dit over te laten aan de uitvoerenden en hoe signalering structureel onderdeel van het werk kan zijn. De meeste MEE's hebben deze taak dan ook (nog) niet structureel vormgegeven. Dit is een belangrijk aandachtspunt omdat juist door middel van deze taak de MEE-organisaties de maatschappelijk participatie van cliënten structureel zouden kunnen versterken. Ook met het oog op de WMO die in 2007 van kracht zal zijn, lijkt signalering (van knelpunten of witte vlekken in het hulpverleningsaanbod) een cruciale en, temidden van het overige aanbod in de hulpverlening, ook unieke taak voor de MEE's.

De derde collectieve taak is in het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken. De MEE-organisaties worden alomteweerd om hun uitgebreide kennis van de sociale kaart en actualiseren deze ook. Voor alle doelgroepen en op alle levensterreinen vindt netwerkvorming plaats. MEE-organisaties verschillen in de mate waarin zij investeren in netwerkvorming voor zintuiglijk gehandicapten.

- *Individuele diensten*

Alle MEE's bieden alle individuele diensten, met uitzondering van de dienst 'ondersteuning in crisissituaties'. Eén MEE-organisatie biedt deze dienst, in overleg met het zorgkantoor, bewust niet. Crisissituaties vragen veelal om directe zorgverlening. Bestaande centra voor crisisopvang zijn bovendien beter toegerust om in crisissituaties in te grijpen, zo menen meerdere MEE-organisaties. Consulents hebben moeite met de afweging tussen het aanbieden van de dienst 'kortdurende en kortcyclische ondersteuning' en doorverwijzen naar een zorgaanbieder. Op het moment dat deze dienst meerdere malen aan dezelfde cliënt wordt geboden voor dezelfde hulpvraag, is er in feite sprake van langdurige ondersteuning (meer dan 6 maanden).

Voorts zijn alle individuele diensten weliswaar op papier voor alle cliënten beschikbaar maar in praktijk worden niet alle individuele diensten bij alle MEE-organisaties door de nieuwe doelgroepen afgenomen. Cliënten met een zintuiglijke beperking worden over het algemeen snel doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder en missen daardoor feitelijk de onafhankelijke cliëntondersteuning.

- *Preventieve taken*

Alle MEE-organisaties voeren een project integrale vroeghulp uit. De MEE-organisaties hebben in deze projecten niet alleen een kassiersfunctie, maar vooral een aanjagende en een coördinerende/registrerende functie.

- *Uniformiteit*

De individuele diensten en collectieve taken zijn uniform vormgegeven, in de zin dat (bijna) alle MEE-organisaties de vormgeving van deze diensten en taken hebben gebaseerd op de dienstenkalender en de handreiking MEE Diensten 2005. De mate waarin de MEE-organisaties investeren in het bereiken van de nieuwe doelgroepen verschilt. Ook verschillen de MEE-organisaties in de inhoud van het pluspakket dat zij aanbieden. Dit laatste punt is logisch, aangezien het pluspakket dient aan te sluiten bij de behoefte in de regio.

### **Onafhankelijkheid van de dienstverlening**

Uit het onderzoek blijkt dat de MEE-organisaties onafhankelijk zijn georganiseerd. Wel zijn enkele zorgaanbieders en cliëntorganisaties van mening dat consultants van Mee-organisaties soms niet neutraal zijn in het geven van advies over en doorverwijzen naar zorgaanbieders. Meer in detail concluderen we over de onafhankelijkheid van MEE het volgende:

- *Onafhankelijke dienstverlening*

Alle MEE-organisaties zijn bestuurlijk ontvlochten van zorgaanbieders en verzekeraars en hebben al hun zorgtaken afgestoten. MEE-organisaties kunnen ook institutioneel (in de zin van het 'delen' van hetzelfde gebouw) of professioneel (in de betekenis van het 'delen' van personeel) een eenheid vormen met een zorgaanbieder en/of verzekeraar. Vier MEE-organisaties delen een gebouw of personeel met een zorgaanbieder. Als motief voor het delen van een gebouw of personeel is genoemd efficiencywinst of een gedeeld informatiecentrum voor cliënten. Institutioneel en professioneel ontvlechting is geen voorwaarde voor de MEE-organisaties in de subsidieregeling. Een aandachtspunt is wel of de onafhankelijkheid van de MEE-organisatie bij het delen van een gebouw en/of personeel voldoende gewaarborgd is. Een ander aandachtspunt is het individuele gedrag van consultants. In de optiek van zorgaanbieders en cliëntorganisaties zijn consultants van de MEE niet altijd onafhankelijk in hun dienstverlening, omdat bijvoorbeeld

persoonlijke voorkeuren van MEE medewerkers een rol spelen bij het adviseren over en verwijzen naar een aanbieder.

- *Overdracht van geïndiceerde zorgtaken naar andere organisaties*

De MEE-organisaties hebben al hun zorgtaken en cliënten overgedragen naar de zorgaanbieders. Cliënten hebben – in tegenstelling tot de afspraken rond de omvorming - niet overal de keuze gehad naar welke zorgaanbieder zij werden overgedragen. Bij een deel van de MEE-organisaties die moesten ontvlechten van een zorgaanbieder heeft ook overdracht van personeel plaatsgevonden.

- *Overdracht van cliëntondersteuning naar MEE-organisaties*

De overdracht van cliëntondersteuning naar MEE-organisaties heeft niet of nauwelijks plaatsgevonden. MEE-organisaties, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties geven aan dat er een overlap is in activiteiten. In de optiek van de MEE-organisaties, evenals die van het ministerie van VWS en CVZ, is het onwenselijk dat zorgaanbieders eveneens cliëntondersteuning aanbieden omdat deze ondersteuning niet onafhankelijk is. De MEE-organisaties vrezen daarnaast dat cliënten de weg kwijt raken in alle mogelijkheden voor ondersteuning.

### **Laagdrempeligheid en toegankelijkheid**

Uit het onderzoek blijkt dat de MEE-organisaties laagdrempelig zijn. De toegankelijkheid van de MEE-organisaties kan verbeterd worden. Belangrijkste aandachtspunten zijn de wachttijden en de toegankelijkheid voor mensen met een zintuiglijke beperking. Meer in detail concluderen we in het onderzoek het volgende:

- *Laagdrempelig*

MEE-organisaties zijn laagdrempelig in die zin dat er voor de ondersteuning vanuit MEE geen indicatie nodig is. Alle mensen uit de vier doelgroepen van MEE (mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking en mensen met een beperking in het autistisch spectrum) kunnen zonder indicatie terecht bij de MEE. Een gedeelte van de MEE-organisaties rekent ook andere groepen cliënten tot de doelgroep, waaronder mensen met een psychiatrische aandoening anders dan autisme. Bij mensen die volgens de MEE niet tot hun doelgroep behoren wordt de ondersteuningsvraag geïnterpreteerd en wordt vervolgens doorverwezen.

- *Toegankelijkheid*

De telefonische en fysieke toegankelijkheid van MEE-organisaties is voor het merendeel van de cliënten voldoende. De toegankelijkheid tot de dienstverlening wordt beperkt door wachtlijsten bij de MEE-organisaties.

De telefonische bereikbaarheid van de MEE-organisaties is tijdens kantoortijden goed. In de benchmark Cliënttevredenheid heeft een klein deel van de cliënten aangegeven behoefte te hebben aan ruimere openingstijden. De gebouwen van de MEE-organisaties zijn toegankelijk voor het merendeel van de cliënten, maar zijn niet aangepast voor mensen met een zintuiglijke beperking. Door alle MEE-organisaties worden huisbezoeken afgelegd indien dit noodzakelijk is of gewenst is voor de cliënt. Voor MEE-organisaties in plattelandsgebieden met slechte infrastructuur zijn huisbezoeken noodzakelijk en die worden ook afgelegd om de toegankelijkheid voor cliënten te waarborgen.

Er is een landelijk dekkend netwerk van MEE-organisaties. Er zijn drie MEE-organisaties die een provincie bestrijken met minder dan (de norm van) 625.000 inwoners. Een aantal andere MEE-organisaties bestrijkt geen provincie, maar bedient eveneens minder dan 625.000 inwoners. Deze MEE-organisaties zijn samenwerkingsverbanden aangegaan, enerzijds om te voldoen aan de eis in de subsidieregeling en anderzijds om hieruit schaalvoordelen te behalen.

Het grootste knelpunt wat betreft de toegankelijkheid van MEE zijn de wachttijden voor de dienstverlening vanuit het backoffice. De gemiddelde wachttijd tot aan het eerste gesprek is ruim 20 kalenderdagen, de langste wachttijd is 49 kalenderdagen (7 weken). Oorzaken van deze wachttijsten zijn: een toename van het aantal cliënten, de laagdrempeligheid van de organisatie, teveel tijd die wordt besteed per cliënt en het gebrek aan toegang bij zorgaanbieders. Zolang een cliënt op de wachtlijst staat bij een zorgaanbieder blijven de MEE-organisaties indien nodig ondersteuning bieden. De wachtlijsten belemmeren in ernstige mate de toegankelijkheid van de MEE als laagdrempelige, toegankelijke cliëntondersteuner.

Uit de benchmark Maatschappelijke waardering blijkt dat de bekendheid van de MEE onder de benaderde organisaties goed is. Cliëntorganisaties constateren dat de bekendheid van MEE onder de nieuwe doelgroepen nog onvoldoende is. Ook de bekendheid onder de eerstelijnszorg kan verbeterd. Om bekendheid te behouden dient voortdurend geïnvesteerd te worden. Enkele MEE-organisaties zijn gestopt met PR, omdat zij al wachtlijsten hebben en bestaande aantal cliënten moeilijk aan kunnen. Hierdoor wordt echter de toegankelijkheid van de dienstverlening voor cliënten die nog niet bekend zijn met de MEE belemmerd.

### **Vraagsturing en cliëntgerichtheid**

Uit het onderzoek blijkt dat de MEE-organisaties druk bezig zijn handen en voeten te geven aan het begrip vraagsturing. Veel organisaties blijken het echter moeilijk te vinden vraaggestuurd werken te concretiseren in de praktijk. Meer in detail concluderen we in het onderzoek het volgende:

- *Vraagsturing*

Onder vraagsturing wordt door MEE verstaan dat vragen en behoeften van cliënten uitgangspunt zijn voor de dienstverlening, dat de kwaliteit van de ondersteuning regelmatig met cliënten wordt geëvalueerd en dat de dienstverlening zo nodig daarop wordt aangepast. De MEE-organisaties hebben op verschillende manieren geïnvesteerd in het implementeren van vraagsturing in de organisatie (cursussen, themabijeenkomsten, case besprekingen e.d.). Vraaggestuurd werken komt vooral tot uiting in de dienst hulpvraagverduidelijking. Een gedeelte van de zorgaanbieders en cliëntenorganisaties is van mening dat de MEE nog teveel aanbodgestuurd werken. De MEE-organisaties zelf geven ook aan dat vraaggestuurd werken nog in ontwikkeling is. De mate waarin op dit moment vraaggestuurd gewerkt wordt verschilt daarnaast per consulent. Sommige zorgaanbieders vinden dat MEE-organisaties te veel uit gaan van de vraag van de cliënt en als gevolg daarvan irreële eisen stellen aan de zorgaanbieders. Het merendeel van de MEE-organisaties evalueert de kwaliteit van de dienstverlening met de cliëntenraad. De kwaliteit van de ondersteuning is voor het eerst systematisch in beeld gebracht via de benchmark Cliënttevredenheid, die in april 2006 door de MEE-organisaties is uitgezet<sup>1</sup>. In de toekomst moet blijken of de MEE hun dienstverlening zullen aanpassen op basis van deze resultaten van deze benchmark.

---

<sup>1</sup> Brancherapport Cliënttevredenheid. Resultaten van MEE-organisaties in Nederland. Nijmegen, ITS 2006.

- *Cliëntgerichtheid*

Cliëntgericht werken heeft betrekking op de attitude van medewerkers: hun klantvriendelijkheid, hun respect ten opzichte van de cliënten, de transparantie van de geboden diensten en de professionaliteit bij de advisering. Voor het antwoord op de vraag naar cliëntgerichtheid van de MEE-organisaties is gebruik gemaakt van de resultaten van de benchmark Cliënttevredenheid. Deze Benchmark is in opdracht van MEE Nederland uitgevoerd door ITS. De resultaten van dit onderzoek zijn uitsluitend op geaggregeerd niveau door MEE Nederland beschikbaar gesteld. Door Research voor Beleid is in dit onderzoek in interviews onder het regionale netwerk van MEE gevraagd naar de cliëntgerichtheid van de MEE-organisaties. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat cliënten zeer tevreden zijn over de eerste drie aspecten: consultants van MEE luisteren naar de cliënt, zijn geïnteresseerd in de mening van de cliënt en zijn bereid extra moeite voor haar of hem te doen. Cliënten worden correct behandeld en serieus genomen. De geboden diensten zijn volgens cliënten transparant en betrouwbaar. De deskundigheid van de consultants krijgt ook een hoge score, namelijk een 3,2 op een schaal van 1 tot en met 4. In onderhavig onderzoek van Research voor Beleid komt een minder positief beeld naar voren wat betreft de professionaliteit en deskundigheid van de advisering. Meerdere cliëntenorganisaties en organisaties uit het regionale netwerk van de MEE-organisaties beoordelen deze deskundigheid als onvoldoende, met name voor mensen met een zintuiglijke beperking en ook voor mensen met een beperking in het autistisch spectrum. Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan zijn dat cliënttevredenheid in cliënttevredenheidsonderzoeken over het algemeen vrij hoog scoort. De afhankelijkheid van de cliënten kan hierin een rol spelen. Het feit dat de MEE-organisaties zelf het veldwerk voor de benchmark hebben uitgevoerd kan eveneens van invloed zijn geweest op de resultaten.

- *Cliënttevredenheid*

Uit de benchmark blijkt voorts dat de cliënten van de MEE-organisaties over het algemeen ook (zeer) tevreden zijn over de MEE. Alle individuele MEE-organisaties krijgen een ruime voldoende. Een cliëntenorganisatie merkt op dat de informatieverstrekking aan verstandelijk gehandicapten soms moeilijk te begrijpen is voor de doelgroep.

### **Professionaliteit en deskundigheid**

Algemene conclusie ten aanzien van de professionaliteit en deskundigheid van de MEE's is dat deze goed is voor mensen met een verstandelijke beperking, maar onvoldoende voor mensen met een zintuiglijke beperking. De professionaliteit en deskundigheid voor mensen met een lichamelijke beperking en mensen met een beperking in het autistisch spectrum is in ontwikkeling. Het opleidingsniveau van de consultants is hoog. Het kwaliteitsbeleid verdient verbetering. Meer in detail concluderen we het volgende:

- *Inhoudelijke deskundigheid*

De deskundigheid voor mensen met een zintuiglijke handicap is onvoldoende, zo blijkt uit het onderzoek. De professionaliteit en deskundigheid voor mensen met een lichamelijke beperking en mensen met een beperking in het autistisch spectrum is in ontwikkeling. Voor mensen met een verstandelijke beperking is de deskundigheid voldoende, maar deze dreigt te verminderen door de instroom van consultants uit andere sectoren en de aandacht voor de nieuwe doelgroepen. Voor alle doelgroepen geldt dat het deskundigheidsniveau verschilt per consultant en per MEE-organisatie. De vraag is echter hoe deskundig MEE-consulanten moeten zijn voor de ondersteuning van hun cliënten en om welke deskundigheid dit precies dient te gaan. Zorgaanbieders en

de MEE zelf vergelijken - ons inziens ten onrechte - de deskundigheid van de MEE sterk met die van gespecialiseerde zorgaanbieders.

De consultants van de MEE-organisaties hebben bijna allemaal een Hbo-opleiding afgerond. De MEE-organisaties streven naar generalistische consultants, eventueel met speciale aandachtsgebieden. Alle MEE-organisaties bieden de consultants de mogelijkheid scholing te volgen gericht op de nieuwe doelgroepen. In het merendeel van MEE-organisaties is deze scholing verplicht.

- *Kwaliteitsbeleid MEE-organisaties*

Het kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties is nog in ontwikkeling. Het merendeel van de MEE-organisaties is nog voornemens het landelijk ontwikkelde kwaliteitssysteem te implementeren en zich HKZ te laten certificeren. Bijna alle MEE-organisaties beschikken over een wettelijk verplichte klachtenregeling en cliëntenraad. Het merendeel van de MEE-organisaties evalueert de dienstverlening met de cliëntenraad en zeven MEE's hebben afspraken gemaakt met cliëntvertegenwoordigers over kwaliteitseisen. Vijftien van de 25 MEE-organisaties hebben een gedragscode opgesteld. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat niet alle cliënten op de hoogte zijn van het bestaan van een cliëntenraad en klachtenregeling.

### **Doelmatigheid**

In overleg met CVZ is het begrip doelmatigheid zeer beperkt onderzocht en gelimiteerd gebleven tot twee hoofdvragen die niet in ander onderzoek zijn opgenomen: 1. of en hoe wordt door de MEE-organisaties geregistreerd en 2. wat is de relatie tussen zorgkantoren en MEE's. Ten aanzien van de registratie kan geconcludeerd dat het opmerkelijk is dat de omwenteling van oude naar nieuwe stijl SPD niet gepaard is gegaan met ingebruikname van één uniform registratiesysteem. De MEE organisaties maken gebruik van verschillende registratiesystemen om het aantal cliënten, het aantal diensten en de tijd per dienst te registreren. Het merendeel van de MEE-organisaties maakt hierbij gebruik van de definities uit de door MEE-Nederland ontwikkelde Maviset (management- en verantwoordingsinformatie). Voor een gedeelte van de MEE-organisaties geldt dat het registratiesysteem pas vanaf 2006 volledig functioneert. Het registratiegedrag van individuele consultants is nog niet optimaal.

Ten aanzien van de relatie van de MEE-organisaties met de zorgkantoren is achterhaald dat de zorgkantoren enerzijds afspraken maken met de MEE's over het aantal diensten. Anderzijds blijkt dat de mate en de frequentie waarin de zorgkantoren met de MEE overleggen over de subsidieaanvraag verschilt. Het merendeel van de MEE-organisaties heeft inhoudelijk contact met het zorgkantoor (zorgkantoren) in haar regio over onder meer het onderwerp aansluiting vraag en aanbod in de regio.

### **Aanbevelingen van de onderzoekers**

- Het ministerie van VWS heeft de keuze gemaakt dat de MEE's cliëntondersteuning aan zintuiglijk gehandicapten dienen te bieden. De financieringsstromen dienen op deze keuze te worden aangepast. De MEE-organisaties beschikken op dit moment over onvoldoende deskundigheid van en bekendheid onder de doelgroep. Wordt gekozen voor het stopzetten van de financiering voor cliëntondersteuning aan de gespecialiseerde instellingen, dan is des te

meer noodzakelijk dat wordt geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering onder consulenten en bekendheid onder de doelgroep zintuiglijk gehandicapten.

- Een aanscherping van het takenpakket in het algemeen en een focus op de kerndoelstelling van MEE lijkt nodig. Het takenpakket van de MEE-organisaties is (erg) breed. Het omvat zowel collectieve als individuele cliëntondersteuning. De individuele cliëntondersteuning bestaat uit taken die uiteenlopen van informatievoorziening tot ondersteuning in crisissituaties. Het takenpakket ligt op sommige punten ook dicht tegen geïndiceerde zorg aan (dienst D/dienst B5).
- De toegankelijkheid van de MEE-organisaties wordt belemmerd door de bestaande wachtlijsten. Het terugdringen van deze wachtlijsten is cruciaal voor de MEE-organisaties om hun taak als toegankelijke cliëntondersteuner te kunnen uitvoeren.
- De MEE's dienen zich te richten op de vraag hoe de collectieve taak signalering structureel vorm kan worden geven. Dit is een cruciale beleidsvraag gezien de doelstelling van de MEE en tevens zeer belangrijk in het kader van de WMO.
- Er moet in de praktijk een duidelijker inhoudelijke afbakening komen als het gaat om cliëntondersteunende taken tussen enerzijds de MEE-organisaties en anderzijds zorginstellingen en cliëntorganisaties.
- De inhoudelijke betekenis van het begrip 'vraagsturing' en de concrete toepassing van vraagsturing in de praktijk van MEE verdient nadere uitwerking en blijvende aandacht.
- In het onderzoek komt een gebrek aan inhoudelijke deskundigheid naar voren voor met name mensen met een zintuiglijke beperking. De inhoudelijke deskundigheid voor mensen met een lichamelijke beperking en mensen met een beperking in het autistisch spectrum is nog in ontwikkeling. Belangrijk is vast te stellen over welke deskundigheid de MEE-organisaties zouden moeten beschikken om de verschillende doelgroepen goed te kunnen ondersteunen. Zorgaanbieders en de MEE-organisaties zelf vergelijken wat dit aangaat – en ons inziens ten onrechte - de deskundigheid van de MEE met die van gespecialiseerde zorgaanbieders.
- Aandachtspunt is de geconstateerde verschillen in deskundigheidsniveau tussen afzonderlijke MEE-organisaties en tussen individuele consulenten. Cliënten mogen voor deskundige ondersteuning niet afhankelijk zijn van de organisatie waar zij aankloppen of van de consulent die zij toegewezen kregen.
- De bekendheid van MEE onder en het bereiken van de nieuwe doelgroepen dient verbeterd.
- De bekendheid van MEE onder de eerstelijnszorg – een belangrijke verwijzer – dient verbeterd.
- Om meer doelmatig te kunnen werken wordt aanbevolen dat de MEE-organisaties het registratiegedrag van de consulenten optimaliseren en definities van diensten, taken en doelgroepen eenduidig toepassen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Sinds 1 januari 2004 voert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de subsidieparagraaf MEE-organisaties uit. Deze subsidieparagraaf is de opvolger van de subsidieparagraaf winkeltaken sociaal pedagogische diensten (SPD) en vormt het formele begin van de SPD Nieuwe Stijl. De omvorming tot de SPD Nieuwe Stijl moet worden gezien tegen de achtergrond van het proces van vraagsturing in de zorg en de modernisering van de AWBZ. Om te komen tot 'zorg op maat' is het van belang dat zorggebruikers voldoende zijn toegerust om keuzes te maken. Doel van de SPD Nieuwe Stijl is het bieden van laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare ondersteuning aan mensen met een beperking bij het maken van keuzes op alle levensterreinen, zoals arbeid, onderwijs, wonen en zorg. Voor de SPD'en betekende de verandering tot SPD Nieuwe Stijl een grote omslag: het takenpakket moest veranderd, er kwamen nieuwe doelgroepen bij en ook het bekostigingssysteem veranderde drastisch. Dit vereist niet alleen een andere praktijk en deskundigheid, maar ook een cultuuromslag. Bovendien kregen de SPD'en tijdens dit veranderingsproces te maken met veranderingen in de wet- en regelgeving, waaronder de invoering van de Wmo. De vraag is nu of met de SPD Nieuwe Stijl is bereikt wat werd beoogd.

## 1.2 Doel- en vraagstelling van het onderzoek

Het doel van de evaluatie van de subsidieregeling SPD Nieuwe Stijl is inzicht te verschaffen in de mate waarin de doelstellingen van de SPD Nieuwe Stijl zijn behaald.

De SPD Nieuwe Stijl is op de volgende aspecten geëvalueerd:

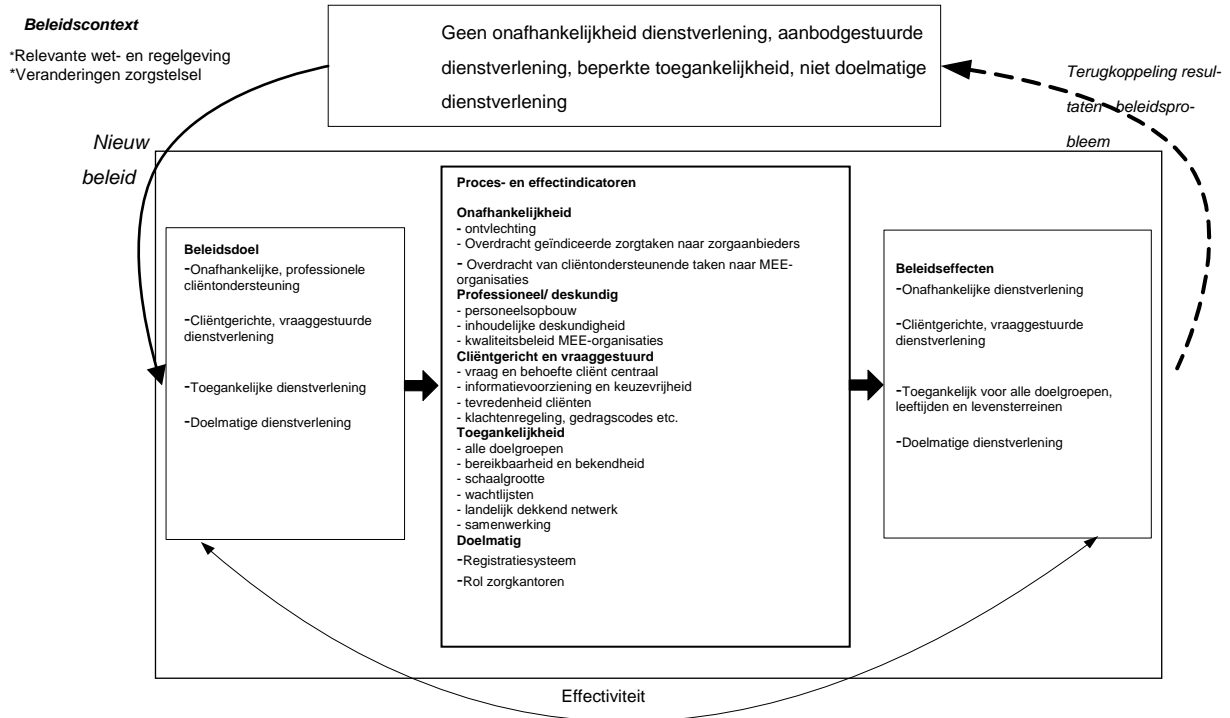
- Bereik van de nieuwe doelgroepen
- Ontwikkeling van het takenpakket
- Onafhankelijkheid van de dienstverlening
- Laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de dienstverlening
- Vraagsturing en cliëntgerichtheid
- Cliënttevredenheid
- Professionaliteit en deskundigheid
- Doelmatigheid

De mate waarin de doelstellingen van de SPD Nieuwe Stijl zijn behaald wordt gemeten aan de hand van een set proces- en effectindicatoren. De proces- en effectindicatoren zijn uitgewerkt in een analysekader. In het analysekader is voor iedere indicator aangegeven welke informatiebron(nen) in het onderzoek is (zijn) gebruikt. Het analysekader is opgenomen in bijlage 1.

De samenhang tussen de beleidsdoelstellingen, de proces- en effectindicatoren en de beoogde beleidseffecten zijn in onderstaand evaluatiemodel weergegeven (figuur 1.1). Het evaluatiemodel vormt het uitgangspunt voor het structureren en systematiseren van het onderzoek. De evaluatie focust op de realisatie van de effecten zoals met de omvorming naar de SPD Nieuwe Stijl zijn beoogd.



**Figuur 1.1** Evaluatiemodel



### 1.3 Opzet van het onderzoek

Om de SPD Nieuwe Stijl op de bovengenoemde aspecten te evalueren zijn door het projectteam van Research voor Beleid verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd. Het onderzoek bestaat uit vier fasen:

1. voorbereidingsfase
2. onderzoek MEE-organisaties
3. onderzoek omgeving van de MEE-organisaties
4. analyse en rapportage.

#### Eerste fase: Voorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase is gestart met een nadere analyse van het beleidsprobleem en het beleidsdoel aan de hand van een studie van alle beschikbare documentatie voorafgaande en rond de omvorming van de SPD'en. De benchmarks 'Cliënttevredenheid' en 'Maatschappelijke waardering' die tijdens het evaluatieonderzoek zijn uitgezet, zijn eveneens geanalyseerd, om zorg te dragen voor een goede afstemming tussen de benchmarks en het evaluatieonderzoek. Daarnaast zijn oriënterende gesprekken gevoerd met het CVZ, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en MEE Nederland. Op basis van de verkregen informatie is het analysekader met proces- en effectindicatoren opgesteld. Het analysekader is besproken met CVZ en MEE Nederland, waarna de definitieve versie is vastgesteld.

### **Tweede fase: Onderzoek MEE-organisaties**

In de tweede fase van de evaluatie is voor de individuele MEE-organisaties alle benodigde kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de omvorming naar de SPD-nieuwe stijl en de huidige uitvoeringspraktijk verzameld. Hiertoe zijn diepte-interviews gevoerd met bestuur en management, in sommige gevallen bijgestaan door beleidsmedewerkers, van de MEE-organisaties. Voorafgaande aan de interviews is de bestuurders gevraagd een voorgestructureerde vragenlijst in te vullen om zo de benodigde feitelijke informatie te verzamelen (zie bijlage 2). Tijdens het interview is dieper ingaan op de thema's uit de vragenlijst, te weten: ontwikkeling van het takenpakket, onafhankelijkheid/ontvlechting, laagdrempeligheid/toegankelijkheid, cliëntgerichtheid, professionaliteit/deskundigheid en doelmatigheid.

In totaal zijn er 25 MEE-organisaties in Nederland. Met alle MEE-organisaties is uitvoerig gesproken met ten minste een bestuurder<sup>1</sup>. In een tweetal interviews is gesproken met meerdere bestuurders tegelijk. In dit geval ging het om MEE's, die nauw met elkaar samenwerken. In totaal zijn 20 interviews afgenomen. De bestuurders is de mogelijkheid geboden een beleidsmedewerker of een medewerker op het niveau van de praktijk (bijvoorbeeld consulent) bij het interview aanwezig te laten zijn. In tabel 1.1 staat beschreven wie uiteindelijk aan de interviews hebben deelgenomen.

**Tabel 1.1** Respondenten naar type functie

Respondent	Aantal
Bestuurder	19
Medewerker beleidsniveau	8
Mavi-medewerker	2

### **Derde fase: Onderzoek omgeving**

MEE is bij uitstek een netwerkorganisatie. Samenwerking en afstemming met verschillende regionale maatschappelijke organisaties is van essentieel belang. In de derde fase is daarom de omgeving van MEE bij het onderzoek betrokken. Doel van de derde fase is inzicht te krijgen in het functioneren van de MEE-organisaties volgens organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van MEE. Er zijn gegevens verzameld over (1) *onafhankelijkheid en professionaliteit van de dienstverlening*: scheiding van taken, gemaakte afspraken met samenwerkingspartners (2) *cliëntgerichtheid en vraaggestuurde dienstverlening*: cliënttevredenheid, informatievoorziening aan cliënten, keuzevrijheid, cliëntenrechten in de praktijk (inspraakbeleid en verankering hiervan, klachtenregeling, gedragscode, cliëntenraad), meten van cliënttevredenheid, (3) *toegankelijkheid van de organisatie*: bereikbaarheid van de MEE-organisaties voor samenwerkingspartners, opzet en functioneren van het regionale netwerk en mate waarin het dekkend is, samenwerking met partners uit het lokale netwerk en effecten van schaalvergroting.

In deze fase zijn de volgende activiteiten ondernomen:

- studie benchmark Cliënttevredenheid
- interviews landelijke cliëntorganisaties (n=5)
- studie benchmark Maatschappelijke waardering
- telefonisch interviews organisaties regionaal netwerk (n=71)
- telefonisch interview onder zorgkantoren (n=19).

<sup>1</sup> Eén MEE-organisatie had zojuist een nieuwe bestuurder, die de omvorming naar MEE niet van binnenuit heeft meegemaakt. Daarom heeft deze MEE er voor gekozen niet de bestuurder, maar twee managers en een beleidsmedewerker af te vaardigen voor het interview.

De cliënten zijn vanzelfsprekend de meest belangrijke partij in de omgeving van de MEE-organisaties. De cliënten van MEE zijn via de benchmark cliënttevredenheid bij de evaluatie betrokken. Deze benchmark is uitgevoerd door MEE Nederland. In totaal zijn 23 van de 25 MEE-organisaties in de analyse van de benchmark opgenomen. Er hebben 3.523 cliënten (of hun vertegenwoordigers) de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. De respons was 31,8%. De resultaten van de benchmark zijn in deze rapportage verwerkt. Het inzicht in de resultaten van de benchmark is echter beperkt. Research voor Beleid kon uitsluitend beschikken over het Brancherapport waarin de resultaten op geaggregeerd niveau zijn weergegeven.

Naast de informatie uit de benchmark is gesproken met ten eerste vertegenwoordigers vanuit het Landelijk Platform Cliëntenraden MEE-organisaties (LPC MEE) en ten tweede met belangenvertegenwoordigers van de verschillende doelgroepen op landelijk niveau, te weten de CG-raad, de FvO, Onderling Sterk, de Federatie Slechtzienden- en Blindenbelang en de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA). In deze interviews staat de visie van deze organisaties op het overgangsproces, op de rollen en taken van de SPD nieuwe stijl en de succes- en faalfactoren bij de omvorming centraal.

Instellingen en organisaties uit het regionaal netwerk van MEE zijn benaderd via de benchmark 'Maatschappelijk waardering, uitgevoerd door MEE-Nederland. Er zijn circa 8.600 vragenlijsten verstuurd naar organisaties als zorginstellingen, cliëntorganisaties, indicatieorganen en bijvoorbeeld welzijnsinstellingen. Daarvan zijn er ruim 1.800 ingevuld retour gekomen. Dit betekent een respons van 21,9%. Van de respondenten acht 26,5% zich zeker niet in staat de MEE te beoordelen. Deze respondenten zijn niet meegenomen in de analyses over de waardering voor de MEE. Van de respondenten die wel zijn meegenomen in deze analyses acht 25,6% zich enigszins in staat de MEE te beoordelen, 29% in redelijke mate in staat en 19% acht zich zeker wel in staat. De resultaten van de benchmark zijn in dit rapport verwerkt. Ook hier geldt dat het inzicht in de resultaten van de benchmark beperkt is. Research voor Beleid kon alleen beschikken over het Brancherapport waarin de resultaten op geaggregeerd niveau zijn weergegeven.

Naast de informatie uit de benchmark is de MEE-organisaties gevraagd vijf instellingen of organisaties (inclusief naam en telefoonnummer van een contactpersoon) aan Research voor Beleid door te geven met wie de MEE in contact staat. Hierbij is gevraagd naar variatie in levensterreinen, doelgroepen en intensiteit van het contact. Ook is verzocht zowel organisaties door te geven waarmee het contact goed, als organisaties waarmee het minder goed verloopt. De organisaties uit het netwerk van MEE zijn benaderd voor een kort telefonisch interview waarin de volgende onderwerpen aan de orde kwamen: bekendheid met MEE, taakafbakening en -overdracht van taken, inhoud van het contact c.q. de samenwerking, waardering van de samenwerking en van de huidige uitvoeringspraktijk van MEE en cliënttevredenheid.

Er zijn 98 organisaties uit het netwerk van MEE benaderd. De respons was hoog, namelijk ruim 70%. Redenen van non-respons zijn onder meer dat de respondent tijdens de onderzoeksperiode met vakantie is, te druk is, of dat de respondent inmiddels is vervangen door een andere medewerker. In totaal zijn 71 interviews uitgevoerd. In onderstaande tabel staan deze uitgesplitst naar type organisatie.

**Tabel 1.2** Interviews regionaal netwerk naar type organisatie

Type organisatie	Aantal
Bureaus Jeugdzorg	7
Regionale cliëntorganisaties	9
Zorgaanbieders VG*	19
Zorgaanbieders LG**	6
Zorgaanbieders ZG	5
Zorgaanbieders AUT	1
Zorgaanbieders overig	3
Welzijn	6
Wonen	2
Onderwijs	5
Gemeenten	8
Totaal	71

\* Sommigen in combinatie met LG of ZG

\*\* Sommigen in combinatie met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en / of ZG

Ten slotte zijn telefonisch interviews gehouden met contactpersonen werkzaam bij zorgkantoren met wie de individuele MEE-organisaties afspraken hebben gemaakt. Centraal in deze interviews staat de rol van de zorgkantoren bij het maken van afspraken over het aantal diensten met de MEE-organisaties en de bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoeringspraktijk van MEE gezien vanuit de zorgkantoren. In totaal is gesproken met 19 contactpersonen vanuit 16 zorgkantoren. Sommige van deze contactpersonen hebben contact met meer dan één MEE-organisatie. Van de totale onderzoeksgroep van 25 MEE-organisaties zijn er twintig in de interviews besproken. Vijf MEE-organisaties zijn niet in de interviews besproken. De contactpersonen die met deze vijf MEE-organisaties afspraken maken zijn niet bereikt. Redenen van non-respons waren praktisch van aard (vakantie, niet mogelijk een afspraak te maken binnen de gestelde termijn).

#### **Vierde fase: Analyse en rapportage**

In de vierde en laatste fase zijn alle verzamelde gegevens geanalyseerd, in samenhang met de door MEE-Nederland en CVZ geleverde gegevens. Aan de hand van het evaluatiemodel wordt van de beoogde beleidseffecten (onafhankelijkheid, vraagsturing, toegankelijkheid en doelmatigheid) beschreven in hoeverre deze behaald zijn en wat belemmerende en bevorderende factoren zijn (geweest) bij het behalen van deze effecten.

## **1.4 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 gaat in op het bereik van de nieuwe doelgroepen: worden inmiddels alle doelgroepen bereikt en zo nee, wat is hiervan de oorzaak? In welke mate worden de nieuwe doelgroepen bereikt? Hoofdstuk 3 beschrijft het nieuwe takenpakket van de MEE-organisaties: wat is de omvang en wat is de inhoud van dit takenpakket en is er sprake van uniformiteit van het takenpakket? Hoofdstuk 4 geeft een antwoord op de vraag naar de onafhankelijkheid van de dienstverlening van MEE: zijn alle MEE-organisaties ontvlochten van zorgaanbieder en verzekeraar, zijn alle zorgtaken afgestoten en zijn de cliëntondersteunende taken aan MEE overgedragen? En ten slotte ook: is de nieuwe taakafbakening helder voor iedereen? Het vijfde hoofdstuk gaat in op de

laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de dienstverlening. De volgende vragen worden hierin beantwoord: kan iedereen bij MEE terecht? Is MEE voor iedereen toegankelijk en bereikbaar? Is er sprake van voldoende landelijke spreiding? Wat is het imago van MEE en in welke mate is zij bekend in de regio? Hoofdstuk 6 bespreekt de mate waarin de MEE-organisaties vraaggestuurd en cliëntgericht werken. Ook komt hier de vraag naar cliënttevredenheid aan de orde. De deskundigheid van de medewerkers van de MEE-organisaties en de professionaliteit van MEE komt aan de orde in hoofdstuk 7. Hoofdstuk 8 ten slotte gaat in op de doelmatigheid van de dienstverlening van MEE als het gaat om het registreren van de werkzaamheden en de rol van het zorgkantoor bij het opstellen van afspraken over het aantal diensten. De conclusies en samenvatting van de evaluatie bevinden zich voorin dit rapport.

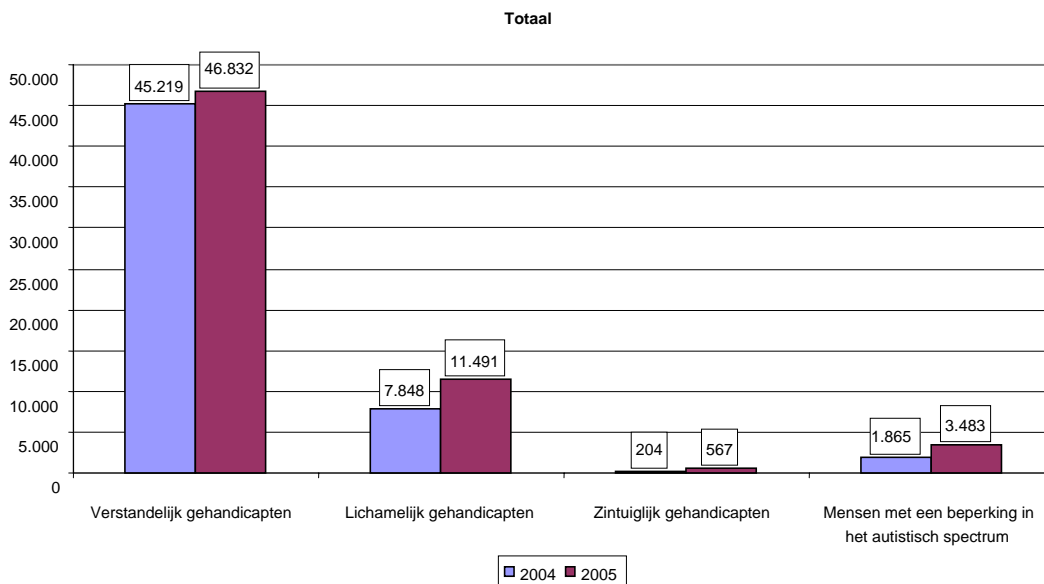
## 2 Bereik doelgroepen

Van oudsher hebben de SPD'en ondersteuning en zorg verleend aan mensen met een verstandelijke handicap. Sinds 1999 ondersteunen de SPD'en ook mensen met een lichamelijke beperking. De omvorming naar SPD Nieuwe Stijl betekende een verdere verbreding van de doelgroep: niet alleen mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking, maar ook mensen met een zintuiglijke beperking en mensen met een beperking uit het autistisch spectrum zijn tot de doelgroep van MEE gaan behoren. Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de vraag of alle doelgroepen door de MEE's worden bereikt, de mate waarin deze doelgroepen worden bereikt en of en welke knelpunten zich hierin voordoen.

### 2.1 Bereik alle doelgroepen

In de enquête onder de MEE-organisaties is gevraagd naar het aantal cliënten per doelgroep in 2003, 2004 en 2005. Niet alle MEE's hebben deze cijfers uitgesplitst naar doelgroep en/of voor elk van de gevraagde jaren kunnen leveren. Verreweg de meeste MEE-organisaties konden de cijfers over 2003 niet of niet volledig leveren. Het jaar 2003 is daarom verder buiten beschouwing gelaten. Vijftien van de 25 MEE's zijn in staat geweest cijfers naar doelgroep over zowel de jaren 2004 en 2005 te leveren. De kwantitatieve gegevens die in deze paragraaf worden getoond hebben betrekking op deze vijftien MEE-organisaties.

**Figuur 2.1** Aantal actieve cliënten per doelgroep in 2004 en 2005 (totalen over 15 MEE-organisaties)



Bovenstaande figuur (figuur 2.1) toont de toename tussen 2004 en 2005 van het totaal aantal cliënten van 15 MEE-organisaties per doelgroep. Het gaat hier om het aantal actieve cliënten.

Dit zijn cliënten aan wie in het betreffende jaar minimaal één dienst is geleverd. Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat veel cliënten een combinatie van beperkingen hebben. Cliënten worden gewoonlijk geregistreerd onder die beperking die het grootste aandeel heeft in de problematiek waartoe de cliënt de MEE benaderd.

In de figuur is te zien dat de groep mensen met een verstandelijke handicap veruit de grootste doelgroep vormt en dat deze groep ook nog steeds in omvang toeneemt. In tabel 2.1 is per doelgroep het groeipercentage gegeven. Hieruit valt te lezen dat de groep mensen met een verstandelijke beperking tussen 2004 en 2005 is gegroeid met een percentage van 3,6%. Het kleinst in absolute zin is de groep mensen met een zintuiglijke beperking. Deze doelgroep is echter wel het sterkst gegroeid, namelijk met 177,9%. Ook de groep mensen met een beperking in het autistisch spectrum is sterk toegenomen. Tussen 2004 en 2005 is deze gegroeid met 86,8%. Op de tweede plaats qua omvang (absoluut) staat de groep mensen met een lichamelijke beperking. Deze groep vormt echter nog steeds minder dan een kwart van de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. De groep mensen met een lichamelijke beperking is tussen 2004 en 2005 gegroeid met een percentage van 46,4%.

**Tabel 2.1** Groeipercentages per doelgroep over 2004 en 2005

Doelgroep	Groeipercentage
Verstandelijk gehandicapten	3,6%
Lichamelijk gehandicapten	46,4%
Zintuiglijk gehandicapten	177,9%
Mensen met autisme	86,6%

Het bereik van de verschillende doelgroepen is afgezet tegen landelijke cijfers. We beschikken over de cijfers van slechts 15 van de 25 MEE-organisaties. De overige 10 MEE-organisaties waren niet in staat het aantal cliënten uitgesplitst per doelgroep over het jaar 2005 aan te leveren. We kunnen daarom geen uitspraak doen over welk deel van het totaal aantal mensen met een beperking in Nederland de organisaties tezamen bereiken. De cijfers uit de tabel geven wel een indicatie van het bereik. In de landelijke registraties is de doelgroep zintuiglijk gehandicapten opgesplitst in mensen met een visuele en mensen met een auditieve beperking. Deze cijfers kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld, omdat er ook mensen zijn die in beide functies een beperking hebben. De cijfers van de MEE-organisaties zijn niet opgesplitst naar visuele en auditieve beperking. Om toch een vergelijk te kunnen maken tussen de landelijke cijfers en het aantal door de MEE-organisaties bereikte cliënten is het totaal aantal mensen met een zintuiglijke beperking dat wordt bereikt door de 15 MEE-organisaties (n=567) in een gelijke verhouding als de landelijke cijfers opgedeeld in mensen met een visuele mensen met en een auditieve beperking. Bij de vergelijking tussen het bereik van de MEE-organisaties en de landelijke cijfers moet worden opgemerkt dat niet iedereen binnen de vier doelgroepen van de MEE een potentiële klant is voor de MEE-organisaties. Immers, we mogen verwachten dat niet iedereen uit deze vier doelgroepen behoefte heeft aan cliëntondersteuning.

**Tabel 2.2** Bereik per doelgroep

Doelgroep	Aantal in Nederland	Aantal cliënten van 15 MEE's in 2005	Percentage bereikt
Verstandelijk gehandicapten	103.300 <sup>1</sup>	46.832	45,3%
Lichamelijk gehandicapten	1.100.000 <sup>2</sup>	11.491	1,0%
Visueel gehandicapten	118.000 <sup>3</sup>	243 <sup>4</sup>	0,2%
Auditief gehandicapten	206.000 <sup>5</sup>	324 <sup>6</sup>	0,2%
Mensen met autisme	90.000 <sup>7</sup>	3.483	3,9%
Totaal	1.617.300	62.373	3,8%

Uit de tabel blijkt dat 15 van de 25 MEE-organisaties tezamen ruim 45% van alle mensen met een verstandelijke handicap bereiken. De nieuwe doelgroepen worden in veel beperkter mate bereikt. De 15 MEE-organisaties bereiken tezamen naar schatting slechts 0,2% van de totale populatie mensen met een visuele beperking en eveneens 0,2% van de totale populatie mensen met een auditieve beperking. Ook mensen met autisme worden in slechts beperkte mate bereikt. De 15 MEE-organisaties tezamen bereiken nog geen vier procent van de totale populatie. Lichamelijk gehandicapten vormen de grootste groep in Nederland. De 15 MEE-organisaties bereiken gezamenlijk slechts 1,0% van deze doelgroep.

Ook zijn de relatieve aandelen per doelgroep van de totale populatie mensen met een beperking in Nederland vergeleken met de relatieve aandelen per doelgroep van het totaal aantal cliënten van 15 MEE-organisaties in 2005. Deze zijn weergegeven in tabel 2.3. Het blijkt dat in Nederland de doelgroep lichamelijk gehandicapten veruit het grootst is en 68,0% uitmaakt van het totaal aantal mensen met een beperking. Zij maken echter slechts 18,4% uit van het cliëntenbestand van de MEE-organisaties. Ruim 7% van het totaal aantal mensen met een beperking heeft een visuele en 12,7% een auditieve beperking, terwijl zij respectievelijk slechts 0,4% en 0,5% uitmaken van het totaal aantal cliënten van de MEE-organisaties. Verstandelijk gehandicapten zijn, gezien op het totaal aantal mensen met een handicap in Nederland, een relatief kleine groep (6,4%), terwijl zij 75,1% uitmaken van het totaal aantal cliënten van de MEE-organisaties. Mensen met autisme maken 5,6% uit van het totaal aantal mensen met een handicap in Nederland en eveneens 5,6% van het aantal cliënten van MEE.

<sup>1</sup> Dit betreft een schatting. Bron: ZRS, CTG, ZAio, SVB en VWS, 2004.

<sup>2</sup> Dit betreft zelfstandig wonende volwassenen met langdurige lichamelijke (niet-zintuiglijke) beperkingen. Bron: Klerk, de M en R. Schellingerhout, *Ondersteuning gewenst Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. SCP, 2006.

<sup>3</sup> Dit betreft het aantal mensen in de Nederlandse bevolking van zes jaar en ouder met matige tot ernstige visuele beperkingen. Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau (AVO, 1999)

<sup>4</sup> Dit betreft een schatting. De cijfers betreffende mensen met een zintuiglijke handicap zijn door de MEE-organisaties niet onderscheiden naar visuele en auditieve beperkingen. Om toch een vergelijking met de landelijke cijfers te kunnen maken is het totaal aantal mensen met een zintuiglijke beperking dat wordt bereikt door de 15 MEE-organisaties (n=567) in een gelijke verhouding als de landelijke cijfers opgedeeld in mensen met een visuele mensen met en een auditieve beperking.

<sup>5</sup> Dit betreft het aantal mensen in de Nederlandse bevolking van zes jaar en ouder met matige tot ernstige auditieve beperkingen. Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau (AVO, 1999)

<sup>6</sup> Dit betreft een schatting. De cijfers betreffende mensen met een zintuiglijke handicap zijn door de MEE-organisaties niet onderscheiden naar visuele en auditieve beperkingen. Om toch een vergelijking met de landelijke cijfers te kunnen maken is het totaal aantal mensen met een zintuiglijke beperking dat wordt bereikt door de 15 MEE-organisaties (n=567) in een gelijke verhouding als de landelijke cijfers opgedeeld in mensen met een visuele mensen met en een auditieve beperking.

<sup>7</sup> Dit betreft een schatting. Bron: brochure autisme begrijpen, NVA.



**Tabel 2.3** Aantal en percentages mensen met een beperking in Nederland per doelgroep en aantal en percentages cliënten van 15 MEE-organisaties in 2005 per doelgroep

Doelgroep	Aantal in Nederland	Percentage*	Aantal cliënten MEE 2005	Percentage op totaal**
Verstandelijk gehandicapten	103.300 <sup>1</sup>	6,4%	46.832	75,1%
Lichamelijk gehandicapten	1.100.000 <sup>2</sup>	68,0%	11.491	18,4%
Visueel gehandicapten	118.000 <sup>3</sup>	7,3%	243 <sup>4</sup>	0,4%
Auditief gehandicapten	206.000 <sup>5</sup>	12,7%	324 <sup>6</sup>	0,5%
Mensen met autisme	90.000 <sup>7</sup>	5,6%	3.483	5,6%
Totaal	1.617.300	100%	62.373	100%

\* gepercenteerd op het totaal aantal mensen met een beperking in Nederland

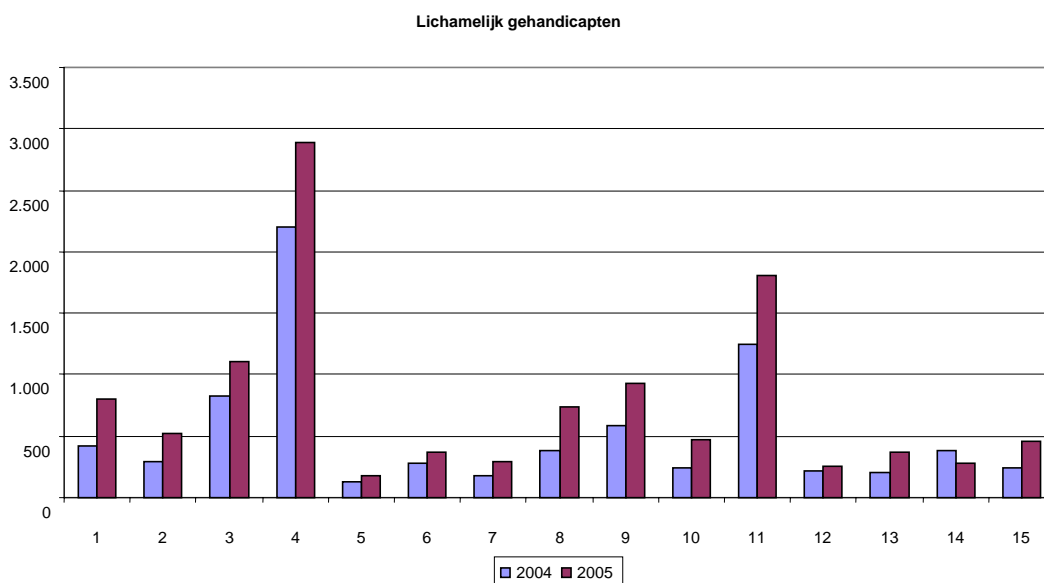
\*\* gepercenteerd op het totaal aantal cliënten van 15 MEE-organisaties in 2005

In de volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op het bereik van de nieuwe doelgroepen (inclusief de lichamelijk gehandicapten) en eventuele knelpunten die zich hierin voordoen.

## 2.2 Lichamelijk gehandicapten

Mensen met een lichamelijke handicap behoren al langer (sinds 1999) tot de doelgroep van MEE. Aanvankelijk bestond er wat terughoudendheid onder deze doelgroep om bij MEE binnen te stappen, zo blijkt uit de interviews met de MEE-organisaties. Dit vanwege het imago van de SPD als ondersteuner van mensen met een verstandelijke handicap. Getuige de groei van het aantal cliënten tussen 2004 en 2005 en getuige de interviews met de bestuurders van MEE worden steeds meer cliënten uit deze doelgroep bereikt. Onderstaande figuur (figuur 2.2) toont de ontwikkeling in het aantal cliënten met een lichamelijke beperking per MEE-organisatie (n=15).

**Figuur 2.2** Aantal cliënten per MEE-organisatie tussen 2004 en 2005 (n=15)



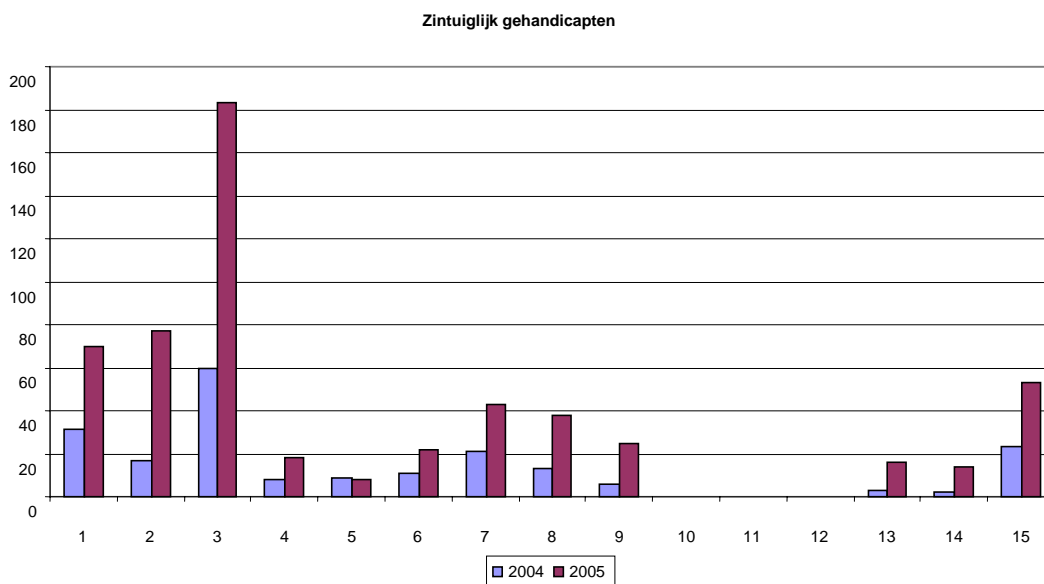
1 Tot en met 7: zie voetnoten pagina 23.

Het blijkt dat onder verreweg de meeste MEE-organisaties het aantal cliënten met een lichamelijke beperking is gestegen. Bij één van de vijftien MEE-organisaties is het aantal cliënten met een lichamelijke beperking echter gedaald. Buiten het imagoprobleem komen geen knelpunten specifiek voor deze doelgroep naar voren.

## 2.3 Zintuiglijk gehandicaptten

Het aantal ondersteunde mensen met een zintuiglijke handicap is gering. Mensen met een zintuiglijke beperking maakten in 2005 1,2% uit van het totaal aantal cliënten van MEE. De meeste MEE-organisaties laten echter wel een stijging zien in het aantal bereikte mensen met een zintuiglijke handicap. Voor één MEE geldt dat het aantal cliënten met een zintuiglijke beperking is gedaald tussen 2004 en 2005. Drie MEE-organisaties hebben in 2004 en in 2005 geen enkele cliënt als cliënt met een zintuiglijke beperking geregistreerd.

**Figuur 2.3** Aantal cliënten per MEE-organisatie tussen 2004 en 2005



Er zijn meerdere knelpunten als het gaat om het bereiken van mensen met een zintuiglijke beperking. Instellingen in de sector voor mensen met een zintuiglijke beperking ontvangen nog steeds financiering voor ondersteuning van hun cliënten. Deze instellingen zijn daarom niet geneigd ondersteunende taken aan de MEE's over te dragen (zie hiervoor ook §4.3), noch motiveert dit de MEE's veel in de ondersteuning aan de betreffende doelgroep te investeren. De investeringen om zintuiglijk gehandicaptten goed te kunnen ondersteunen zijn relatief groot. Onder meer moet hierbij gedacht worden aan het ontwikkelen van deskundigheid en vaardigheden onder consulenten (bijvoorbeeld gebarentaal), aanpassingen ten behoeve van de toegankelijkheid van gebouwen (bijvoorbeeld looplijnen) en het aanschaffen van hulpmiddelen. Deze investeringen wegen niet of nauwelijks op tegen de (bedrijfsmatige) opbrengsten, zo stellen enkele bestuurders van MEE-organisaties. Zintuiglijk gehandicaptten zijn voor de MEE-organisaties een kleine doelgroep.

Bovendien hebben de meeste MEE's nu al moeite de toestroom aan cliënten te verwerken. De meeste MEE's hebben te maken met wachttijden van enkele dagen tot enkele weken (zie hiervoor ook § 5.3).

Organisaties en instellingen in de sector voor mensen met een zintuiglijke beperking zijn op dit moment veel beter dan MEE geëquipeerd voor de ondersteuning van de doelgroep, zo is de mening van deze organisaties en instellingen zelf als ook van de MEE-organisaties. De ondersteuning die MEE biedt aan cliënten met een zintuiglijke handicap bestaat dan ook vaak uit een doorverwijzing naar een gespecialiseerde aanbieder. Uit gesprekken met enkele zorgaanbieders uit de sector blijkt dat zij een meer actieve rol van MEE voor hun doelgroep wensen. Zij zien deze rol concreet gestalte krijgen in de monitoring en evaluatie van de zorg door de zorgaanbieder (dienst B4), de begeleiding bij (her)indicatietrajecten en ondersteuning van cliënten in de thuissituatie.

Dit laatste wordt geïllustreerd door de volgende respondent, verbonden aan een audiologisch centrum:

*Als ouderen een gehoorapparaat, of bijvoorbeeld een spraakcursus hebben gehad, dan houdt het voor ons op. Maar slechthorende ouderen hebben meer hulp nodig dan dat - bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of verzorging, of specifieke voorzieningen in huis, zoals een lamp die gaat flikkeren als de deurbel gaat. Het regelen van dergelijke zaken, dat is de taak van MEE. Dat is niet ons terrein.*

De meeste MEE-organisaties tonen echter nog te weinig initiatief om iets voor de doelgroep te betekenen en zijn bovendien nog te weinig deskundig op het gebied van mensen met een zintuiglijke beperking, zo is de mening van instellingen en organisaties uit de sector zintuiglijk gehandicapten.

## **2.4 Mensen met een beperking in het autistisch spectrum**

De doelgroep mensen met autisme is voor de MEE's niet helemaal nieuw. Een deel van de cliënten uit de 'oude' doelgroep van MEE – mensen met een verstandelijke beperking – had en heeft ook een beperking in het autistisch spectrum. Deze werden niet apart geregistreerd. Nieuw voor MEE zijn de mensen met autisme met een IQ hoger dan 80 (bijvoorbeeld mensen met het syndroom van Asperger). Een deel van de mensen met autisme dat voorheen werd geregistreerd onder 'mensen met een verstandelijke beperking' wordt nu geregistreerd onder de groep 'mensen met een beperking in het autistisch spectrum'. Niet duidelijk is hoe groot dit aandeel precies is. De groei van de doelgroep (tussen 2004 en 2005 met 87%) is echter vermoedelijk voor een deel het gevolg van een andere manier van registreren.

Anders registreren is echter niet de enige reden van de groei in deze doelgroep. In tegenstelling tot de groep zintuiglijk gehandicapten wordt – getuige de MEE's zelf en organisaties uit de omgeving van MEE – door de meeste MEE's geïnvesteerd in de ondersteuning van de mensen met autisme. Dit betreft zowel investeringen in deskundigheid van consultants als in het opbouwen en onderhouden van netwerken (GGZ, scholen, GGD, bureaus Jeugdzorg, autismecentra, scholen en zorginstellingen). MEE's hebben hierbij veel steun aan reeds bestaande netwerken als het

RIAN (Regionaal Intersectoraal Autisme Netwerk) en het NVA (Nederlandse Vereniging voor Autisme). De meeste MEE's hebben convenanten Autisme opgesteld met partners uit de regio.

De hulpverlening aan mensen met autisme is sterk gefragmenteerd. Het aantal instellingen dat zorg biedt aan specifiek deze doelgroep is beperkt. Volgens de bestuurders van MEE bestond (en bestaat) er daarom een grote behoefte aan een regionaal, integraal punt voor ondersteuning van mensen met autisme. MEE voorziet in deze behoefte. Volgens de MEE-instellingen is er voldoende draagvlak in de regio.

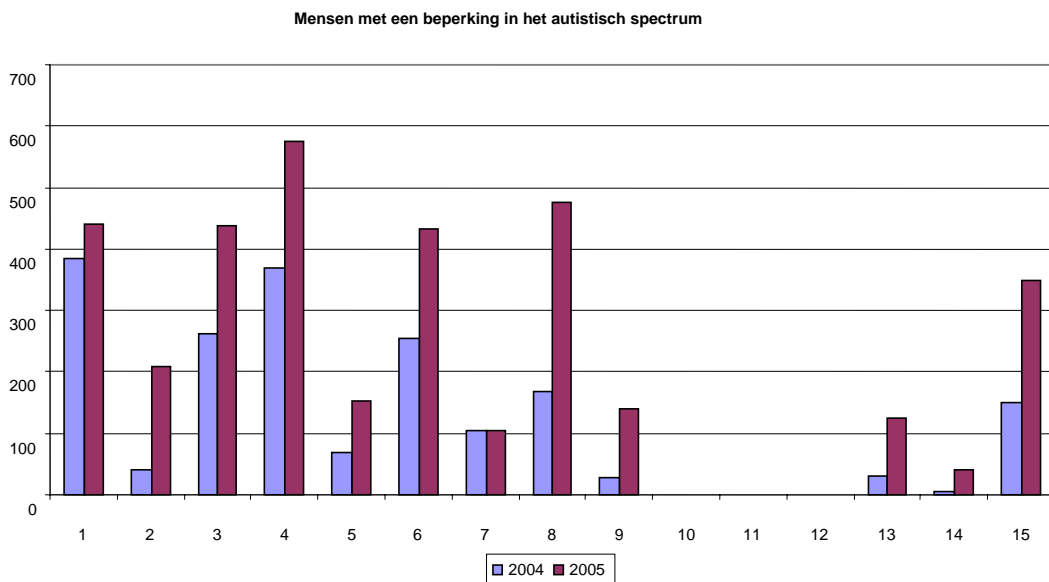
*Het wordt algemeen gedeeld en erkend, ook door de ouderorganisaties, dat de MEE hier de cliëntondersteuning doet (bestuurder van MEE).*

En:

*Er is zoveel vraag naar autismehulpverlening dat je elkaar niet zo snel in de weg zit (betrokkene zorginstelling voor mensen met autisme)*

Uit onderstaande tabel wordt duidelijk dat de doelgroep mensen met een beperking in het autistisch spectrum bij elk van de 15 MEE's (vaak sterk) is gestegen. Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat alle MEE-organisaties mensen met autisme bereiken. Onder drie MEE's zijn echter noch in 2004 noch in 2005 cliënten onder de betreffende doelgroep geregistreerd. Mogelijk zijn mensen met autisme hier onder één van de andere doelgroepen geregistreerd.

**Figuur 2.4** Aantal cliënten per MEE-organisatie tussen 2004 en 2005



Verschillen in bereik van mensen met een beperking in het autistisch spectrum kunnen, getuige interviews met regionale partners uit de sector, worden verklaard vanuit de verschillende historie van de afzonderlijke organisaties. Sommige MEE's zijn al langer actief voor deze doelgroep. Voor anderen geldt dat pas sinds de omvorming in het bereik van deze doelgroep wordt geïnvesteerd.

Daarnaast komt uit een interview met het NVA (Nederlandse Vereniging voor Autisme) naar voren dat in een aantal regio's het opzetten van een convenant autisme<sup>1</sup> niet vlot verloopt. MEE-organisaties uit deze regio's hebben enige achterstand als het gaat om het opbouwen van deskundigheid van en bekendheid onder de doelgroep.

## 2.5 Overige doelgroepen

In de subsidieregeling staat de doelgroep van de MEE omschreven als zijnde 'cliënten...met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers'.<sup>2</sup> In de interviews is aan de MEE-organisaties gevraagd of zij cliëntondersteuning bieden aan nog andere dan de vier doelgroepen die in de voorgaande paragrafen zijn benoemd. Door de MEE-organisaties worden als afzonderlijke doelgroepen genoemd:

- mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH)
- kinderen met een ontwikkelingsachterstand (in het kader van projecten integrale vroeghulp, zie hiervoor paragraaf 3.3)
- chronisch zieken
- mensen met psychiatrische stoornissen anders dan autisme (bijvoorbeeld ADHD)
- ouders van zwakbegaafde kinderen.

De meeste MEE-organisaties noemen mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) als afzonderlijke doelgroep aan wie zij ondersteuning bieden, hoewel deze gewoonlijk worden geregistreerd onder de doelgroep mensen met een lichamelijke beperking. Getuige de interviews met verschillende MEE-bestuurders is er voor deze groep cliënten nog weinig zorgaanbod. Cliënten zouden regelmatig op plaatsen terecht komen waar zij niet thuis horen, zoals instellingen voor verstandelijk gehandicapten of verpleeghuizen. De ondersteuning die MEE biedt aan mensen met NAH betreft met name vraagverduidelijking, hulp bij het zoeken naar de juiste zorg, het leren accepteren van de beperking en hulp bij het inrichten van het dagelijks leven. Eén van de zorginstellingen die zich specifiek richt op mensen met niet aangeboren hersenletsel is van mening dat MEE dienst D (kortdurende en kortcyclische ondersteuning) niet aan deze doelgroep moet bieden, omdat de MEE-organisaties hiertoe onvoldoende deskundig zijn.

Sommige MEE's noemen mensen met een chronische ziekte als afzonderlijke doelgroep. Ook deze groep wordt echter niet afzonderlijk geregistreerd, maar onder één van de andere doelgroepen. Deze MEE's laten weten dat het aantal cliënten met een chronische ziekte het laatste jaar sterk is toegenomen.

---

<sup>1</sup> Het Convenant Autisme heeft tot doel vanuit een gezamenlijke aanpak van convenantpartners de zorg en ondersteuning van mensen met autisme te verbeteren. Het convenant is ondertekend door VGN, GGZ NL, MEE NL, ZN, de NVA, de Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) en de Centra voor Consultatie en Expertise (stichting CCE).

<sup>2</sup> Regeling subsidies AWBZ, december 2005. Ministerie van VWS.

Veel verstandelijk gehandicapten kennen naast de verstandelijke beperking ook psychische problemen. In dit geval is psychiatrische problematiek geen reden om mensen ondersteuning te weigeren. Mensen met uitsluitend psychiatrische problemen worden door de meeste MEE-organisaties niet ondersteund, maar doorverwezen naar de GGZ. Er zijn echter ook een aantal MEE-organisaties die wel cliëntondersteuning aan deze doelgroep bieden, of aangeven dit in de toekomst graag te willen doen<sup>1</sup>. Zorgverzekeraars bevestigen dit. De MEE-organisaties die ondersteuning aan de genoemde doelgroep bieden geven wel aan dat hun expertise op het gebied van de GGZ beperkt is. Eén van de MEE-organisaties lost dit op door een steunpunt dat informatie en ondersteuning biedt op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, in haar geheel (medewerkers en cliënten) in de eigen organisatie te incorporeren. Desgevraagd laat men weten mensen met een psychiatrische stoornis te registreren onder mensen met een verstandelijke beperking. Gezien de doelgroepomschrijving in de subsidieregeling is het de vraag of het wenselijk is dat MEE-organisaties hun doelgroep uitbreiden met mensen met een psychiatrische stoornis anders dan autisme.

## 2.6 Leeftijd

Cliënten van de MEE dienen onafhankelijke ondersteuning van de MEE te kunnen krijgen in iedere fase van hun leven (ondersteuning 'levenslang'). Op basis van zowel de najaarsmonitor 2005 van MEE Nederland als de interviews met de MEE's kan worden geconcludeerd dat cliënten van alle leeftijdscategorieën bij te MEE terecht kunnen en dat ook alle leeftijdscategorieën worden bereikt, zij het in verschillende mate.

Uit de rapportage najaarsmonitor 2005 van MEE Nederland<sup>2</sup> blijkt dat MEE gerelateerd aan de gehele Nederlandse bevolking, veel jeugdige cliënten heeft. De helft van de cliënten bij MEE is tussen 0 en 19 jaar. Voor de Nederlandse bevolking is dit een kwart. Het aandeel 20 tot en met 39-jarigen is vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking (26% tegenover 27%). Bijna een kwart van de cliënten van MEE is ouder dan 40 jaar, terwijl dit voor de gehele Nederlandse bevolking bijna de helft is. Uit de interviews met de MEE-organisaties komt naar voren dat sinds de verbreding van de doelgroepen de groep ouderen licht groeiende is. Volwassenen worden relatief het meest aangetroffen onder de nieuwe doelgroepen: lichamelijk en zintuiglijk gehandicapte cliënten. Dit wordt verklaard doordat deze (met name lichamelijke) beperkingen zich ook op latere leeftijd kunnen voordoen. Bij de dienstverlening aan ouderen speelt overigens vaak de vraag of MEE of een ouderenorganisatie de ondersteuning het beste bieden.

Uit de najaarsmonitor zowel als uit de interviews met MEE komt naar voren dat met name onder de 'oude' doelgroep (verstandelijk gehandicapten) het aandeel jeugdigen groot is, evenals onder de groep mensen met autisme. Heel jonge kinderen (0 tot 4) komen met name bij MEE in het kader van projecten integrale vroeghulp, zo blijkt uit de interviews. Voor nadere cijfers omtrent de leeftijdsopbouw van cliënten van MEE wordt verwezen naar de rapportage najaarsmonitor.

<sup>1</sup> Omdat hier niet structureel naar is gevraagd is niet exact bekend om hoeveel organisaties dit gaat.

<sup>2</sup> Rapportage Najaarsmonitor 2005, MEE Nederland, februari 2006. Niet gepubliceerd.

## 2.7 Samenvatting

In dit onderzoek constateren we dat de MEE-organisaties alle doelgroepen bereiken, echter de nieuwe doelgroepen en de cliënten met een lichamelijke beperking, slechts in (zeer) beperkte mate. Vijftien van de 25 MEE-organisaties hebben in 2005 3,9% van alle mensen met autisme in Nederland en slechts 1,0% van de mensen met een lichamelijke beperking bereikt. Van alle mensen in Nederland met een visuele beperking, zowel als van alle mensen met een auditieve beperking wordt naar schatting 0,2% door deze 15 MEE-organisaties bereikt. De doelgroep lichamelijk gehandicapten is in potentie feitelijk de grootste voor de MEE als we kijken naar de landelijke cijfers. Het cliëntenbestand van de MEE blijkt (nog steeds) vooral te bestaan uit cliënten met een verstandelijke beperking. Met name het aantal cliënten met een zintuiglijke beperking is relatief gering. De MEE-organisaties zijn terughoudend in het investeren in deze doelgroep. Dit impliceert dat zintuiglijk gehandicapten niet de onafhankelijke ondersteuning ontvangen, die met de omvorming van de SPD's is beoogd (zie ook hoofdstuk 4): de meeste cliënten gaan rechtstreeks naar een gespecialiseerde zorgaanbieder.

Er zijn signalen, zowel vanuit de MEE-organisatie zelf als vanuit haar omgeving, dat MEE-organisaties verschillen in de mate waarin ze investeren in het bereiken van zintuiglijk gehandicapten. Verschillen in bereik van mensen met autisme zijn mogelijk het gevolg van het feit dat sommige organisaties ook al voor de omvorming zich specifiek op deze doelgroep richtten en dat in sommige regio's het opzetten van een convenant autisme minder snel verloopt.

Naast de vier doelgroepen uit de subsidieregeling noemt een gedeelte van de MEE-organisaties als afzonderlijke doelgroepen waaraan zij ondersteuning bieden: mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH), kinderen met een ontwikkelingsachterstand (in het kader van projecten integrale vroeghulp), chronisch zieken, mensen met psychiatrische stoornissen anders dan autisme (bijvoorbeeld ADHD) en ouders van zwakbegaafde kinderen.

Alle leeftijdsgroepen worden door de MEE's bereikt, echter in verschillende mate. Oudere cliënten blijven relatief achter bij de jeugdige cliënten. Met de verbreding van de doelgroepen naar lichamelijke en zintuiglijk gehandicapten groeit het aandeel ouderen echter wel.

### 3 Ontwikkeling takenpakket

Naast een verbreding van de doelgroep betekende de omvorming naar de SPD Nieuwe Stijl een taakversmalling: de MEE-organisaties moesten hun zorgtaken overdragen aan de zorgaanbieders. Cliëntondersteuning is de core-business van de SPD's Nieuwe Stijl geworden. De overdracht van zorgtaken staat in hoofdstuk 4 beschreven. In dit derde hoofdstuk wordt het nieuwe takenpakket van de MEE-organisaties besproken. Onderzocht is hoe dit takenpakket er uit ziet (inhoud), wat de omvang van de verschillende taken is (kwantitatief), of de invulling van het takenpakket voor alle MEE's gelijk is (uniformiteit van het takenpakket) en of deze taken beschikbaar zijn voor alle doelgroepen.

Het takenpakket van MEE is verdeeld in zogenaamde collectieve taken en individuele taken of diensten. De globale inhoud van deze taken staat beschreven in de subsidieregeling en is door MEE Nederland verder uitgewerkt in respectievelijk de handreiking collectieve taken en de dienstkalender. De collectieve en individuele taken worden nader beschouwd in achtereenvolgens de paragrafen 3.1 en 3.2. Naast de individuele en collectieve taken kunnen MEE-organisaties subsidie ontvangen voor projecten integrale vroeghulp: samenwerkingsverbanden die ondersteuning bieden aan kinderen van 0 tot 4 jaar met een complexe hulpvraag. Ook kunnen MEE-organisaties een zogenaamd pluspakket uitvoeren. De activiteiten uit dit pluspakket worden, in tegenstelling tot de collectieve en individuele taken, niet bekostigd uit de subsidieregeling. Zij zijn echter wel gebonden aan bepaalde voorwaarden. De projecten integrale vroeghulp en het pluspakket worden nader besproken in achtereenvolgens de paragrafen 3.3 en 3.4.

#### 3.1 Individuele diensten

Het grootste deel van de dienstverlening van MEE – ongeveer 80% - bestaat uit individuele cliëntondersteuning. De individuele ondersteuning van cliënten wordt gefinancierd op basis van prestatiebekostiging berekend per dienst. In de subsidieregeling SPD Nieuwe Stijl is opgenomen dat subsidie voor individuele cliëntondersteuning slechts wordt verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit de volgende diensten:

**Tabel 3.1** Individuele taken

Dienst A:	informatieverstrekking en advisering;
Dienst B1:	vraagverduidelijking;
Dienst B2:	aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg;
Dienst B3:	klacht en bezwaar en beroep waaronder ook het voorkomen daarvan;
Dienst B4:	monitoring en evaluatie van externe dienstverlening en zorg;
Dienst B5:	ondersteuning in een crisissituatie;
Dienst C:	volledige beeldvorming;
Dienst D:	kortdurende en kortcyclische ondersteuning, en
Dienst E:	aanbieding van cursussen in groepen.



In deze paragraaf beschrijven we allereerst wat de omvang van de diensten is en of deze diensten beschikbaar zijn voor alle doelgroepen (§3.1.1) en vervolgens of er sprake is van uniformiteit van het individuele takenpakket (§3.1.2).

### 3.1.1 Omvang individuele taken

In de vragenlijst is de MEE-organisaties gevraagd de omvang van de verschillende diensten in 2005 op te geven uitgesplitst naar de verschillende doelgroepen. Omdat meerdere MEE-organisaties geen uitsplitsing hebben gemaakt naar doelgroep, is besloten in deze rapportage uitsluitend de totalen per dienst te presenteren. Voor het onderscheid naar doelgroepen wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de Quick Scan Ontwikkeling MEE-organisaties<sup>1</sup>. Dit beknopte onderzoek is uitgevoerd in 2005.

In totaal hebben de 25 MEE-organisaties in 2005 ruim 150.000 individuele diensten geleverd (zie tabel 3.2). Dienst A (informatieverstrekking en advisering) wordt het meest geleverd. Ruim 36% van de diensten betreft dienst A. Hierna volgen dienst B2 (aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg) en dienst B1 (vraagverduidelijking) met respectievelijk 23,1% en 17,6%. Het minst geleverd worden de diensten B3 (klacht en bezwaar en beroep waaronder ook het voorkomen daarvan) en dienst B5 (ondersteuning in een crisissituatie). Beiden maken 1,1% uit van het totaal. Hiertussen liggen de diensten monitoring en evaluatie van externe dienstverlening en zorg (dienst B4, 5,0%), kortdurende en kortcyclische ondersteuning (dienst D, 6,2%) en aanbidding van cursussen in groepen (6,2%).

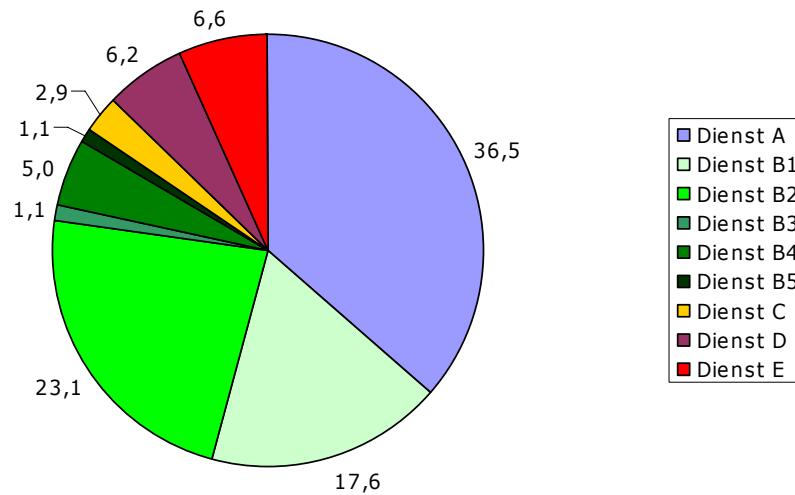
**Tabel 3.2** Aantal en percentage individuele diensten, totaal en per organisatie

	Totaal organisaties		Per organisatie			
	Aantal	Percentage van totaal	Gemiddelde percentage	Minimum percentage	Maximum percentage	
Dienst A	55902	36,5	37,3	14,1	52,8	A
Dienst B1	26924	17,6	17,1	6,9	30,2	B1
Dienst B2	35329	23,1	22,6	15,2	32,6	B2
Dienst B3	1687	1,1	1,2	0,2	2,7	B3
Dienst B4	7686	5,0	4,6	1,2	13,5	B4
Dienst B5	1670	1,1	1,0	0,4	2,0	B5
Dienst C	4461	2,9	2,7	0,4	5,4	C
Dienst D	9421	6,2	6,6	2,6	14,4	D
Dienst E	10092	6,6	6,8	1,7	12,0	E
Totaal	153172	100				

<sup>1</sup> Quick scan ontwikkeling MEE-organisaties. Cliëntondersteuning aan nieuwe doelgroepen Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, Enschede, November 2005.

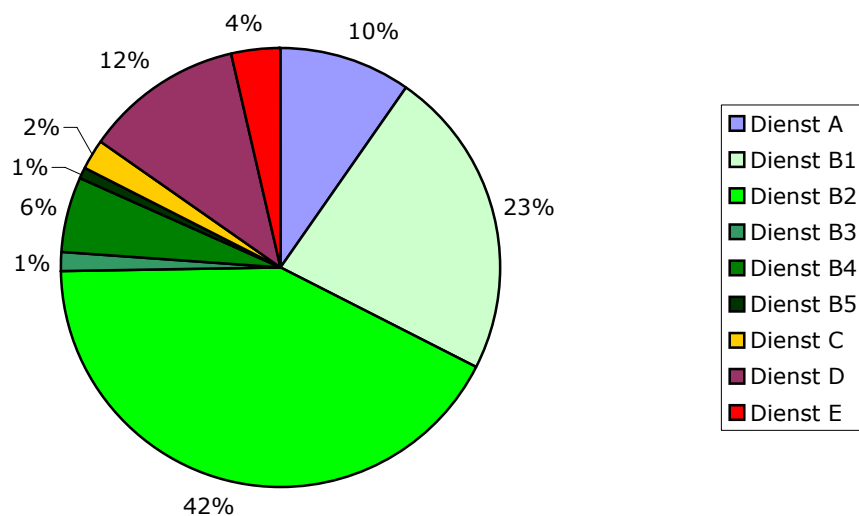
In figuur 3.1 staan de relatieve aandelen per dienst weergegeven. Deze percentages zijn berekend op het totaal aantal diensten van de 25 MEE-organisaties tezamen.

**Figuur 3.1** Percentage aantal diensten (totaal)



Het aantal diensten dat de MEE-organisaties van dienst A tot en met dienst E leveren geeft geen inzicht in de verdeling van de hoeveelheid tijd die de MEE-organisaties aan de diensten besteden. Dit komt doordat de richttijd van de verschillende diensten wisselt. Dienst A (informatieverstrekking en advisering) heeft de kortste richttijd (3,5 klokuren); dienst D (kortdurende en kortcyclische ondersteuning) de langste richttijd (25 klokuren). In figuur 3.2 staan de relatieve tijdsinvestering per dienst weergegeven. Hierbij is aangenomen dat iedere dienst zo lang duurt als de richttijd voor die dienst is.

**Figuur 3.2** Percentage tijdsinvestering diensten (op basis van de richttijd per dienst)



Indien de duur van iedere dienst gelijk is aan de richttijd voor deze dienst, besteden de MEE-organisaties relatief het meeste tijd aan dienst B2 (aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg). Bijna een kwart van de tijd (23%) besteden de MEE-organisaties aan dienst B1 (vraagverduidelijking). De MEE-organisaties besteden een zeer klein gedeelte van de tijd aan dienst B3 (klacht en (voorkomen van) bezwaar en beroep), dienst B5 (ondersteuning in crisissituaties) en dienst C (volledige beeldvorming).

Hiernaast is gekeken naar de percentages diensten per MEE-organisatie (het aandeel van diensten A tot en met E berekend op het totaal aantal door een organisatie geleverde diensten). Op deze wijze worden verschillen tussen MEE-organisaties zichtbaar. De verschillen tussen het minimum en maximum percentage zijn met name groot onder dienst A (van ruim 14% tot bijna 53%) en dienst B1 en dienst B2 (bijna 7% tot ruim 30%). De verschillen zijn het kleinst onder dienst B3 (0,2% tot 2,7%) en B5 (0,4% tot 2,0%).

De ontwikkeling in individuele taken tussen de 2004 en 2005 is gemeten in de Quick Scan Ontwikkeling MEE-organisaties. Hierbij is onderscheid gemaakt naar doelgroepen. MEE-organisaties die de verdeling niet op basis van hun registratie konden maken is gevraagd een schatting te maken. Er is gemeten op basis van de verdeling naar diensten (werkprocessen) zoals deze voor de omvorming werden gedefinieerd. Hier werd nog geen onderscheid gemaakt in diensten B1 tot en met B5, maar was er één dienst B: 'trajectondersteuning en evaluatie'. Hieronder staat in tabel de verdeling van de diensten A tot en met E geleverd aan respectievelijk zintuiglijk gehandicapten (tabel 3.3) en mensen met autisme (tabel 3.4)

**Tabel 3.3** Verdeling van de diensten (A-E) geleverd aan zintuiglijk gehandicapten per periode<sup>1</sup>

Diensten	1 <sup>e</sup> helft 2004	2 <sup>e</sup> helft 2004	1 <sup>e</sup> helft 2005
A: informatieverstrekking en advisering	38%	46%	43%
B: trajectondersteuning en –evaluatie	49%	44%	47%
C: volledige beeldvorming	7%	3%	3%
D: kortdurende en kortcyclische ondersteuning	6%	7%	6%
E: cursussen in kleine of grote groepen	0%	0%	1%
Totaal *	100% (=261 diensten)	100% (=432 diensten)	100% (=857 diensten)

Bron: HHM 2005

\* Het totale aantal diensten over de 1e helft van 2004 is gebaseerd op 15 instellingen. Over de 2e helft van 2004 over 18 instellingen, de drie nieuwe instellingen zijn goed voor 14 extra diensten t.o.v de 1e helft 2004. De 1e helft van 2005 is gebaseerd op 22 instellingen, de vier nieuwe instellingen zijn samen goed voor 183 extra diensten t.o.v. de 2e helft van 2004.

<sup>1</sup> 12 MEE-organisaties hebben deze verdeling kunnen ontleenen uit hun eigen registratie, de overige organisaties hebben een schatting gemaakt.

**Tabel 3.4** Verdeling van de diensten (A-E) geleverd aan mensen met autisme per periode<sup>1</sup>

Diensten	1 <sup>e</sup> helft 2004	2 <sup>e</sup> helft 2004	1 <sup>e</sup> helft 2005
A: informatieverstrekking en advisering	34%	35%	37%
B: trajectondersteuning en –evaluatie	43%	51%	49%
C: volledige beeldvorming	7%	3%	3%
D: kortdurende en kortcyclische ondersteuning	9%	7%	7%
E: cursussen in kleine of grote groepen	7%	3%	4%
Totaal**	100% (=1.961 diensten)	100% (=3.176 diensten)	100% (=5.381 diensten)

Bron: HHM 2005

\*\* Het totale aantal diensten over de 1e helft van 2004 is gebaseerd op 16 instellingen. Over de 2e helft van 2004 over 19 instellingen, deze drie nieuwe instellingen zijn goed voor 434 extra diensten t.o.v de 1e helft 2004. De eerste helft van 2005 is gebaseerd op 23 instellingen, de vier nieuwe instellingen zijn samen goed voor 535 extra diensten t.o.v. de 2e helft van 2004.

Uit de Quick Scan blijkt dat zowel aan de doelgroep zintuiglijk gehandicapten als aan mensen met een beperking in het autistisch spectrum de diensten informatieverstrekking en advisering (A) en trajectondersteuning en –evaluatie (B) het meest worden geleverd. Dit is logisch aangezien alle cliënten bij de MEE binnen komen met een vraag. Het geven van informatie en/of advies en/of trajectondersteuning zijn de eerste stappen bij het beantwoorden van die vraag.

De percentages per dienst voor zintuiglijk gehandicapten en mensen met autisme zijn vergeleken met de totale verdeling van alle diensten over alle doelgroepen. Hieruit blijkt dat beide doelgroepen met name meer diensten A en minder diensten E afnemen. Met andere woorden: ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie wordt aan de nieuwe doelgroepen van MEE vooral informatie en advies gegeven en/of trajectondersteuning en evaluatie. De deelname aan cursussen is daarentegen beperkt ten opzichte van het totaal. De verdeling in diensten blijkt voor beide doelgroepen tamelijk stabiel over de gemeten periode. Voor het volledige verslag van de individuele cliëntondersteuning naar doelgroep verwijzen we naar de quickscan.

### 3.1.2 Inhoud individuele diensten

Door MEE Nederland is de 'Kalender MEE Diensten 2005' ontwikkeld. In deze kalender wordt per dienst een inhoudelijke omschrijving gegeven. Ook wordt hierin de per dienst beschikbare (minimale, gemiddelde en maximale) tijd aangegeven. Uit de enquête onder de 25 MEE-organisaties blijkt dat alle MEE's deze kalender kennen en deze bij de ontwikkeling en de uitvoering van de individuele diensten gebruiken. In dit opzicht is het takenpakket van de MEE-organisaties uniform.

Van een tweetal individuele taken wordt afzonderlijk verslag gedaan. Ten eerste is aan Research voor Beleid de opdracht gegeven een aantal vragen betreffende dienst D (kortdurende en kortcyclische ondersteuning) in het onderzoek op te nemen, met name wat betreft de afbakening tussen deze dienst en geïndiceerde zorg. Omdat de resultaten van de enquête hiertoe aanleiding

<sup>1</sup> 12 MEE-organisaties hebben deze verdeling kunnen ontleen uit hun eigen registratie, de overige organisaties hebben een schatting gemaakt.

gaven is daarnaast in de interviews met de MEE bestuurders dieper ingegaan op de inhoud van dienst B5 'Ondersteuning in een crisissituatie'. Hieronder worden de resultaten beschreven.

### **Dienst D: Kortdurende en kortcyclische ondersteuning**

MEE-organisaties mogen sinds de omvorming geen langdurige AWBZ-zorg meer leveren. De ondersteuning die de huidige MEE's bieden wordt van de aanspraken van de functie ondersteunende begeleiding in de AWBZ afgebakend in de omschrijving van dienst D: de kortdurende en kortcyclische ondersteuning. In de subsidieregeling staat dienst D als volgt omschreven:

*Het gedurende korte tijd en met een beperkte intensiteit ondersteunen van cliënten die tijdelijk niet goed in staat zijn tot zelfredzaamheid en ondersteuning nodig hebben om te voorkomen dat de zelfstandigheid ernstig achteruit gaat en/of een beroep gedaan moet worden op geïndiceerde zorg. Indien de verwachting ontstaat dat het om langdurige of intensieve begeleiding van de cliënt gaat, die alleen kan worden geboden door een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder, is dienst D niet aan de orde.*

Onderzocht is (1) de omvang van dienst D naar doelgroep, (2) de inhoud van dienst D, en (3) de helderheid en werkbaarheid van de afbakening van deze dienst van de AWBZ-zorg.

#### *Ad. 1 Omvang dienst D naar doelgroep*

Dienst D maakt een relatief klein deel uit van de dienstverlening van MEE (6,2%). Kijken we naar het aandeel van dienst D per organisatie dan varieert dit aandeel van 2,6% tot 14,4%. Uit de Quick Scan Ontwikkeling MEE-organisaties blijkt dat ten opzichte van de verdeling van diensten over alle doelgroepen mensen met een zintuiglijke beperking en mensen met een beperking in het autistisch spectrum relatief (iets) minder vaak dienst D afnemen. Uit de interviews met de MEE-organisaties komt het volgende beeld naar voren. Verstandelijk gehandicapten vormen verreweg de grootste doelgroep van MEE (zie hoofdstuk 2) ook als het gaat om gebruik van dienst D. Verstandelijk gehandicapten met een zware handicap komen vaker in aanmerking voor doorverwijzing naar (AWBZ-)zorg dan mensen met een lichte verstandelijke beperking. Dienst D wordt daarom het meest geleverd aan mensen met een lichte verstandelijke handicap. Daarna volgen mensen met een lichamelijke beperking. Deze doelgroep vraagt met name ondersteuning op het moment dat sprake is van een overgang naar een volgende levensfase, bijvoorbeeld als iemand voor het eerst naar school gaat, of de school verlaat en op zoek is naar passend werk. De doelgroep zintuiglijk gehandicapten worden in veel gevallen doorverwezen naar een gespecialiseerde aanbieder van zorg. Zij zijn de kleinste doelgroep als het gaat om het afnemen van kortdurende en kortcyclische ondersteuning.

#### *Ad. 2 Inhoud dienst D*

Wat betreft de inhoud van dienst D komen geen verschillen tussen de MEE's naar voren. Alle MEE's maken bij de invulling van dienst D gebruik van de omschrijving uit de dienstenkalender<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> De beschrijving in de dienstenkalender komt grotendeels overeen met de omschrijving uit de subsidieregeling, en luidt: het gedurende korte tijd en met een beperkte intensiteit ondersteunen van cliënten die tijdelijk niet goed in staat zijn tot zelfredzaamheid en ondersteuning behoeven om te voorkomen dat de zelfredzaamheid ernstig achteruitgaat en/of een beroep gedaan moet worden op geïndiceerde zorg. Het gaat om zowel praktische ondersteuning (aanleren van vaardigheden), sociaal emotionele ondersteuning (bevorderen van zicht op de gevolgen van interactie en beleving) als gezinsondersteuning (opvoedkundig).

Bij dienst D gaat het om het kortdurend en met een beperkte intensiteit ondersteunen van cliënten die tijdelijk niet zelfredzaam zijn. Het doel van dienst D is, volgens de dienstenkalender, te voorkomen dat de zelfstandigheid van de cliënt ernstig achteruit gaat en/of een beroep moet worden gedaan op geïndiceerde zorg. Bij dienst D gaat het om praktische ondersteuning (aanleren van vaardigheden), sociaal emotionele ondersteuning en gezinsondersteuning (opvoedkundig).

### *Ad. 3 Afbakening dienst D en AWBZ-zorg*

De kortcyclische en kortdurende ondersteuning dient binnen zes maanden te zijn afgerond, met een maximum van 15 face-to-face contacten. Indien de verwachting bestaat dat het om langdurige of intensieve begeleiding van de cliënt gaat, die alleen kan worden geboden door een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder, is dienst D niet aan de orde, zo luidt de subsidie-regeling. In theorie is deze regel helder, zo blijkt uit de interviews met de MEE-organisaties. In de praktijk blijkt echter een grijs gebied te bestaan waarin onzeker is of iemand moet worden doorverwezen of niet. Om zicht te krijgen op de grenzen, zoals die in de praktijk worden gehanteerd, is in de interviews gevraagd in welke situaties en op welke gronden wordt bepaald of een cliënt in aanmerking komt voor dienst D, of dat deze wordt doorverwezen naar de AWBZ-zorg. Uit de antwoorden van de MEE-organisaties kunnen een aantal contra-indicaties worden gedistilleerd. Centraal in de beslissing staan de verwachte benodigde duur van de ondersteuning (langer dan zes maanden) en de inschatting dat de cliënt ondanks de inzet van dienst D niet zelfstandig verder kan. Hiermee samenhangende contra-indicaties zijn:

- een beperkte leerbaarheid van de cliënt
- verslavingsproblematiek
- psychiatrische problematiek
- afwezigheid van een stabiel sociaal netwerk / (gezins-)systeem.

Meerdere MEE-organisaties bieden cursussen of trainingen aan consulenten, waarin zij leren goede keuzes te maken tussen dienst D en het doorverwijzen naar een zorgaanbieder. Daarnaast worden consulenten in hun beslissing gestuurd door het registratiesysteem (vaststellen van doelen, bepalen wanneer deze doelen moeten zijn behaald). De mate waarin consulenten hierin slagen valt onder meer af te lezen aan het aantal terugkerende cliënten. Op één na geven alle MEE-organisaties aan te maken te hebben met terugkerende cliënten.

Cliënten kunnen terugkeren met dezelfde of met een nieuwe vraag. Cliënten die met een nieuwe of andere hulpvraag terugkomen wordt door de geïnterviewde MEE-organisaties niet als strijdig beschouwd met de opzet van dienst D. Voor dit type cliënten wordt eenvoudig een nieuwe dienst D gestart. Daarnaast komt het voor dat cliënten met *dezelfde* hulpvraag bij MEE terugkomen. Meerdere MEE-organisaties zijn geneigd deze cliënten te blijven helpen, zo blijkt uit de interviews. Argumenten die verwijzen naar het belang van de cliënt wegen hier het zwaarst: met de keuze voor dienst D kan worden voorkomen dat er cliënten tussen de wal en het schip vallen en/of kan voorkomen worden dat er – zoals in de subsidieregeling beschreven staat - een beroep gedaan moet worden op geïndiceerde zorgverlening.

*Er komen veel cliënten herhaaldelijk terug. [Misschien is dit niet helemaal de bedoeling, maar] dit voorkomt wel dat iemand in de geïndiceerde zorg terecht komt. De preventieve werking van MEE zit 'm vooral in dienst D. (bestuurder van een MEE-organisatie)*

Met name als het gaat om cliënten die op een wachtlijst voor geïndiceerde zorg staan, zijn consulenten geneigd langduriger ondersteuning te leveren dan de definitie van dienst D toestaat.

Consulenten voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van de cliënt: “en als je het loslaat kan het snel misgaan met een cliënt. Je wilt erger voorkomen”, zo wordt in een interview met een MEE-organisatie gesteld.

Bij terugkerende cliënten gaat het meestal om de groep licht verstandelijk gehandicapten. Het gaat dan vooral om cliënten zonder sociaal netwerk en zonder probleembesef. Bij deze groep kost het vaak meer tijd om het vertrouwen van de cliënt te winnen en de achterliggende problematiek boven tafel te krijgen, zo verklaren de MEE-bestuurders. De problematiek wordt in eerste instantie wel eens te licht en de zelfredzaamheid van de cliënt te hoog ingeschat. Daarnaast geldt dat de doelgroep zelf vaak niet het circuit van de geïndiceerde zorg in wil, terwijl zij misschien eigenlijk wel langduriger ondersteuning nodig hebben. Deze groep blijft MEE opzoeken voor de zogenaamde ‘leun en steun contacten’.

Er zijn ook MEE-organisaties die de definitie van dienst D wel strikt zeggen te handhaven. Zij verwijzen terugkerende cliënten in de regel door naar een zorgaanbieder. ‘Blijkbaar hebben we de problematiek dan in eerste instantie verkeerd ingeschat’, aldus een MEE-bestuurder. Hier gelden argumenten die vooral te maken hebben met de efficiëntie van de bedrijfsvoering, waaronder het wegwerken of voorkomen van wachtlijsten en de relatie met de zorgaanbieders:

*Als je deze cliënten toch blijft helpen is dit niet goed voor je relaties uit je netwerk. Want je houdt je niet aan je afspraken.*

Kortdurend en kortcyclisch werken blijkt voor MEE-organisaties in de praktijk lastig. Op het moment dat een cliënt voor dezelfde hulpvraag meerdere malen kortcyclische ondersteuning gedurende 6 maanden ontvangt, komt dit in feite neer op langdurige ondersteuning. Dit past niet bij de uitgangspunten van de SPD Nieuwe Stijl. Een enkele bestuurder stelt voor de duur van dienst D te verlengen. De wachttijd bij de zorgaanbieder kan zo worden overbrugd, het aantal terugkerende cliënten kan worden teruggedrongen en voorkomen kan worden dat cliënten tussen de wal en het schip vallen, is de redenering. Een ander stelt daarentegen dat zes maanden voor één MEE-dienst al behoorlijk lang is. De MEE-organisaties worden immers per dienst gefinancierd. En door het grote aantal aanvragen van dienst D raakt de MEE nu al verstopt, aldus de respondent.

#### **Dienst B5: Ondersteuning in een crisissituatie**

In de dienstenkalender, zoals ontwikkeld door MEE Nederland, staat dienst B5 ‘ondersteuning in een crisissituatie’ omschreven als

*het adequaat en handelend optreden in een crisissituatie opdat de cliënt weer zelfstandig verder kan (eventueel met externe zorg en/of dienstverlening) dan wel er op gericht dat de cliënt (eventueel tijdelijk) in een zorginstelling geplaatst kan worden.*

Op één uitzondering na bieden alle MEE-organisaties deze vorm van ondersteuning. Eén MEE-organisatie levert deze dienst doelbewust niet. Het bieden van crisisondersteuning past in de visie van de bestuurder niet in het takenpakket van de MEE en volgens deze bestuurder beschikt de MEE-organisatie ook niet over de instrumenten om deze taak uit te voeren. Zo heeft de MEE-organisatie geen psychiater in dienst en beschikt de MEE-organisatie niet over machtsmiddelen om bijvoorbeeld 's nachts een bed voor een cliënt te regelen. In dit specifieke geval is met het zorgkantoor afgesproken dat het zorgkantoor deze taak uitvoert. Twintig van de vijftientig MEE-

organisaties geven aan dat er in de organisatie speciale voorzieningen getroffen zijn voor ondersteuning in crisissituaties. Uit de hier gegeven antwoorden blijkt dat de invulling van dienst B5 niet uniform is. Een deel van de MEE's biedt deze dienst uitsluitend tijdens kantooruren aan. Anderen hebben voorzieningen getroffen, of zijn dit in de nabije toekomst van plan, om 24 uur per dag en 7 dagen per week deze dienst te kunnen aanbieden. Dit laatste gebeurt in samenwerking met andere organisaties (onder meer: regionaal crisisprotocol, steunpunt crisisinterventie, convenanten met bestaande crisisinstellingen e.d.). Overigens maakt de dienst 'ondersteuning in crisissituaties' een klein gedeelte uit van het totaal aantal diensten dat door de MEE-organisaties wordt geleverd.

In de interviews is gevraagd met welke crisissituaties de MEE-organisaties te maken krijgen in de praktijk. Het blijkt dat crisissituaties met name voorkomen binnen de groep (licht) verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen. De meest genoemde voorbeelden van crisissituaties zijn:

- acute psychische problemen (bv. psychosen)
- echtelijke of opvoedingsituaties die uit de hand lopen (bv. seksueel misbruik, mishandeling)
- plotseling dakloos worden (bv. als gevolg van uithuisplaatsing)
- problemen met justitie.

In deze situaties is direct ingrijpen noodzakelijk. De rol van MEE bestaat voornamelijk uit het regelen van onderdak van cliënten. Dit gebeurt door cliënten door te verwijzen naar een AWBZ-instelling, of naar erkende crisiscentra. In minder ernstige situaties wordt gezocht naar een logeeradres binnen het eigen sociale netwerk van de cliënt.

Meerdere bestuurders van MEE-organisaties zijn van mening dat ondersteuning in crisissituaties niet bij MEE thuishoort. Crisissituaties vragen veelal om geïndiceerde (AWBZ-)zorgverlening. Deze zorgverlening mag MEE niet leveren en past niet binnen de taakopvatting van MEE. De mogelijkheden van MEE om goede crisisondersteuning te organiseren zijn bovendien beperkt. De bereikbaarheid van de meeste MEE's is beperkt tot kantooruren. Vierentwintig-uurs bereikbaarheid is voor de MEE's moeilijk te realiseren. De richttijd voor dienst B5 is 10 uur. Dit is te weinig om ook 's nachts te kunnen klaarstaan, aldus één van de MEE-bestuurders. De MEE-organisaties kunnen bovendien niet zelf over opvangmogelijkheden beschikken. De mening heerst dat bestaande eerstelijns diensten (huisartsenposten, crisisopvang in de GGZ) veel beter zijn toegerust voor hulp in crisissituaties. Volgens meerdere respondenten heeft MEE hier geen toegevoegde waarde. Dat MEE desondanks in moet springen in crisissituaties is volgens sommigen direct gevolg van de beperkte toegankelijkheid van zorgaanbieders:

*Een echte crisissituatie is een situatie waarin iemand bijvoorbeeld psychotisch wordt. Deze crisissen horen bij de psychiatrie thuis. MEE heeft geen psychiater in huis en kan hier niets mee. De 'crisis' die je hier krijgt zijn vooral problemen met gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten en mensen met autisme. Dit is geen echte crisis, want het probleem heb je al lang van te voren zien aankomen. Maar omdat de jeugdzorg en CIZ wachtlijsten hebben, wordt er niets aan gedaan. De MEE fungeert zo als het afvoerputje voor de instellingen die eigenlijk verantwoordelijk zijn.*

Dienst B5 is kortom een dienst die binnen de MEE-organisaties ter discussie staat. Niet alleen wat betreft de vraag hoe deze dienst kan worden georganiseerd. Het is volgens meerdere bestuurders van MEE ook de vraag of de MEE-organisaties deze dienst überhaupt wel moeten blijven leveren.



## 3.2 Collectieve taken

MEE-organisaties ontvangen subsidie voor collectieve cliëntondersteuning. Deze collectieve cliëntondersteuning staat in de subsidieregeling omschreven als bestaande uit:

**Tabel 3.5** Collectieve taken

- 
- A. het vergaren en verstrekken van informatie en het geven van voorlichting aan cliënten.
  - B. het signaleren van relevante ontwikkelingen en belemmeringen.
  - C. het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie door middel van het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken.
- 

Onderzocht is wat de omvang is van deze taken is en hoe deze taken zijn verdeeld over de verschillende doelgroepen (§3.2.1) en hoe aan de collectieve taken in de praktijk invulling wordt gegeven (§3.2.2). Achterliggende vraag is of er sprake is van uniformiteit van het collectieve takenpakket.

### 3.2.1 Omvang collectieve taken

In de enquête onder de 25 MEE-organisaties is gevraagd naar de omvang van de collectieve taken in Fte's. Van de 25 MEE-organisaties hebben er 22 deze vraag volledig ingevuld. De resultaten op deze vraag zijn gebaseerd op deze 22 MEE-organisaties. Onderstaande tabel laat zien wat de relatieve aandelen van elk van deze taken zijn, gemiddeld over alle MEE's.

**Tabel 3.6** Gemiddeld aantal en percentage fte's per collectieve dienst in 2005

	Fte	%
Informatievoorziening en voorlichting	7,4	59,1
Signalering	1,1	8,6
Opbouwen en onderhouden sociale kaart en relevante netwerken	4,0	32,2

Uit deze tabel blijkt dat gemiddeld het grootste deel aan fte's (7,4) besteed wordt aan de dienst informatievoorziening en voorlichting (59,1%). Het minst wordt besteed aan signalering (1,1 fte, 8,6%). Ongeveer een derde van het aantal fte's (32,2%) wordt besteed aan het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken (dienst C).

Geen van de MEE-organisaties kan aangeven hoe de collectieve taken exact zijn verdeeld over de verschillende doelgroepen. Collectieve taken worden niet naar doelgroep geregistreerd. De MEE-organisaties schatten dat de verdeling onder dienst A van de collectieve taken vergelijkbaar is met de verdeling onder dienst A van de individuele taken (zie hiervoor § 3.1). Uit de Quick Scan Ontwikkeling MEE-organisaties blijkt dat 54% van de respondenten aangeeft dat men knelpunten ervaart bij het bereiken van *zintuiglijk gehandicapten* met de collectieve cliëntondersteuning. De knelpunten komen grotendeels overeen met de knelpunten bij individuele cliëntondersteuning, namelijk gebrek aan deskundigheid over en bekendheid bij de nieuwe doelgroepen. Als oplossing wordt in

de Quick Scan genoemd dat MEE-organisaties nog nadrukkelijker en directer bekendheid moet geven aan de collectieve taken. Negenentwintig procent van de respondenten geeft in de Quick Scan aan knelpunten te ervaren bij het bereiken van *mensen met een beperking in het autistisch spectrum*. De knelpunten komen eveneens grotendeels overeen met de knelpunten bij individuele cliëntondersteuning. Als oplossing zou volgens de Quick Scan over het algemeen nauwer contact moeten worden gezocht met zorginstellingen om de samenwerking te bevorderen. Uit de interviews met MEE-organisaties en zorgkantoren, die ten behoeve van de Quick Scan zijn uitgevoerd, blijkt echter ook dat de diversiteit en spreiding van deze doelgroep het bereik door middel van de collectieve cliëntondersteuning bemoeilijkt. Ook geven sommige MEE-organisaties in de Quick Scan aan dat op het moment van meten het op peil houden van kennis belangrijker is dan het verkrijgen van nieuwe kennis. Er blijkt wel dat dit standpunt per MEE-regio verschilt. Uit het interview met de projectorganisatie van het convenant autisme, dat eveneens is uitgevoerd ten behoeve van de Quick Scan, blijkt dat met name de informatievoorziening en voorlichting van MEE-organisaties niet voldoende is toegerust om de autisten te bereiken. Dit verschilt echter per regio. Ook zou men in sommige regio's moeten aansluiten bij de kennis die al aanwezig is, in plaats van zelf alle kennis te willen verzamelen. Als oplossing hiervoor wordt in de Quick Scan de bundeling van kennis over deze doelgroep door zorgaanbieders en dienstverleners aangegeven.

### 3.2.2 Inhoud collectieve taken

Door MEE Nederland is een handreiking voor de collectieve taken ontwikkeld. In deze handreiking worden de verschillende collectieve taken inhoudelijk beschreven en toegelicht: wat houdt deze taak in, welke werkzaamheden vallen hieronder en wie zijn er bij betrokken. Uit de evaluatie blijkt dat alle 25 MEE's deze handreiking kennen. Vierentwintig van de 25 MEE's geven aan dat zij hiervan gebruik maken bij de ontwikkeling en uitvoering van de collectieve taken. Echter, zoals een MEE bestuurder opmerkt:

*Het boekje over de collectieve taken is erg algemeen. Er is meer [dat wil zeggen: meer dan bij de individuele diensten] creativiteit vereist om hier inhoud aan te geven..*

De ontwikkeling van de collectieve taken is in de Quick Scan ontwikkeling MEE-organisaties gemeten<sup>1</sup>. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen voorbereiding, uitvoering en afronding van de collectieve taken. Het blijkt dat op het moment van onderzoek (november 2005) gemiddeld circa 36% van de MEE-organisaties de ontwikkeling van de collectieve cliëntondersteuning voor de nieuwe doelgroepen in de 2e helft van 2005 verwacht af te ronden. In diezelfde periode is gemiddeld 6% nog met de voorbereiding en 57% met de uitvoering bezig. Ten opzichte van de 1e helft van 2004 (54% voorbereiding, 8% uitvoering, 0% afronding en 38% niet van toepassing) is er dan een flinke vooruitgang geboekt. Met name de ontwikkeling van de signalering lijkt iets achter te lopen, deze taak bevindt zich in de 2e helft 2005 ten opzichte van de andere taken nog veelal in de voorbereidings- en uitvoeringsfase (70%).

<sup>1</sup> Quick scan ontwikkeling MEE-organisaties. Cliëntondersteuning aan nieuwe doelgroepen Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, Enschede, november 2005.

In de interviews die in de periode april – mei 2006 met de bestuurders van de MEE's zijn gehouden is gevraagd naar de huidige stand van zaken. Hieronder wordt deze stand van zaken per taak (A tot en met C) besproken.

#### **A: informatievoorziening en voorlichting**

De taak informatievoorziening en voorlichting lijkt bij elk van de MEE-organisaties grotendeels uitgekristalliseerd. Concreet wordt inhoud gegeven aan deze activiteit door middel van (onder meer) het beheren van informatiecentra, e-maildiensten en callcentra waar cliënten met hun vragen terecht kunnen. Meer pro-actief worden informatieve en voorlichtende brochures ontwikkeld en verspreid en worden informatiebijeenkomsten voor cliënten en hun omgeving georganiseerd. Verschillende MEE-organisaties geven aan zich te oriënteren op de vraag hoe de eigen loketfunctie kan aansluiten bij of integreren met de loketten die gemeenten aan het ontwikkelen zijn in het kader van de WMO. Sommige MEE's laten weten reeds in deze loketten actief te zijn. Ook komt het voor dat een MEE participeert in lokale steunpunten waarin samen met andere organisaties informatie wordt gegeven. De indruk bestaat dat de meeste organisaties pro-actief zijn in hun informatievoorziening. Ze zijn goed voorbereid op vragen die komen maar gaan ook zelf 'naar buiten' om informatie te geven. Dit wordt onderstreept in de waardering die MEE krijgt voor deze taak door haar omgeving: uit de benchmark Maatschappelijke waardering blijken de partnerorganisaties van MEE de collectieve taak A te waarderen met een 3,6 (op een schaal van 1 tot en met 5). Van elk van de collectieve diensten krijgt dienst A de hoogste waardering. Ten aanzien van het inhoud geven aan de taak informatievoorziening en voorlichting worden geen knelpunten genoemd, noch worden belangrijke verschillen tussen de MEE gesignaleerd.

#### **B: signalering**

De collectie taak B 'signalering' houdt in het signaleren van feiten en ontwikkelingen die invloed hebben op de maatschappelijke participatie van cliënten en deze signalen vervolgens doorgeven aan een partij die hiervoor verantwoordelijk is, zoals een cliëntenorganisatie, een gemeente of een zorgaanbieder. Een voorbeeld is het signaleren van een lacune in het zorgaanbod voor een bepaalde doelgroep. Door middel van deze taak kan de MEE maatschappelijke participatie van cliënten stimuleren door de verantwoordelijke partijen te wijzen op knelpunten.

Een groot deel van de MEE's is naar eigen zeggen nog druk bezig handen en voeten te geven aan de taak signalering. Signalering vindt nog vooral ad hoc, 'tussen-de-bedrijven-door' plaats. Onder deze MEE's bestaat duidelijk behoefte aan een instrument waarmee de taak signalering meer pro-actief en gestructureerd kan worden uitgevoerd. Op het moment van meten zijn er negen MEE-organisaties die een zogenaamde signaleringsdatabase delen. Medewerkers (consultanten) van het frontoffice van deze MEE's vullen de database en werken deze bij. De signalen die MEE-organisaties op dit moment oppakken worden door de MEE doorgegeven aan belangbehartigers van cliënten, maar ook aan het zorgkantoor, zorgaanbieders en gemeenten. Deze partijen vragen hier overigens ook zelf om.

Een aantal zorgkantoren meldt desgevraagd regelmatig overleg met de MEE te hebben in het kader van de signaleringstaak. Een deel van de zorgkantoren heeft structurele afspraken met de MEE gemaakt over het signaleren en melden van discrepanties in het regionale aanbod en vraag naar zorg of over specifieke knelpunten bij de levering van zorg. Deze taak is nog niet in alle regio's even formeel en structureel vormgegeven; een aantal MEE's wisselt de informatie informeel en minder structureel uit met het zorgkantoor.

Behalve het stadium waarin de organisatie zich bevindt wat betreft de invoering van een systeem rond signalering, lijken de verschillen in aanpak tussen organisaties niet groot. Als knelpunt in de uitvoering van signalering wordt genoemd dat hier talloze zaken onder kunnen vallen en dat er dus prioriteiten gesteld moeten worden. Voorts blijkt dat medewerkers moeite hebben deze taak in de praktijk te brengen. “*Signaleren vereist een manier van ‘maatschappelijk kijken’ waar consulenten moeite mee kunnen hebben*”, aldus een MEE-bestuurder. Consulenten zijn van oudsher -en nog steeds- sterk gericht op de individuele cliënt en hebben niet altijd het overzicht over de ondersteuningsvragen die binnen komen. Dit overzicht is nodig om meer algemeen geldende feiten en ontwikkelingen te kunnen signaleren. Ten slotte wordt als knelpunt ervaren dat men te veel signalen binnen krijgt en men niet overal wat mee kan doen. Oplossing is zoveel mogelijk signalen bij andere partijen neer te leggen.

Uit de benchmark Maatschappelijke waardering blijkt de collectieve taak signalering te worden gewaardeerd met een 3,3 op een schaal van 1 tot en met 5. Van de drie collectieve taken is dit de laagste score.

### **C: opbouwen en onderhouden sociale kaart en relevante netwerken**

In de subsidieregeling staat de collectieve taak C als volgt omschreven:

*Subsidie voor collectieve cliëntondersteuning wordt slechts verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie door middel van het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken. Dit houdt in: het tot stand brengen van concrete verbetering of optimalisering van de mogelijkheden van mensen met een handicap tot participatie op lokaal en regionaal niveau. Dit kan de MEE-organisatie tot stand brengen door het onderhouden en uitbreiden van een netwerk op het gebied van andere arbeid, dagbesteding, vrije tijd, vorming, wonen, thuiszorg en onderwijs. Voorts door het onderhouden en uitbreiden van een netwerk met andere organisaties die zich bezig houden met cliëntondersteuning. En verder in samenwerking met collectieve belangengroepen genoemde organisaties aanjagen, activeren en motiveren tot beleidswijzigingen en het creëren van de vereiste randvoorwaarden, zoals bijvoorbeeld het etaleren van good practices.*

Hieronder wordt achtereenvolgens ingegaan op: het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart, het opbouwen en onderhouden van netwerken, het inventariseren en verspreiden van good practices, knelpunten ten aanzien van de collectieve taak C en de waardering van deze collectieve taak.

#### *Sociale kaart*

Uit de enquête onder de 25 MEE-organisaties blijkt dat alle MEE-organisaties een sociale kaart van de regio hanteren en bijhouden. Veertien MEE-organisaties werken met elkaar samen om de bovenregionale sociale kaart bij te houden en te actualiseren. Uit meerdere bronnen komen de MEE-organisaties naar voren als organisaties die de sociale kaart goed kennen. Organisaties uit de omgeving van MEE beschouwen de kennis van de sociale kaart en het opbouwen van een sociaal netwerk als één van de sterke punten van MEE. In tegenstelling tot de oude SPD'en weet MEE zich (veel) beter te profileren binnen de verschillende netwerken en treedt zij veel meer naar buiten toe, aldus de omgeving van MEE.

### *Netwerken*

Om een meer concreet beeld te krijgen van het netwerk van MEE is in de enquête gevraagd per type organisatie aan te geven met hoeveel organisaties de MEE samenwerkt. Gevraagd is naar de volgende organisaties en instellingen:

- Zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking
- Zorginstelling voor mensen met een lichamelijke beperking
- Zorginstelling voor mensen met een zintuiglijke beperking
- Zorginstelling voor mensen met een beperking in het autistisch spectrum
- Gemeente
- CIZ
- Zorgkantoor
- Cliëntenorganisatie
- Bureau jeugdzorg
- Woningcorporatie
- Onderwijsinstelling
- Organisatie voor kinderopvang
- Organisatie gericht op arbeid en/of dagbesteding
- Welzijnsinstelling
- Thuiszorg.

Op basis van de afzonderlijke antwoorden in combinatie met aanvullingen en uitleg in de interviews wordt geconcludeerd dat alle MEE-organisaties een uitgebreid netwerk van organisaties en instellingen kennen op alle levensgebieden en ook voor alle doelgroepen. Getuige MEE zelf worden er geen organisaties (bepaalde levensgebieden, of doelgroepen) in het netwerk gemist. Sommige MEE's geven aan dat zij eerder aan te veel dan aan te weinig overleggen deelnemen en dat hier in de toekomst een strengere selectie in moet worden gemaakt.

Concreet wordt invulling gegeven aan het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken door deelname aan overleggen en samenwerkingsverbanden van organisaties in de regio. Deze overleggen vinden plaats voor verschillende doelgroepen. Het kan daarbij specifiek gaan om mensen met een beperking, maar ook om de afstemming met aanverwante gebieden zoals de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg. MEE vervult verschillende rollen in overleggen en samenwerkingsverbanden: als één van de deelnemende partijen, maar ook als initiator en coördinator. Veelvuldig worden samenwerkingsverbanden vastgelegd in een convenant. Samenwerking en overleg kan op bestuurlijk niveau plaatsvinden (structureel overleg in het kader van signalering en/of het afbakenen van taken), maar ook op uitvoerend niveau (ad hoc overleg over individuele cliënten). Het aantal overleggen waar MEE-organisaties aan deel nemen is over het algemeen groot. Zo laat een MEE-organisatie weten deel te nemen aan 200 verschillende reguliere overleggen.

Uit de telefonische interviews met de partnerorganisaties komt naar voren dat het opbouwen van netwerken voor de doelgroepen zintuiglijk gehandicapt en lichamelijk gehandicapt steeds beter gaat. De MEE-organisaties dienen hier nog wel verder in te investeren. De NVA constateert dat MEE de sociale kaart voor autisme goed kent, maar dat in een aantal regio's het opzetten van een convenant autisme niet snel genoeg loopt.

Uit de benchmark Maatschappelijke waardering blijkt de activering en integratie via het opbouwen van netwerken te worden gewaardeerd met een 3,5 (op een schaal van 1 tot en met 5).

#### *Good practices*

Dienst C betreft niet alleen het onderhouden van de sociale kaart en het opbouwen van netwerken, maar ook het etaleren van zogenaamde good practices. Negentien van de 25 MEE-organisaties laat weten haar goede praktijken te inventariseren en verspreiden (zie tabel 3.7) .

**Tabel 3.7** Good practices

*Worden door uw MEE-organisatie 'good practices' geïnventariseerd en verspreid?*

	Aantal	%
Ja	19	79%
Nee	5	21%
Totaal	24	100%

Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt het etaleren van good practices in veel gevallen echter opgevat te zijn als goede praktijken rond de bedrijfsvoering van MEE (hoe bereid je je voor op de WMO, hoe ontwikkel je een goede sociale kaart en hou je deze bij, hoe ga je als organisatie om met werkdruk, etcetera). Het etaleren van good practices rond het verbeteren van de participatie van mensen met een handicap gebeurt in veel mindere mate en niet of nauwelijks op gestructureerde basis. Volgens sommige van de MEE-bestuurders vindt het uitdragen van deze praktijken nog veel te weinig plaats.

#### *Knelpunten*

Knelpunten rond het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken zijn volgens de MEE-organisaties: (1) de (globale) definiëring van de taak, in combinatie met (2) beperkte subsidie voor deze taak, en (3) contacten met specifieke partijen uit het netwerk. Een verbeterpunt is volgens de respondenten van de MEE-organisaties zelf dat beter in kaart moet worden gebracht wat wel en niet onder taak C valt. Blijkbaar is de handreiking hier niet voldoende. Een ander knelpunt is dat veel netwerken (netwerkoverleggen) afhankelijk zijn van de coördinatie van MEE. Er is echter onvoldoende subsidie om dit voor al deze netwerken te blijven doen. MEE is van mening dat gemeenten deze coördinatietaak over moeten nemen. Ten slotte wijst een aantal MEE's op het moeizaam verlopen van contacten met enkele individuele organisaties. Sommige welzijnsorganisaties zien in de MEE-organisatie een concurrent. De onderlinge contacten verlopen daardoor soms stroef. Hetzelfde geldt voor (sommige) gespecialiseerde instellingen voor mensen met een visuele beperking. Over het geheel genomen lopen de contacten en samenwerkingsverbanden met organisaties en instellingen uit de regio echter goed en is er sprake van open en constructief overleg. Dit blijkt zowel uit de interviews met de MEE-bestuurders als met de organisaties zelf.

#### *Waardering*

Sterke punten in de samenwerking met partners uit het regionale netwerk van MEE zijn de open en constructieve (niet-concurrerende) houding van MEE. MEE komt naar voren als een oplossingsgerichte organisatie met een grote samenwerkingsbereidheid en een positieve attitude richting haar partners in de regio. MEE is bovendien een organisatie die haar afspraken nakomt.

Minder positief is volgens sommigen de weinig zakelijke cultuur van MEE, wat met name tot uiting komt in het traag reageren op vragen, verzoeken of problemen uit de omgeving.

Uit de benchmark Maatschappelijk waardering blijkt ten slotte dat 62,2% van de bevroegde partnerorganisaties bekend is met het feit dat MEE de collectieve taak C uitvoert. De uitvoering van deze taak wordt, op een schaal van 1 tot met 5 gewaardeerd met een 3,5.

### 3.3 Project integrale vroeghulp

Naast subsidie voor collectieve en individuele ondersteuning kunnen MEE-organisaties subsidie ontvangen voor projecten integrale vroeghulp. Bij integrale vroeghulp gaat het om een samenwerkingsverband (een kinderrevalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis, MEE en een kinderdagcentrum voor kinderen met een verstandelijke handicap) dat ondersteuning biedt aan kinderen van 0 tot 4 jaar met een complexe hulpvraag. MEE komt in aanmerking voor subsidie voor de coördinatie van deze projecten. Onderzocht is hoeveel MEE-organisaties een dergelijk project uitvoeren en wat hun rol in deze projecten is.

Alle MEE-organisaties voeren een project integrale vroeghulp uit. Alle MEE's ontvangen hiervoor subsidie. Om in aanmerking te komen voor subsidie dient te worden samengewerkt met ten minste de sector voor de kinderrevalidatie en de sector voor de zorg voor kinderen met een verstandelijke handicap. Naast deze partijen blijkt in het kader van projecten integrale vroeghulp te worden samengewerkt met onder meer: GGZ, GGD, Bureaus Jeugdzorg, Orthopedagogische centra, dagcentra en de jeugdhulpverlening,

De MEE-organisaties hebben vooral een aanjagende en een coördinerende/regisserende rol in de projecten integrale vroeghulp. De primaire taken van MEE betreffen de zogenaamde voorwaardenscheppende activiteiten (leveren van secretariële ondersteuning, leveren van kantoor en het leveren van een coördinator). Op individueel cliëntniveau geldt voor alle MEE's ongeveer het volgende scenario: aanmeldingen komen binnen bij de coördinator via een speciaal telefoonnummer. De coördinator of een consultant van MEE doet de intake (een gesprek op het MEE-kantoor, of een bezoek aan het gezin door een consultant). Afhankelijk van de uitkomsten van de intake roept de coördinator een team bijeen, bestaande uit bijvoorbeeld een revalidatie-arts, psycholoog, kinderarts en/of pedagoog. MEE verzorgt vervolgens het individuele casemanagement.

Naast individueel casemanagement is de belangrijkste taak van MEE (i.e. de coördinator) het onderhouden van het netwerk rond het project, het bijeenhouden van de betrokken partijen, eventueel betrekken van nieuwe partijen en het verzorgen van bekendheid van het project onder mogelijke verwijzers (scholen, kinderartsen, consultatiebureaus).

Meerdere MEE's wijzen er op dat de beschikbare middelen voor projecten integrale vroeghulp beperkter zijn geworden sinds de omvorming naar SPD Nieuwe Stijl. Dit maakt het volgens MEE moeilijker haar taak uit te voeren. Als gevolg van de meer beperkte middelen zijn projecten stopgezet, zijn projecten verschaald (geen aparte coördinator en/of apart secretariaat meer) en/of worden er minder cliënten geholpen dan MEE noodzakelijk acht. Ook wordt enige creativiteit in de registratie toegepast om bepaalde taken toch maar te kunnen blijven uitvoeren: bijvoorbeeld het registreren van trajectbegeleiding onder de individuele taken, of het financieren van de coördinatie uit het budget voor de collectieve taken.

### 3.4 Pluspakket

Om de individuele SPD'en de mogelijkheid te geven extra activiteiten te ontplooiën, die relevant zijn voor de regio, hebben de SPD'en gepleit voor een zogenaamd pluspakket. Een pluspakket bestaat uit activiteiten die behoren tot de taken van de MEE uit de subsidieregeling en die ook niet bekostigd worden uit de subsidieregeling. Het Ministerie van VWS heeft een aantal voorwaarden geformuleerd waaraan een pluspakket dient te voldoen. Ten eerste dient het pakket niet-geïndiceerde activiteiten te omvatten, die bijdragen aan de laagdrempelige ondersteuning van de cliënt. De activiteiten dienen daarnaast een meerwaarde te hebben voor de integratie van de cliënt en in een aantoonbare behoefte in de regio te voorzien.

In de interviews met de MEE's is gevraagd of zij een pluspakket aanbieden, wat de inhoud van deze activiteiten is en wat de reden is deze activiteiten aan te bieden. Hieruit blijkt dat driekwart (n=15) van de Mee-organisaties een pluspakket aanbiedt. Schoolmaatschappelijk Werk is de meest genoemde 'plusactiviteit'. Dit is een activiteit die veel MEE's van oudsher uitvoeren en waar volgens de MEE-bestuurders veel vraag naar is. De MEE's worden voor deze activiteiten, veelal op uurbasis, betaald door de scholen. De MEE-organisaties verschillen in de inhoud van het pluspakket dat zij aanbieden. 'Plusactiviteiten' die worden genoemd – buiten het Schoolmaatschappelijk Werk - zijn:

- Cursussen en trainingen (onder meer aan scholen)
- Vrije Tijdswork (exploiteren van sportclubs, hobbyclubs, eethuizen)
- Organiseren van vakanties of dagjes uit
- Praktische thuishulp (hierbij is niet duidelijk of het gaat om organiseren, coördineren of uitvoeren)
- Opzetten van een poli voor LVG met ernstige gedragsstoornissen
- Coördinatie project bredeschoolontwikkeling van een ZML school
- Coördinatie vrijwillige thuishulp
- Coaching on the job
- Sport ondersteunende coördinatie
- Leveren van een ouderenadviseur
- Leveren van een vertrouwenspersoon
- Peuterzorgproject.

Voor een deel worden de plusactiviteiten bekostigd op basis van met de aanvrager afgesloten contracten (derde geldstroom). Ook vindt financiering plaats via projectsubsidies vanuit de provincie of gemeenten.

De belangrijkste reden om een pluspakket aan te bieden is dat hier volgens de MEE-organisaties behoefte aan is binnen de regio. Voor een deel van de plusactiviteiten wordt MEE gevraagd (bijvoorbeeld door scholen). Voor een ander deel worden plusactiviteiten opgezet vanuit een in de eigen praktijk gesignaleerde behoefte. Omdat de subsidie voor collectieve taken ontoereikend is om aan deze behoefte tegemoet te komen, trachten de MEE's bepaalde taken bij het pluspakket onder te brengen.

*Dit is de manier waarop de MEE in de toekomst zaken voor haar doelgroep kan en moet realiseren: via het gebruiken van geschikte netwerkpartners en het zoeken naar aanvullende financiering. (bestuurder van een MEE-organisatie)*



Hiernaast wordt opgemerkt dat bepaalde plusactiviteiten taken worden uitgevoerd vanuit een historisch gegroeide situatie. Bijvoorbeeld het schoolmaatschappelijk werk: “dat is traditie. Zo zijn we ooit begonnen.” Ook de invoering van de WMO zet aan tot het uitbreiden van het pluspakket. Opdat men straks zo min mogelijk afhankelijk is van de financiering door gemeenten trachten (sommige) MEE's zo veel mogelijk activiteiten / projecten via de derde geldstroom gefinancierd te krijgen.

Vijf MEE-organisaties voeren geen pluspakket uit. Eén van de genoemde redenen is dat het streven naar onafhankelijkheid niet strookt met het afsluiten van contracten met specifieke instellingen uit de regio. Andere redenen zijn dat MEE's geen tijd hebben voor de uitvoer van een pluspakket en/of beperkt hierin willen investeren nu er wachttijden zijn. Daarnaast zijn er MEE's die juist terughoudend zijn in het opzetten van plusactiviteiten in verband met de invoering van de WMO: “Voor we hier in gaan investeren willen we eerst weten hoe het verder gaat”. Blijkbaar leidt de invoering van de WMO hier tot twee totaal tegenovergestelde reacties.

### 3.5 Samenvatting

Uit het onderzoek blijkt dat alle MEE-organisaties individuele, collectieve en preventieve taken uitvoeren. Er is sprake van een (zeer) breed takenpakket waarin voor (onder andere) de MEE's de grens tussen zelf hulpverleners en cliëntondersteuning bieden niet altijd duidelijk te trekken is. De 'oude' diensten en taken (informatie en voorlichting, en sociale kaart) zijn goed ontwikkeld en worden alom gewaardeerd. Een nieuwe collectieve taak als signalering, een taak die bij uitstek de cliëntondersteuning op beleidsniveau handen en voeten zou kunnen geven, dient nadere invulling te krijgen.

Alle MEE's bieden alle individuele diensten, met uitzondering van de dienst 'ondersteuning in crisissituaties'. Eén MEE-organisatie biedt deze dienst, in overleg met het zorgkantoor, bewust niet. Crisissituaties vragen veelal om directe zorgverlening. Bestaande centra voor crisisopvang zijn bovendien beter toegerust om in crisissituaties in te grijpen, zo menen meerdere MEE-organisaties. Consulents hebben moeite met de afweging tussen het aanbieden van de dienst 'kortdurende en kortcyclische ondersteuning' en doorverwijzen naar een zorgaanbieder. Op het moment dat deze dienst meerdere malen aan dezelfde cliënt wordt geboden voor dezelfde hulpvraag, is er in feite sprake van langdurige ondersteuning (meer dan 6 maanden). Voorts zijn alle individuele diensten weliswaar op papier voor alle cliënten beschikbaar maar in praktijk worden niet alle individuele diensten bij alle MEE-organisaties door de nieuwe doelgroepen afgenomen. Cliënten met een zintuiglijke beperking worden over het algemeen snel doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder en missen daardoor feitelijk de onafhankelijke cliëntondersteuning.

De MEE-organisaties voeren drie collectieven taken uit, te weten 'informatie en voorlichting', 'signalering' en 'sociale kaart en netwerken'. In het onderzoek is vastgesteld dat de taak 'informatie en voorlichting' door de MEE-organisaties goed ontwikkeld is. De partners uit het regionale netwerk van de MEE hebben waardering voor de informatie en voorlichtingsfunctie van de MEE die op een goed peil staat en pro-actief is. Ook wordt geanticipeerd op de WMO. Zo geven verschillende MEE-organisaties aan zich te oriënteren op de vraag hoe de eigen loketfunctie kan aansluiten bij of integreren met de loketten die gemeenten aan het ontwikkelen zijn in het kader van de

WMO. Sommige MEE's zijn reeds in deze loketten actief. Daarnaast komt het voor dat een MEE participeert in lokale steunpunten waarin samen met andere organisaties informatie wordt gegeven. Van de drie collectieve taken krijgt de informatie en voorlichting de hoogste waardering. Ten aanzien van het inhoud geven aan de taak informatievoorziening worden geen knelpunten genoemd, noch worden belangrijke verschillen tussen de MEE gesignaleerd. Een deel van de MEE-organisaties lijkt nog te 'worstelen' met de invulling van de nieuwe taak 'signalering'. Belangrijke vragen zijn hier hoe men kan signaleren, op welk niveau, of het reëel is dit over te laten aan de uitvoerenden en hoe signalering structureel onderdeel van het werk kan zijn. De meeste MEE's hebben deze taak dan ook (nog) niet structureel vormgegeven. De derde collectieve taak is in het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken. De MEE-organisaties worden alom gewaardeerd om hun uitgebreide kennis van de sociale kaart en actualiseren deze ook. Voor alle doelgroepen en op alle levensterreinen vindt netwerkvorming plaats. MEE-organisaties verschillen in de mate waarin zij investeren in netwerkvorming voor zintuiglijk gehandicapten.

Alle MEE-organisaties voeren een project integrale vroeghulp uit. De MEE-organisaties hebben in deze projecten niet alleen een kassiersfunctie, maar vooral een aanjagende en een coördinerende/regisserende functie.

De individuele en collectieve diensten en taken zijn uniform vormgegeven, in de zin dat (bijna) alle MEE-organisaties de vormgeving van deze taken hebben gebaseerd op de dienstenkalender en de handreiking MEE Diensten 2005. De mate waarin de MEE-organisaties investeren in het bereiken van de nieuwe doelgroepen verschilt. Ook verschillen de MEE-organisaties in de inhoud van het pluspakket dat zij aanbieden. Dit laatste punt is logisch, aangezien het pluspakket dient aan te sluiten bij de behoefte in de regio.



## 4 Onafhankelijke dienstverlening

Eén van de doelstellingen van de omvorming van de SPD's naar de SPD Nieuwe Stijl is dat de organisaties onafhankelijk van zorgaanbieders en verzekeraars georganiseerd dienen te zijn. Onafhankelijk wil zeggen dat het belang van de cliënt het enige uitgangspunt is voor advies, informatie of ondersteuning. Andere belangen (bijvoorbeeld van zorgaanbieder of verzekeraar) mogen daarmee bij de taken niet interfereren<sup>1</sup>. Om de onafhankelijkheid te waarborgen is het de MEE-organisatie niet toegestaan een bestuurlijke eenheid te vormen met een verzekeraar of een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. Evenmin is het MEE-organisaties toegestaan zelf geïndiceerde zorgtaken te leveren aan haar cliënten. De consequenties hiervan zijn dat de MEE's die bestuurlijk verbonden waren met zorginstellingen of verzekeraars voor 1 januari 2005 hiervan moesten ontvlechten. Daarnaast moesten alle MEE's hun taken die onder de geïndiceerde (AWBZ-)zorg vallen overdragen. Anderzijds dienden zorginstellingen hun cliëntondersteunende taken over te dragen aan de MEE-organisaties.

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vraag of er sprake is van onafhankelijke cliëntondersteuning aan mensen met een beperking. Dit geschiedt vanuit de volgende onderzoeksvragen: zijn alle MEE-organisaties ontvlochten van zorgaanbieders en verzekeraars? Hebben alle MEE-organisaties de geïndiceerde taken overgedragen? Hebben zorgaanbieders hun cliëntondersteunende taken overgedragen aan de MEE-organisaties? Hoe is het proces van ontvlechting en taakoverdracht verlopen? En ten slotte: (hoe) is hierbij rekening gehouden met het belang van de cliënt? Het belang van de cliënt wordt hier uitsluitend belicht in het kader van het proces van overdracht. In hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op de mate waarin het belang van de cliënt richtinggevend is bij het geven van advies, informatie of ondersteuning.

### 4.1 Ontvlechting

Voor de omvorming van SPD naar MEE waren er 9 MEE-organisaties verbonden aan een zorginstelling. Per 1 januari 2005 was elk van deze MEE-organisaties bestuurlijk ontvlochten van verzekeraars en zorgaanbieders<sup>2</sup>. MEE-organisaties kunnen echter niet alleen bestuurlijk, maar ook institutioneel (in de betekenis van het 'delen' van hetzelfde gebouw), of professioneel (in de betekenis van het 'delen' van personeel) een eenheid vormen met verzekeraar en/of zorgaanbieder. Institutioneel en/of professioneel ontvlochten zijn is geen voorwaarde voor de MEE-organisaties in de subsidieregeling.

Uit de enquête onder 25 MEE-organisaties blijkt dat in 2006 twee organisaties een institutionele, en eveneens twee organisaties een professionele eenheid vormen met een zorgaanbieder en/of verzekeraar. De MEE's die een institutionele eenheid vormen met een zorgaanbieder zijn niet dezelfde als de MEE's die een professionele eenheid vormen met een zorgaanbieder. Wanneer we 'volledig ontvlochten' definiëren als: *noch bestuurlijk, noch institutioneel als professioneel een eenheid vormend met een zorgaanbieder* dan is 16% (n=4) van de MEE's niet volledig ontvlochten.

<sup>1</sup> Brief SPD Nieuwe Stijl, Ministerie van VWS, april 2003.

<sup>2</sup> Eindrapportage taakoverdracht. MEE Nederland, Utrecht 24 maart 2005.

**Tabel 4.1** Aantal en percentage MEE-organisaties dat een bestuurlijke, institutionele of professionele eenheid vormt met een zorgverzekeraar of zorgaanbieder

	Aantal 'ja'	Percentage*
Bestuurlijk	0	0%
Institutioneel (gebouw)	2	8%
Professioneel (personeel)	2	8%
Totaal	4	16%

\* gepercenteerd op totaal aantal geënquêteerde MEE's: n=25

Desgevraagd geeft één van de MEE bestuurders aan bewust te hebben gekozen voor institutionele eenheden met verschillende zorgaanbieders (GGZ, consultatiebureau, thuiszorg, ouderenvolk) vanuit bedrijfsmatige overwegingen (efficiency door het delen van overheadkosten) en vanuit overwegingen van cliëntvriendelijkheid. Samen met de zorgaanbieders zijn informatiecentra ingericht waar cliënten over elk van de aanwezige organisaties informatie kunnen vinden. De MEE heeft hierbij bewust gezocht naar partners waarbij sprake was van overlap in doelgroepen.

Er komen geen problemen omtrent het ontvlechtsproces uit de interviews naar voren. "Het is allemaal vlot verlopen", aldus een bestuurder van een MEE-organisatie.

## 4.2 Overdracht zorgtaken

De overdracht van zorgtaken kon globaal op drie niveaus plaatsvinden: overdracht van zorg- en/of dienstverlening aan cliënten, overdracht van personeel en overdracht van expertise.

### Overdracht van zorg- en of dienstverlening

Alle MEE-organisaties hebben voor 1 januari 2005 alle zorgtaken volledig afgebouwd en/of overgedragen. Dit betekent dat de MEE-organisaties geen geïndiceerde (AWBZ-)zorg meer uitvoeren. De overdracht betrof vooral de zogenaamde PPG (Praktisch Pedagogische Gezinsondersteuning), PSH (Psychosociale Hulpverlening) en BZW (Begeleid Zelfstandig Wonen)<sup>1</sup>. Voor een deel geschiedde deze overdracht via een sterfhuisconstructie: lopende (geïndiceerde) zorgtrajecten zijn afgemaakt en er zijn geen nieuwe aangenomen. Deels werden cliënten voor wie reeds een zorgtraject liep actief overgedragen aan een zorgaanbieder, of de cliënten werden begeleid in het verkrijgen van een PGB.

De meeste MEE-organisaties zijn van mening dat de overdracht normaal of soepel is verlopen. Voor een kleiner deel van de MEE-organisaties was het overdragen van geïndiceerde zorgtaken geen eenvoudige opgave. Belangrijkste oorzaak was een tekort aan zorgaanbod in de regio. In sommige regio's – met name in de plattelandsgebieden – is het aantal instellingen dat zorg aanbiedt sowieso gering. Hiernaast kwam het voor dat zorgaanbieders de taken van MEE niet wilden of konden overnemen, omdat zij hiertoe over onvoldoende budget beschikten. In 2004 stagneerde de overdracht tijdelijk als gevolg van de beheersmaatregelen in de AWBZ. Eind 2004 heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid incidenteel een bedrag van tien miljoen Euro beschikbaar gesteld aan zorgaanbieders voor het maken van aanvullende productieafspraken. Hierdoor kon

<sup>1</sup> Eindrapportage taakoverdracht. MEE Nederland, Utrecht 24 maart 2005.

de overdracht van cliënten alsnog plaatsvinden<sup>1</sup>. Eén MEE-organisatie geeft aan dat de overdracht stagneerde doordat het voor de verschillende betrokken partijen niet duidelijk was wat wel en niet overgedragen moest worden. De MEE heeft hierop gereageerd door het opzetten van een overdrachtproject, waaronder het houden van een informatiebijeenkomst voor alle zorgaanbieders uit de regio. Inmiddels zijn ook hier alle taken overgedragen.

### **Overdracht personeel**

Naast overdracht van zorgtaken vond overdracht van personeel plaats. Overdracht van personeel was vooral in die gevallen aan de orde waar de MEE-organisaties zich moesten ontlechten van een zorgaanbieder. Medewerkers die Praktisch Pedagogische Gezinsondersteuning, Psychosociale Hulpverlening, of Begeleid Zelfstandig Wonen leverden 'bleven achter' bij de zorgaanbieder. Maar ook kwam het voor dat consultants van MEE's die niet aan een zorgaanbieder verbonden waren, aan zorgaanbieders zijn overgedragen. Ook hier gaat het om consultants die werkzaam waren op het terrein van de geïndiceerde zorg. Soms werd een team van consultants, inclusief cliënten, in haar geheel overgedragen aan een zorgaanbieder.

Meerdere bestuurders stelden zich vooraf ten doel alle medewerkers te behouden. In sommige gevallen is dit geslaagd. Meestal echter zijn toch één of enkele consultants vertrokken, met name omdat zij zich moeilijk konden verenigen met de nieuwe werkwijze van MEE, zo blijkt uit interviews met de bestuurders van MEE.

### **Overdracht van expertise**

Niet alle zorgaanbieders hadden de juiste expertise in huis om de zorgtaken van MEE goed over te kunnen nemen. Hier vond overdracht van expertise plaats. Deze overdracht bestond uit één of meerdere van de volgende situaties:

- het onderhouden van kortdurende 'ad hoc' contacten over cliënten tussen medewerkers van de zorgaanbieders en medewerkers van MEE
- het in de overgangsfase samen begeleiden van cliënten
- het overdragen van dossiers
- het geven van scholing en voorlichting aan medewerkers van zorgaanbieders.

### **Het belang van de cliënt centraal**

Eén van de uitgangspunten bij de overdracht van zorgtaken was het centraal stellen van het belang van de cliënten. Dit betekent concreet dat cliënten tijdig geïnformeerd worden over en betrokken worden bij de overdracht, dat de continuïteit in de zorg- of dienstverlening gewaarborgd dient te zijn en dat de keuze (welke zorgaanbieder, of mogelijk de keuze voor een PGB) aan de cliënt is<sup>2</sup>. In de interviews met de MEE-organisatie is gevraagd hoe de overdracht van cliënten in de praktijk is verlopen.

Voor de MEE's die van een zorgaanbieder hebben moeten ontlechten geldt dat de cliënten eenvoudig zijn achtergebleven bij de zorgaanbieder aan wie de MEE verbonden was. Hier is aldus geen sprake geweest van een keuze tussen verschillende zorgaanbieders. Voor de MEE's die niet aan een zorgaanbieder verbonden waren komen twee situaties naar voren: de eerste situatie betreft die gevallen waarbij consultants werden overgedragen aan een zorgaanbieder. Cliënten

<sup>1</sup> Eindrapportage taakoverdracht. MEE Nederland, Utrecht 24 maart 2005.

<sup>2</sup> Implementatieplan overdracht geïndiceerde en niet-geïndiceerde taken tussen zorginstellingen en MEE-organisaties, VGN/MEE Nederland, Utrecht december 2003.

zijn in de eerste plaats gehecht aan hun consulent, zo wordt in de interviews gesteld. Voor deze cliënten was de keuze dus betrekkelijk eenvoudig: zij gingen 'mee' met hun consulent. De tweede situatie betreft die gevallen waarin er geen consulenten zijn overgedragen aan de zorgaanbieders. Met name voor deze groep cliënten gold dat zij een keuze moesten maken voor een zorgaanbieder van hun voorkeur.

Alleen daar waar cliënten uit meerdere zorgaanbieders kunnen kiezen en hier ook tijdig over worden geïnformeerd is werkelijk sprake van keuzevrijheid. Een deel van de MEE-organisaties heeft echter moeite gehad met het vinden van zorgaanbieders die de zorgtaken van MEE wilden overnemen. Soms was er maar één zorgaanbieder in de regio waar de cliënt terecht kon en dan "was je al blij dat ze *ergens* terecht konden", aldus de bestuurder van één van de MEE-organisaties. Ook kwam het voor dat de zorgaanbieder van voorkeur een wachtlijst had. De continuïteit van de zorg was dan doorslaggevend. Kortom: de vrijheid van keuze werd voor sommige cliënten sterk beperkt door het geringe aanbod.

Contactpersonen van zorgkantoren bevestigen dat in een aantal gevallen de overdracht zonder de beoogde keuzevrijheid van cliënten is verlopen. Het zorgkantoor heeft cliënten ondersteuning geboden, die niet tevreden waren met de toegewezen zorgaanbieder.

Indien er voldoende zorgaanbod was hebben de MEE-organisaties aan cliënten uitgelegd welke zorgaanbieders er waren en/of zij hebben zorgaanbieders uitgenodigd om zich aan de cliënten te presenteren. Vervolgens konden de cliënten hun voorkeur kenbaar maken. Deze cliënten konden kiezen voor een zorgaanbieder van hun voorkeur.

De overdracht betrof in de praktijk een geleidelijk proces, waarin consulenten in de beginfase contact hielden met hun cliënt en/of nieuwe zorgverlener. Zo zijn in één van de MEE-organisaties tijdens de overgangsjaren kleine projectorganisaties opgezet met medewerkers van MEE en medewerkers van zorgaanbieders, die samen de nieuwe instroom zijn gaan doen. Dit werd vervolgens langzaam afgebouwd.

De meeste MEE-organisaties kijken overwegend positief terug op het proces van overdracht. Er zijn bij hen ook weinig of geen klachten van cliënten binnengekomen. Een klein deel van de cliënten heeft volgens de MEE's wel moeite gehad met het wisselen van hulpverlener. Dit betrof cliënten die erg gehecht waren aan hun consulent.

### **4.3 Overdracht cliëntondersteunende taken**

De opdracht van de staatssecretaris tot overdracht van taken gaat ervan uit dat er sprake is van een evenwichtige uitruil van taken tussen MEE-organisaties en zorginstellingen: "Spd'en zullen zorgtaken moeten afstoten en instellingen zullen taken ten aanzien van cliëntondersteuning aan SPD'en moeten overdragen"<sup>1</sup>. Onderzocht is of ook deze beweging andersom heeft plaatsgevonden. Voor de overdracht van cliëntondersteunende taken maken we wederom onderscheid tussen overdracht van de taak 'an sich' (de dienstverlening aan de cliënt) en de overdracht van personeel en expertise.

<sup>1</sup> Brief van de staatssecretaris d.d. 9 oktober 2003 aan het CVZ (kenmerk DZ/VU-2418076).

### Overdracht van cliëntondersteunende taken

De vraag of zorgaanbieders uit de regio alle cliëntondersteunende taken overgedragen hebben aan de MEE-organisatie wordt door geen enkele MEE met 'ja' beantwoord. Ruim driekwart van de MEE's zegt dat dit niet het geval is. Iets minder dan een kwart weet niet of alle cliëntondersteunende taken overgedragen zijn.

**Tabel 4.2** Overdracht cliëntondersteunende taken

*Hebben de zorgaanbieders in uw regio alle cliëntondersteuningstaken overgeheveld naar uw MEE-organisatie?*

	Aantal	%
Ja	0	0%
Nee	19	76%
Weet niet/geen mening	6	24%
Totaal	25	100%

Volgens de MEE's is de overdracht van taken een éézijdige operatie geweest. De MEE's hebben al hun zorgtaken aan de zorgaanbieders overgedragen. De overdracht van cliëntondersteunende taken heeft niet plaatsgevonden of is op zijn minst ondoorzichtig. Zoals een van de MEE-bestuurders het uitdrukt:

*Ik heb geen zorgaanbieder gesproken die heeft gezegd: 'Kijk, hier heb ik een stukje ondersteuning, dat lag bij ons en dat geven we nu aan jullie.' Dat is op zijn minst verdacht als je ziet hoezeer we in elkanders vijver vissen.*

Er heeft aldus geen actieve en zichtbare taakoverdracht plaats gevonden. Alle MEE-organisaties geven tegelijkertijd aan dat er in het werkgebied van MEE andere organisaties zijn die cliëntondersteuning bieden aan de doelgroepen van MEE. In de interviews zijn hierbij genoemd de GGZ voor mensen met autisme, Bureau Jeugdzorg en zorgaanbieders, met name voor mensen met een zintuiglijke beperking. Ook cliëntenorganisaties zien overlap tussen de cliëntondersteuning die zij bieden en de diensten van de MEE. Deze overlap ligt volgens cliëntorganisaties met name rond de grens tussen individuele cliëntondersteuning en collectieve belangenbehartiging. Zodra het gaat over de belangen van meer dan één individu zien meerdere cliëntorganisaties het behartigen van deze belangen als hun taak en niet de taak van de MEE.

Wat de omvang, inhoud en wijze van financiering van de ondersteuning door zorgaanbieders is, is voor de MEE's ondoorzichtig:

*Vaak is moeilijk te onderscheiden wat nu wel en wat niet onder cliëntondersteuning valt: waar ligt precies de grens? Informatie en adviesverstrekking nemen de instellingen mee in het reguliere zorgaanbod. Om dit hiervan los te koppelen, dat komt ook weer heel kunstmatig over. Een aantal jaren bestond de trend onder zorgaanbieders om loketten in te richten voor laagdrempelige kortdurende hulpverlening. Wat zorgaanbieders nu nog precies doen aan cliëntondersteuning is niet goed zichtbaar. Mogelijk doen ze dit nu nog onder een andere noemer, vanuit de 'grote pot'. Het is nooit duidelijk geweest wat die cliëntondersteuningstaken van zorgaanbieders waren, dus dan weet je ook niet wat ze moeten overdragen.*



MEE's constateren dat steeds meer zorgaanbieders eigen serviceloketten, zorgloketten of cliëntenservicebureaus opzetten waarin diensten worden verleend die soms erg lijken op de cliëntondersteuning van de MEE. Zo zijn er zorgaanbieders die cliënten ondersteunen bij het maken van keuzen in typen zorgverlening. En zijn cliënten eenmaal 'binnen' bij een zorgaanbieder, dan komen ze vaak niet meer bij MEE terug. Enkele MEE's en ook een cliëntenorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking uiten dat zij dit onwenselijk vinden. Zij zijn van mening dat ook cliënten die reeds zorg van een zorgaanbieder ontvangen baat kunnen hebben bij cliëntondersteuning door de MEE, bijvoorbeeld in de vorm van een cursus sociale redzaamheid of het evalueren van de zorg die wordt ontvangen.

Eén van de oorzaken van het uitblijven van een evenwichtige uitruil van taken is het verschil in motivatie om tot deze uitruil te komen: MEE-organisaties zijn verplicht de geïndiceerde zorgtaken over te dragen aan de zorgaanbieders. De zorgaanbieders anderzijds zijn niet verplicht hun cliëntondersteunende taken over te dragen aan MEE. Instellingen in de sector zintuiglijk gehandicapten worden voor deze cliëntondersteuning nog steeds gefinancierd. De betreffende instellingen geven aan dat zij zouden willen dat MEE meer doet voor de ondersteuning van de doelgroep dan nu het geval is, maar dat ze hiertoe (nog) onvoldoende deskundig zijn (zie ook §2.3). De MEE-organisaties erkennen dit.

Uit een interview met een cliëntorganisatie voor zintuiglijk gehandicapten komt naar voren dat sommige zorgaanbieders uit de sector voor zintuiglijk gehandicapten convenanten met MEE-organisaties proberen af te sluiten, waarin wordt afgesproken dat de MEE-organisaties cliënten met een zintuiglijke beperking rechtstreeks naar de betreffende instelling doorverwijzen.

Desgevraagd bevestigen vrijwel alle contactpersonen bij de zorgkantoren dat de overdacht van ondersteunende taken van zorgaanbieders naar MEE niet of zeer summier heeft plaatsgevonden. Aanbieders informeren, adviseren en ondersteunen hun (potentiële) cliënten, zo constateren de zorgkantoren. Dit betreft ook activiteiten die – volgens de respondenten - bij de MEE's meer op hun plaats zouden zijn, zoals de ondersteuning van ouderinitiatieven. De zorgkantoren hebben in hun eigen optiek echter niet de middelen en mogelijkheden om de overdracht van dergelijke taken af te dwingen. Met uitzondering van de zintuiglijke gehandicapten worden de zorgaanbieders immers niet gefinancierd voor de ondersteuning van cliënten.

Zorgkantoren zien het ondersteunen van cliënten door aanbieders als onoverkomelijk, gezien de toenemende marktwerking. Het is een middel om cliënten aan zich te binden. En zolang zorgaanbieders deze ondersteuning financieren vanuit het reguliere budget, hebben de zorgkantoren hierop weinig invloed. De bestuurders van MEE zien dit zelf (vooralsnog) vanuit bedrijfsmatige overwegingen niet als een probleem. De MEE-organisaties komen toch wel aan hun productiedoelstelling, zo is de redenering. De meeste MEE's hebben bovendien te maken met wachttijden (zie ook paragraaf 5.3 wachttijden). Vanuit cliëntperspectief wordt de cliëntondersteuning door zorgaanbieders echter wel als probleem beschouwd. Voor de cliënt is het lastig haar of zijn weg te vinden in de keur aan ondersteuning die in de regio's geboden wordt. Daarnaast is de cliëntondersteuning die zorgaanbieders verlenen niet onafhankelijk.

### **Overdracht personeel en expertise**

Uit de interviews met de MEE-organisaties, zowel als uit de 'Eindrapportage taakoverdracht' van MEE-Nederland, blijkt dat overdracht van expertise met name plaatsvond (en vindt) met betrekking tot ondersteuning aan mensen met een zintuiglijke beperking. MEE-Nederland heeft in overleg met bureau DDS en Vivis een cursusaanbod gerealiseerd voor MEE-medewerkers voor scholing in benodigde expertise voor ondersteuning van cliënten met een zintuiglijke beperking. Een aantal MEE's blijkt deze expertise in huis te halen door de inzet van een medewerker van een zorgaanbieder voor zintuiglijk gehandicapten bij MEE voor enkele uren per week.

Eén van de MEE-organisaties is bezig met het volledig incorporeren (medewerkers en cliëntenbestand) van een informatiepunt ter ondersteuning van cliënten in de sector GGZ. Op deze manier: "haal je in één klap expertise én een cliëntenbestand binnen", aldus de bestuurder van de betreffende MEE.

## **4.4 Taakafbakening**

Voor de MEE-organisaties zelf en de meeste (maar niet alle) organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van MEE is de taakafbakening tussen (awbz-)zorg en cliëntondersteuning in theorie voldoende helder. In de praktijk constateren veel organisaties overlap of vergelijkbaarheid in taken met MEE. Dit geldt voor (met name) de informatie- en adviesfunctie, de begeleiding bij indicatie, het geven van cursussen en het bieden van kortdurende en kortcyclische ondersteuning. Cliëntenorganisaties zijn van mening dat de grens tussen individuele ondersteuning (taak van MEE) en collectieve belangenbehartiging (taak van de cliëntenorganisaties) scherper moet worden gesteld. Sommige zorgaanbieders twifelen aan de kortdurendheid van de dienst kortdurende en kortcyclische ondersteuning. Geconstateerd wordt dat deze dienst soms herhaaldelijk aan dezelfde persoon wordt gegeven voor een andere of voor dezelfde hulpvraag. Zeker in het laatste geval betekent dit dat er in feite geen verschil is met de geïndiceerde AWBZ-zorg. Meer duidelijkheid (en garanties) over de kortdurendheid van de dienst kortdurende en kortcyclische ondersteuning is daarom gewenst. In het algemeen geldt dat de overlap in taken een voortdurend afstemmen tussen MEE en haar partners vereist, zowel op beleidsniveau als op individueel cliëntniveau. Dit afstemmen gebeurt volop en op een, getuige de partners, open, communicatieve en constructieve wijze.

De nieuwe taakafbakening tussen MEE en zorgaanbieders – waarbij zorgaanbieders (geïndiceerde) AWBZ-zorg leveren en MEE's cliëntondersteuning bieden - wordt door zowel de MEE's zelf als haar omgeving zeer positief gewaardeerd. De onafhankelijkheid van MEE van zorgaanbieders komt in de eerste plaats ten goede aan de cliënt, zo is de mening. Daarnaast is sinds de omvorming de positie van MEE binnen het regionaal netwerk verstevigd. In de 'oude' situatie fungeerde MEE in sommige opzichten als concurrent van zorgaanbieders. In de praktijk bemoeilijkte dit soms de contacten en samenwerking met zorginstellingen. Nu kan MEE "zich beter presenteren aan en beter lobbyen bij andere organisaties. Ook zorgaanbieders hebben nu het idee dat contact met de MEE voor hen voordeel oplevert.", aldus een bestuurder van een MEE-organisatie. De ontvlechting van MEE van de zorgaanbieders en de nieuwe taakafbakening komt aldus ten goede aan de netwerkfunctie van MEE.

## 4.5 Waardering

Alle MEE's hebben al hun zorgtaken afgestoten en zijn in elk geval bestuurlijk ontvlochten van zorgaanbieders en verzekeraars. Betekent dit dat MEE's nu onafhankelijke dienstverlening bieden? Uit de benchmark Maatschappelijke waardering<sup>1</sup> blijkt dat ruim de helft (53,7%) van de geënquêteerde partnerorganisaties het (helemaal) eens is met de stelling dat de MEE-organisaties volledig onafhankelijk zijn van zorgaanbieders. (Helemaal) oneens met deze stelling is 14,7%. Op een schaal van 1 (lage waardering) tot 5 (hoge waardering) scoort MEE een 3,5 als het gaat om de onafhankelijkheid van zorgaanbieders.

Uit de interviews blijkt dat enkele zorgaanbieders en cliëntorganisaties van mening zijn dat de MEE-organisaties niet volledig onafhankelijk zijn in hun cliëntondersteuning. Zij zien dat sommige individuele consulenten niet neutraal zijn als het gaat om het informeren en adviseren over en doorverwijzen naar zorgaanbieders. Consulenten kunnen een voorkeur hebben voor bepaalde zorgaanbieders, bijvoorbeeld omdat ze beter bekend zijn met het aanbod van deze aanbieders of een positievere indruk hebben van de zorg die wordt geboden ten opzichte van andere zorgaanbieders. Het uitgangspunt in de dienstverlening van de MEE-organisaties dient steeds te zijn dat de cliënt de zorg(aanbieder) krijgt die het beste bij zijn/haar behoeften en wensen past.

Hiernaast wordt geconstateerd dat MEE-organisaties steeds vaker zelf bepaalde activiteiten aanbieden, die men niet vindt passen bij een onafhankelijk ondersteuner. Dit betreft onder meer het aanbieden van allerlei activiteiten in de sfeer van de vrije tijd (sportdagen, clubwerk, vakanties etc.). In dit kader stelt een van de respondenten:

*De dubbele rol van MEE keert langzaam terug. En dit komt niet ten gunste van de onafhankelijkheid.*

## 4.6 Samenvatting

Uit het onderzoek blijkt dat de MEE-organisaties onafhankelijk zijn georganiseerd. Alle MEE-organisaties zijn bestuurlijk ontvlochten van zorgaanbieders en verzekeraars. Twee MEE's delen personeel met een zorgaanbieder en eveneens twee MEE's delen het gebouw met een zorgaanbieder. Volgens verreweg de meeste organisaties is de ontvlechting goed verlopen.

Alle MEE-organisaties hebben hun zorgtaken afgestoten. Cliënten die aan zorgaanbieders moesten worden overgedragen zijn, getuige de MEE-organisaties zelf, tijdig geïnformeerd over en betrokken bij de overdracht. Het belangrijkste knelpunt bij de overdracht van cliënten was een gebrek aan zorgaanbod in de regio. Cliënten konden daardoor niet altijd kiezen voor de zorgaanbieder van hun voorkeur. Bij gebrek aan plaatsen bij zorgaanbieders had continuïteit van zorg voorrang op keuzevrijheid van de cliënt. Er zijn geen gevallen bekend waarin de continuïteit van de zorg niet is gewaarborgd. Consulenten die vóór de omvorming geïndiceerde zorgtaken uitvoerden zijn overgedragen aan een zorgaanbieder, of zijn omgeschoold. In de praktijk is de afbakening tussen geïndiceerde (AWBZ-)zorg en cliëntondersteuning niet altijd (vooraf) duidelijk. De samenwerking c.q. het contact tussen MEE en de partnerorganisaties uit de

<sup>1</sup> Benchmark MEE-organisaties 2006. Brancherapport Maatschappelijke waardering. Nijmegen, ITS, 2006.

regio bestaat dan ook voor een aanzienlijk deel uit het afbakenen van elkaanders taken, zowel op beleidsniveau als op individueel cliëntniveau. Een aandachtspunt voor MEE is dat niet alle consulenten neutraal zouden zijn in het informeren en adviseren over en doorverwijzen naar zorgaanbieders. Uitgangspunt in de dienstverlening dient steeds te zijn dat de cliënt wordt doorverwezen naar de zorgaanbieder die het beste bij zijn/haar behoeften en wensen past.

Opmerkelijk is dat instellingen voor zintuiglijk gehandicapten nog steeds financiering voor cliëntondersteuning ontvangen. Daarnaast constateren de MEE-organisaties dat steeds meer zorgaanbieders eigen serviceloketten, zorgloketten of cliëntenservicebureaus opzetten waarin diensten worden verleend die soms erg lijken op de dienstverlening van MEE. De MEE-organisaties en ook de zorgkantoren hebben nauwelijks zicht op wat er door zorgaanbieders aan cliëntondersteuning wordt gedaan. Zorgkantoren zijn van mening dat zij niet de mogelijkheden hebben om de overdracht van cliëntondersteunende taken door zorgaanbieders af te dwingen.



## 5 Laagdrempelige en toegankelijke dienstverlening

Uitgangspunt van de MEE-organisaties is het bieden van laagdrempelige en toegankelijke dienstverlening. Laagdrempeligheid betekent in de eerste plaats dat iedereen zonder indicatie bij MEE terecht kan. Daarnaast dienen MEE-organisaties toegankelijk te zijn voor hun doelgroepen. Dat iedereen zonder indicatie bij MEE terecht kan verliest immers aan waarde als men moeilijk met MEE in contact kan komen, of lang op de dienstverlening van MEE moet wachten. Onderzocht is in welke mate de verschillende MEE-organisaties laagdrempelig en toegankelijk zijn, of er sprake is van voldoende landelijke spreiding en of de MEE-organisaties bekend zijn onder cliënten, organisaties en instellingen uit de eigen regio. Hiervoor zijn alle in hoofdstuk 1 genoemde bronnen gebruikt (de enquête en interviews onder de 25 MEE-organisaties, de benchmarks Cliënttevredenheid en Maatschappelijke waardering, interviews onder zorgkantoren, gegevens van MEE Nederland, interviews met organisaties en instellingen uit het regionale netwerk en gesprekken met landelijke cliëntorganisaties). De resultaten staan in dit hoofdstuk beschreven.

### 5.1 Laagdrempeligheid

Uit de enquête onder 25 MEE-organisaties blijkt dat bij elk van de organisaties iedereen uit de vier doelgroepen van de MEE, zonder indicatie, bij MEE terecht kan voor informatie, advies en ondersteuning. Mensen met een zintuiglijke beperking worden door veel van de MEE-organisaties na een eerste contact echter snel doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder.

Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat zij ook informatie verstrekken aan mensen die buiten de vier doelgroepen vallen. Iedereen kan MEE bellen of bij MEE langskomen voor informatie of advies. Voor mensen die niet tot de doelgroep van de MEE behoren wordt bekeken waar zij met hun vraag terecht kunnen.

In het algemeen geldt dat de ene MEE het begrip beperking, zoals het staat vermeld in de subsidieregeling, strikter opvat dan de ander. Sommige MEE's nemen deze definiëring heel ruim door deze aan de cliënt zelf over te laten. In een interview met een van de MEE-organisaties wordt dit als volgt geïllustreerd:

*Een consulent kan wel zeggen of denken dat psoriasis geen probleem of beperking is, omdat het bijvoorbeeld niet in het gezicht zit. Maar als de cliënt zich wel door deze aandoening beperkt voelt, is dit voldoende reden voor ons om deze persoon als cliënt op te nemen.*

Laagdrempeligheid betekent ook dat cliënten kunnen kiezen van welke MEE-organisatie en/of van welke consulent zij ondersteuning willen ontvangen. Voor alle cliënten van alle MEE-organisaties is het in principe mogelijk gebruik te maken van de dienstverlening van een MEE-organisatie buiten de eigen regio, zo komt uit de interviews met de MEE-organisaties naar voren. Wel stellen MEE-organisaties hieraan de voorwaarde dat de zorgaanbieder(s) met wie zij ten behoeve van de cliënt contact voeren, in de regio van de betreffende MEE-organisatie gevestigd moet(en) zijn. Een cliëntorganisatie is van mening dat MEE's ook moeten kunnen doorverwijzen naar zorgaanbieders buiten de regio: 'Het gaat erom dat iemand op de juiste plek komt'.

Alle MEE-organisaties geven aan dat cliënten, mochten zij dit wenselijk vinden, kunnen overstappen naar een andere hulpverlener binnen de eigen organisatie.

## 5.2 Toegankelijkheid

In het kader van de toegankelijkheid van de dienstverlening van MEE zijn de volgende items onderzocht: openingstijden en telefonische bereikbaarheid, toegankelijkheid van de website, toegankelijkheid van de kantoren, bereikbaarheid in crisissituaties, wachttijden en regionale dekking. De laatste twee items worden in een aparte paragraaf besproken. In de benchmark Cliënttevredenheid is eveneens aandacht besteed aan de toegankelijkheid van de MEE-organisaties. Waar relevant wordt naar de resultaten uit deze benchmark verwezen.

### Openingstijden en telefonische bereikbaarheid

Alle MEE-locaties zijn vijf dagen per week geopend. Voor bijna de helft is dit 8,5 uur per dag. De overige MEE's zijn 8 uur (n=7), 9 uur (n=3), of 10 uur (n=1) per dag geopend. Eén locatie is dagelijks tot 22.00 uur 's avonds en op zaterdagochtend open. Eén MEE-organisatie is ook op donderdagavond geopend tot 20.00 uur.

**Tabel 5.1** Openingstijden

Dagen per week / uren per dag	Aantal	Percentage
5 dagen / 8 uur	7	28%
5 dagen / 8,5 uur	12	48%
5 dagen / 9 uur	3	12%
5 dagen / 10 uur	1	4%
Anders*	1	4%
Niet ingevuld	1	4%
Totaal	25	100%

\* 5 dagen per week, drie dagdelen per dag

Uit tabel 5.2 blijkt dat de telefonische bereikbaarheid van de MEE's in de meeste gevallen gelijk is aan de openingstijden.

**Tabel 5.2** Telefonische bereikbaarheid

Dagen per week / uren per dag	Aantal	Percentage
5 dagen / 8 uur	6	24%
5 dagen / 8,5 uur	11	44%
5 dagen / 9 uur	3	12%
5 dagen / 10 uur	3	12%
Anders	1	4%
Niet ingevuld	1	4%
Totaal	25	100%

In de benchmark Cliënttevredenheid is gevraagd naar de tevredenheid van cliënten over de bereikbaarheid van MEE. Hieruit komt een positief beeld naar voren: de MEE-organisaties zijn (bijna) altijd goed telefonisch te bereiken, men krijgt snel de juiste persoon aan de telefoon, kan alle vragen stellen en krijgt hier ook antwoord op en wordt snel geholpen. De bereikbaarheid 's avonds en in het weekend is volgens de cliënten slecht. Dit komt overeen met de openingstijden van de MEE's: de meeste MEE's zijn buiten kantooruren gesloten. Respondenten hadden de mogelijkheid aan te geven welke aspecten van MEE zij graag verbeterd willen zien. Een klein aantal respondenten (94 van de in totaal 3.523 respondenten, dat is: 2,7%) geeft aan dat de bereikbaarheid buiten kantooruren verbeterd moet worden. Dit aspect krijgt een hoge verbeterprioriteit van deze cliënten toegewezen. Ook een van de landelijke cliëntorganisaties wijst de verruiming van de openingstijden naar de avonduren als aandachtspunt aan.

### Website

Alle MEE-organisaties hebben een website. In de enquête hebben vijftien van de 25 MEE-organisaties (60%) aangegeven dat hun website is aangepast voor visueel gehandicapten. Voor 8 van de 25 MEE's (32%) geldt dat hun website niet is aangepast voor visueel gehandicapten. Twee MEE's hebben deze vraag niet ingevuld. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat een derde van de respondenten niet op de hoogte is van de website van MEE. Ongeveer 60% is hier wel van op de hoogte. Zij hebben deze site zelf gevonden of zijn door MEE (of anderen) hierop gewezen.

### Toegankelijkheid en bereikbaarheid gebouwen

Twintig van de 25 MEE's geven aan dat het gebouw van hun organisatie voor alle doelgroepen fysiek (goed) bereikbaar en toegankelijk is.

**Tabel 5.3** Toegankelijkheid gebouwen

*Is het gebouw van uw MEE-organisatie voor alle doelgroepen fysiek (goed) bereikbaar en toegankelijk?*

	Aantal	Percentage
Ja	20	83%
Nee	3	13%
weet niet/geen mening	1	4%
Niet ingevuld	1	4%
<b>Totaal</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Drie van de 25 MEE-organisaties geven aan dat hun gebouw niet voor alle doelgroepen goed toegankelijk is. De beperkte toegankelijkheid geldt voor mensen met een visuele beperking. De betreffende MEE's geven aan dat de gebouwen op zich wel toegankelijk zijn voor deze doelgroep, maar dat er geen speciale voorzieningen voor hen zijn getroffen, zoals bijvoorbeeld looplijnen in het gebouw en/of looplijnen vanaf het openbaar vervoer<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Mogelijk zijn er meer MEE's, die op zich wel toegankelijk zijn voor mensen met een visuele beperking, maar die geen speciale voorzieningen hebben getroffen voor deze doelgroep. Hier is echter niet structureel op deze manier naar gevraagd.



Ook zijn er twee nevenvestigingen die niet goed voor lichamelijk en/of voor zintuiglijke gehandicapten toegankelijk zijn<sup>1</sup>. Voor beiden geldt dat in deze specifieke regio's veel ambulante gewerkt wordt: consulenten gaan naar de cliënten toe. Voor één van de vestigingen wordt bovendien naar nieuwe huisvesting gezocht.

Indien nodig of gewenst leggen in alle MEE-organisaties consulenten huisbezoeken af. Uit de interviews met MEE blijkt dat met name in plattelandsgebieden met een gebrekkige infrastructuur deze huisbezoeken van belang zijn om de toegankelijkheid van de dienstverlening van MEE te kunnen garanderen.

Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat 82% van de respondenten de gebouwen van MEE goed bereikbaar vindt. Verder blijkt dat deze kantoren beter per eigen vervoer, dan per openbaar vervoer te bereiken zijn.

**Tabel 5.4** Bereikbaarheid kantoor, in aantallen en percentages

		Landelijk	
		N	%
Goed bereikbaar per auto	Ja	2.318	77,6
	Nee	116	3,9
	Nooit geweest	552	18,5
Goed bereikbaar per openbaar vervoer	Ja	1.182	62,8
	Nee	158	8,4
	Nooit geweest	542	28,8
Goed toegankelijk gebouw MEE	Ja	2.381	82,1
	Nee	53	1,8
	Nooit geweest	467	16,1

Bron: ITS (2006)

#### **Bereikbaarheid in crisissituaties**

Twintig van de 25 MEE-organisaties hebben speciale voorzieningen getroffen voor ondersteuning in crisissituaties. Meestal houdt dit in: het opzetten of aansluiten bij bepaalde samenwerkingsverbanden (regionaal crisisprotocol, steunpunt crisisinterventie, convenanten met bestaande crisisinstellingen e.d.). Dankzij deze samenwerkingsverbanden zijn deze MEE-organisaties in staat 24 uur per dag 7 dagen per week ondersteuning in crisissituaties aan te bieden. Andere MEE's bieden deze dienst uitsluitend tijdens kantooruren aan (zie ook § 3.1.2 Inhoud individuele taken. *Ondersteuning in crisissituaties*).

**Tabel 5.5** Bereikbaarheid in crisissituaties

*Zijn er in uw MEE-organisatie voorzieningen getroffen voor ondersteuning in crisissituaties?*

	Aantal	%
Ja	20	80%
Nee	5	20%
Totaal	25	100%

<sup>1</sup> Deze MEE's hebben de vraag naar de toegankelijkheid van het gebouw beantwoord voor de hoofdvestiging. Zij vallen dus niet onder de drie MEE's die hebben aangegeven dat het gebouw van de MEE-organisatie niet voor alle doelgroepen fysiek (goed) bereikbaar en toegankelijk.

### Overig

Zorgaanbieders en ook cliëntorganisaties constateren dat wanneer een cliënt eenmaal bij een zorgaanbieder binnen is, MEE uit beeld verdwijnt. De respondenten zijn van mening dat MEE ook voor cliënten veel kan betekenen. Ook wanneer cliënten bij een zorgaanbieder 'binnen' zijn houden zij recht op onafhankelijke cliëntondersteuning, aldus de respondenten. MEE moet ook voor deze cliënten toegankelijk blijven.

## 5.3 Wachttijden

In de enquête, ingevuld door alle 25 MEE-organisaties, is gevraagd naar de wachttijd voor cliënten. Hieruit blijkt dat onder twintig van de vijfentwintig organisaties cliënten enkele dagen tot enkele weken moeten wachten tot zij door MEE geholpen kunnen worden. Zes van de MEE-organisaties geven aan dat er sprake is van een wachtlijst voor specifieke doelgroepen. Genoemd worden: (licht) verstandelijk gehandicapten, jongeren met een beperking in het autistisch spectrum, lichamelijk gehandicapten en mensen met een chronische ziekte. Bij de meeste MEE-organisaties geldt de wachttijd echter voor alle doelgroepen.

**Tabel 5.6** Wachtlijsten

	Ja	Nee	Totaal
Is er sprake van een wachtlijst voor cliënten?	20	5	25
Is er sprake van een wachtlijst voor bepaalde doelgroepen?	6	17	23

De MEE-organisaties hebben de ambitie dat cliënten niet langer dan 2 weken hoeven te wachten tot het eerste professionele contact<sup>1</sup>. In totaal zijn er tien MEE-organisaties die niet voldoen aan deze norm. De gemiddelde wachttijd komt ook ruim boven deze norm uit. De wachttijd voor nieuwe cliënten tot aan het eerste gesprek is gemiddeld 20,4 dagen oplopend tot een maximum van 49 dagen.

**Tabel 5.7** Gemiddelde wachttijd tot aan het eerste gesprek

*Wat is de gemiddelde wachttijd voor nieuwe cliënten tot aan het eerste gesprek? (kalender)dagen.*

Gemiddeld	20,4
Minimum	7,5
Maximum	49
Aantal	18

Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat de wachttijd in de meeste gevallen niet afhankelijk is van het type doelgroep, maar van de soort dienst. Dienst A (informatieverstrekking en advisering) wordt aan de voordeur geleverd en kent geen wachttijd. Vanaf dienst B1 gelden de opgegeven wachttijden wel. Diensten waar een langere wachttijd voor bestaat zijn: pedagogische ondersteuning, praktische dienstverlening, psychosociale begeleiding en arbeidsintegratie (allen vallende onder dienst D) en volledige beeldvorming (dienst C).

<sup>1</sup> Rapportage Najaarsmonitor 2004. MEE Nederland, februari 2005.

De wachttijden zijn een serieus knelpunt voor de MEE-organisaties, hetgeen bevestigd wordt door een groot deel van de benaderde zorgkantoren. Men is het er over eens dat wachttijden niet passen bij een laagdrempelige organisatie. Uit de interviews met de MEE's zelf komen de volgende oorzaken van de wachttijden naar voren:

- een toename in de toestroom van het aantal cliënten in het algemeen, onder andere door een grotere bekendheid van de MEE en doordat meer mensen met een beperking zelfstandig wonen in plaats van in een zorginstelling.
- het toenemend aantal cliënten wier problematiek net niet ernstig genoeg is voor geïndiceerde zorg. Dit is de groep cliënten die zonder steun van MEE tussen wal en het schip zouden vallen en betreft met name de groep licht verstandelijk gehandicapten (LVG) met gedragsproblemen. Deze groep blijft herhaaldelijk een beroep doen op de ondersteuning van MEE.
- de laagdrempeligheid van de organisatie
- te veel bestede tijd per cliënt
- het gebrek aan toegang bij zorgaanbieders (wachttijden / bezuinigingen). In de periode dat een cliënt op een wachtlijst staat bij een zorgaanbieder blijft de MEE ondersteuning bieden.

Veel MEE-organisaties constateren dat zij fungeren als opvang voor cliënten die elders niet terecht kunnen:

*Je krijgt degenen binnen die nergens anders meer terecht kunnen. Als alles is uitgeprobeerd staan ze bij ons weer op de stoep. Dit betekent dat we ook de zwaarste klanten binnenkrijgen. Het beste dat we kunnen en moeten doen is de zorgaanbieders dwingen hun werk te doen. (bestuurder van MEE).*

Ook zijn MEE-organisaties geneigd (indien nodig) ondersteuning te (blijven) bieden aan cliënten die bij een zorgaanbieder op een wachtlijst staan.

Naast het aanspreken van zorgaanbieders op hun verantwoordelijkheid trachten de MEE-organisaties op de volgende wijzen de wachttijden te verkorten of niet langer te laten worden:

- cliënten die op de grens van twee regio's wonen doorschuiven naar de regio die op dat moment de kortste wachttijd heeft
- geen campagne meer voeren
- niet of weinig investeren in de nieuwe doelgroepen (met name zintuiglijk gehandicapten)
- vaker cliënten weigeren die niet binnen de doelgroepen van MEE passen
- terugkerende cliënten zo veel mogelijk naar de 'oude' consulent doorsturen, die met deze cliënt bekend is
- bewerkstelligen van een attitudeverandering onder consulenten tot meer kortdurend en meer vraaggestuurd werken
- vaker en eerder doorverwijzen
- cliënten met gelijksoortige vragen groepsgewijs ondersteunen
- meer cliënten korter (aantal uren) helpen
- algemeen consulenten in plaats van specialisten, opdat iedere consulent elke hulpvraag kan behandelen
- inzet van externe hulpverleners (bijvoorbeeld: een MEE stelt één dag in de week een kantoorruimte beschikbaar aan een medewerker vanuit de GGZ voor de ondersteuning van cliënten met psychiatrische problematiek en LVG cliënten).

## 5.4 Landelijke spreiding

Om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de MEE-organisaties te garanderen is een nadere regeling spreiding en behoefte MEE-organisaties<sup>1</sup> ontwikkeld. Deze schrijft voor dat het werkgebied van een MEE-organisatie minimaal 625.000 inwoners bevat. In een tweetal gevallen kan het werkgebied van een MEE-organisatie minder dan 625.000 inwoners omvatten. Ten eerste is dit indien het werkgebied samenvalt met een provincie. Ten tweede indien de MEE-organisatie een formeel samenwerkingsverband heeft met één of meer andere MEE-organisaties waarbij het werkgebied van de samenwerkende MEE-organisaties gezamenlijk minimaal 625.000 inwoners omvat. Onderzocht is of aan deze regeling wordt voldaan. Ook is nagegaan of er sprake is van een landelijk dekkend netwerk.

Er zijn behoorlijke verschillen in de grootte van de werkgebieden van de MEE-organisaties, zowel wat betreft oppervlakte, als wat betreft inwoneraantal. Op basis van de gegevens van MEE Nederland uit 2004 loopt het inwonersaantal van de werkgebieden van de MEE-organisaties uiteen van ruim 250.000 tot ruim 1.600.000 inwoners. De MEE-organisaties Groningen, Drenthe en Zeeland bestrijken een provincie, maar bedienen minder dan 625.000 inwoners. Een aantal andere MEE-organisaties bestrijkt geen provincie, maar bedient eveneens minder dan 625.000 inwoners. Deze MEE-organisaties zijn samenwerkingsverbanden aangegaan, enerzijds om te voldoen aan de eis in de subsidieregeling en anderzijds om hieruit schaalvoordelen te behalen.

De huidige samenwerkingsverbanden tussen de MEE-organisaties zijn:

- MEE Utrecht en MEE 't Gooi en omstreken
- MEE Zuid Holland Zuid, MEE Brabant Noord en MEE Midden Holland
- MEE Twente en MEE Oost Gelderland
- MEE regio 's-Hertogenbosch, MEE Noordoost Noord-Brabant en MEE Noord- en Midden Limburg
- MEE West-Brabant en MEE regio Tilburg

De huidige samenwerkingsverbanden tussen de MEE-organisaties richten zich met name op de ondersteunende diensten. De MEE Utrecht en de MEE 't Gooi e/o zijn een personele unie aangegaan. MEE West-Brabant en de MEE regio Tilburg zijn voornemens om binnen twee jaar te fuseren.

Uit enkele interviews met MEE-organisaties komt naar voren dat verdere schaalvergroting nodig is om voldoende deskundigheid in huis te kunnen halen.

*De investering in kennisinfrastructuur voor de taken en doelgroepen die de MEE nu heeft trek je niet als je klein bent (een bestuurder van MEE).*

Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van MEE-organisaties. Dat wil zeggen dat er geen plaatsen in Nederland zijn die niet in het werkgebied van een MEE-organisatie liggen. Volgens de bestuurders van de MEE's, de cliëntenorganisaties en partnerorganisaties uit de omgeving is er voldoende landelijke spreiding van de MEE-organisaties. Echter, niet alle MEE's zijn even goed bereikbaar voor cliënten uit het hele werkgebied. Met name in plattelandsgebieden met een ge-

<sup>1</sup> Nadere Regeling spreiding en behoefte MEE-organisaties 2005, College voor zorgverzekeringen, Diemen, december 2004.

brekkige infrastructuur zijn de locaties van de MEE's voor (sommige) cliënten moeilijk bereikbaar. Deze MEE-organisaties maken veelvuldig gebruik van huisbezoeken om hun dienstverlening bereikbaar te maken voor cliënten in het hele werkgebied.

Om de bereikbaarheid te vergroten hebben de meeste MEE-organisaties meerdere vestigingen. Uit de interviews met de MEE's blijkt dat het aantal vestigingen per MEE-organisatie uiteen loopt van 1 tot maximaal 7. Gemiddeld hebben de MEE-organisaties ruim 3 vestigingen. Naast de eigen vestigingen maken MEE-organisaties tevens gebruik van locaties van andere organisaties, dit betreft met name de gemeentelijke (zorg)loketten. MEE-organisaties bieden op deze locaties informatie en voorlichting aan en/of houden op gezette tijden spreekuur waar cliënten vooraf een afspraak voor kunnen maken. Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt overigens dat er in de basis geen verschil is in beleid en uitvoering tussen vestigingen van één MEE-organisatie. Een gedeelte van de MEE-organisaties wijst op verschillen binnen het werkgebied (met name verschillen tussen plattelandgebied en steden) die ervoor zorgen dat vestigingen te maken krijgen met andere vragen en in sommige gevallen andere typen cliënten. De vestigingen in de steden krijgen meer te maken met 'grootstedenproblematiek', zoals multi-problem gezinnen, zwervjongeren, loverboys en cliënten met een combinatie van GGZ en VG die overlast veroorzaken. Enkele MEE-organisaties hebben hun aanbod in de stedelijke vestigingen hierop aangepast. Zo wordt in Amsterdam groepswork aangeboden dat aansluit op de vraag en zijn allochtone medewerkers opgeleid om allochtone cliënten en hun omgeving te bereiken.

## 5.5 Bekendheid en imago

### Bekendheid

Ten behoeve van de (naams)bekendheid van MEE is MEE Nederland een landelijke campagne gestart. Voor een betere herkenbaarheid van MEE is gekozen voor een uniforme huisstijl. Daarnaast hebben de individuele MEE-organisaties binnen de eigen regio gewerkt aan hun bekendheid en imago. Dit onder meer door het uitgeven van een eigen magazine, door het plaatsen van berichten in regionale dagbladen, het uitzenden van reclame-boodschappen via regionale omroepen, advertenties op bussen, verspreiding van posters, het versturen van brieven onder alle zorgaanbieders in de regio, organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten en open dagen. De bekendheid van MEE is als item opgenomen in zowel de interviews met de instellingen en organisaties uit het regionale netwerk van MEE als in de benchmark Maatschappelijke waardering. Ook de zorgkantoren is gevraagd naar de bekendheid van MEE in de regio.

Uit de benchmark Maatschappelijke waardering blijkt dat 93% van de benaderde organisaties bekend is met MEE. Het merendeel van de respondenten, 84%, kent MEE via professionele contacten. Bijna 30% kent MEE via reclame en folders. Ook is gevraagd naar de bekendheid met wat MEE doet (activiteiten) en voor wie (doelgroepen). Wat betreft de activiteiten van MEE is de gepersonaliseerde informatievoorziening en advisering (dienst A) het meest bekend (91%), gevolgd door ondersteuning bij het verkrijgen van dienstverlening door andere organisaties (dienst B2, 86%) en vraagverduidelijking (dienst B1, 82,6%). Minst bekend is dat MEE ook monitoring en evaluatie van externe dienstverlening en zorg aanbiedt (dienst B4). Hier is 23% van de onderzochten van op de hoogte. Meest bekend is verder dat MEE deze diensten aanbiedt aan mensen met een verstandelijke beperking: 98% is hier van op de hoogte, gevolgd door mensen met een lichamelijke beperking (89%), en mensen met een beperking in het autistisch spectrum

(82%). Minst bekend is dat MEE ook cliëntondersteuning biedt aan chronisch zieken (62,6%), mensen met een auditieve beperking (61,0%) en mensen met een visuele beperking (59,6%). Voor het volledige overzicht en beschrijving van de bekendheid met de activiteiten en doelgroepen van MEE verwijzen we naar het benchmarkrapport Maatschappelijke waardering.

De zorgkantoren signaleren in hun praktijk dat de bekendheid van MEE onder de samenwerkingspartners is toegenomen. Dit wordt in de telefonisch interviews met deze partners zelf bevestigd. Evenals uit de benchmark blijkt dat onder de respondenten redelijk tot goed bekend is wat MEE doet (activiteiten) en voor wie (doelgroepen). Op de vraag wat er volgens de respondent veranderd is sinds de omvorming naar MEE wordt bovendien veelvuldig gesteld dat MEE-organisaties veel beter zichtbaar zijn geworden, dat MEE-organisaties veel meer naar buiten treden dan de 'oude' SPD-en, dat er meer contact is met de MEE-organisaties dan voor de omvorming en dat de MEE's zich goed weet te profileren. Ook zijn er organisaties (instellingen zintuiglijk gehandicapten en gemeenten), die aangeven dat zij de SPD van voor de omvorming niet kenden, maar de huidige MEE wel.

Cliëntorganisaties constateren dat de bekendheid van MEE onder de nieuwe doelgroepen nog onvoldoende is. MEE zou meer actief naar de cliënten toe moeten gaan om zich te presenteren. De informatie van MEE-organisaties richting verstandelijk gehandicapten zou soms te moeilijk te begrijpen zijn voor de doelgroep.

Verschillende MEE-bestuurders merken op dat de bekendheid van MEE binnen de eerstelijnszorg, met name onder huisartsen, nog te wensen over laat. Dit betekent dat vanuit de eerstelijnszorg cliënten op dit moment nog maar in beperkte mate naar MEE worden doorverwezen. MEE zou hier meer in kunnen investeren. Echter, diverse MEE-organisaties geven aan met een dilemma te kampen, omdat met de toenemende bekendheid van MEE ook de (soms nu al lange) wachttijden van de MEE-organisaties groeien. De meeste MEE's kunnen de toestroom van cliënten nauwelijks aan. Voor sommige MEE's betekent dit dat zij op dit moment bewust niet investeren in hun naamsbekendheid. Dit impliceert een meer beperkte toegankelijkheid voor cliënten die MEE nog niet kennen.

### **Imago**

Uit interviews met organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van de MEE-organisaties komt het volgende imago naar voren: MEE is een onafhankelijke organisatie die sterk op haar omgeving gericht is, die open en constructief communiceert met haar partners, die de sociale kaart goed kent en die bovendien goed op de hoogte is van wet- en regelgeving op haar eigen werkterrein. Tegelijkertijd wordt MEE gezien als een organisatie die te weinig daadkracht laat zien en te traag reageert op signalen en vragen uit de maatschappelijke omgeving, een organisatie bovendien met een weinig zakelijke cultuur, die niet voldoende efficiënt werkt. Ook wordt MEE nog steeds gezien als een organisatie die vooral veel verstand heeft van mensen met een verstandelijke beperking, maar niet of nauwelijks van andere doelgroepen. MEE heeft in het algemeen onder zorgaanbieders van de nieuwe doelgroepen een negatiever imago dan onder instellingen en organisaties in de sector voor mensen met een verstandelijke beperking. Ten slotte wordt MEE door sommigen gezien als luis in de pels of als 'lastig'. Hierbij doelen zij op de controlerende functie van MEE op de door zorgaanbieders geleverde zorg.

## 5.6 Samenvatting

MEE-organisaties zijn laagdrempelig in die zin dat voor de ondersteuning door MEE geen indicatie nodig is. Iedereen kan met een informatie- en adviesvraag bij MEE terecht. Wel zijn er verschillen

in laagdrempeligheid als het gaat om dienstverlening vanuit het backoffice. MEE's verschillen in wie (doelgroep) zij hier wel en niet toelaten. Ook zijn er bepaalde doelgroepen waartoe MEE zich te weinig deskundig voelt om ondersteuning vanuit het back office te bieden. Voor alle cliënten van alle MEE-organisaties is het in principe mogelijk gebruik te maken van de dienstverlening van een MEE-organisatie buiten de eigen regio. Ook alle MEE-organisaties geven aan dat cliënten, mochten zij dit wenselijk vinden, kunnen overstappen naar een andere hulpverlener binnen de eigen organisatie.

Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van MEE-organisaties.

De toegankelijkheid van de MEE-organisaties is gelet op de (soms lange) wachttijden niet goed. De gemiddelde wachttijd voor nieuwe cliënten tot aan het eerste gesprek is 20,4 dagen met een maximum van 49 dagen. De wachttijd is in de meeste gevallen niet afhankelijk van het soort doelgroep, maar van de soort dienst. De dienst informatieverstrekking en advisering wordt aan de voordeur geleverd en kent geen wachttijd. Vanaf de dienst vraagverduidelijking (dienst B1) gelden de opgegeven wachttijden wel. Diensten waar een langere wachttijd voor bestaat zijn: pedagogische ondersteuning, praktische dienstverlening, psychosociale begeleiding en arbeidsintegratie (allen vallende onder dienst D) en volledige beeldvorming (dienst C).

De MEE-organisaties zijn (bijna) altijd goed telefonisch bereikbaar, men krijgt snel de juiste persoon aan de telefoon, kan alle vragen stellen en krijgt hier ook antwoord op en wordt snel geholpen. De bereikbaarheid 's avonds en in het weekend is echter slecht. De toegankelijkheid van de gebouwen is over het algemeen goed. De MEE-organisaties hebben niet specifiek geïnvesteerd in de toegankelijkheid van hun gebouwen voor de nieuwe doelgroep mensen met een zintuiglijke beperking (looplijnen e.d.). Alle MEE's leggen huisbezoeken af. Met name in plattelandsgebieden met een gebrekkige infrastructuur zijn huisbezoeken van belang om bereikbaarheid te kunnen garanderen. De bereikbaarheid in crisissituaties verschilt. Een deel van de MEE's is hiertoe alleen tijdens kantooruren bereikbaar. Een ander deel beschikt, in samenwerking met andere partijen, over 24 uren beschikbaarheid.

Voor een grotere naamsbekendheid heeft MEE Nederland een landelijke campagne gestart. Voor de herkenbaarheid van de MEE's gekozen is voor een uniforme huisstijl. Daarnaast hebben de individuele MEE-organisaties binnen de eigen regio op eigen wijze gewerkt aan hun bekendheid en imago. MEE is over het algemeen goed tot redelijk goed bekend onder instellingen en organisaties uit het regionale netwerk. Ook weet men redelijk tot goed welke diensten MEE aanbiedt en voor wie. De omgeving van MEE constateert dat MEE steeds duidelijker naar buiten treedt en veel beter zichtbaar is dan voor de omvorming. MEE zelf laat weten dat haar bekendheid binnen de eerstelijns zorg nog onvoldoende is. Cliëntenorganisaties laten weten dat MEE nog te weinig bekend is onder de nieuwe doelgroepen. Voor meerdere MEE's is de grote toestroom van cliënten een reden om niet meer in naamsbekendheid te investeren.

MEE heeft het imago van een onafhankelijke organisatie die sterk op haar omgeving gericht is, die open en constructief communiceert met haar partners, die de sociale kaart goed kent en die bovendien goed op de hoogte is van wet- en regelgeving op haar eigen werkterrein. Tegelijkertijd wordt MEE gezien als een weinig zakelijke en efficiënte organisatie, die te weinig daadkracht laat zien en te traag reageert op signalen en vragen uit de maatschappelijke omgeving. MEE wordt nog steeds gezien als een organisatie die vooral deskundig is op het terrein van verstandelijke beperkingen.





## 6 Vraaggestuurde, cliëntgerichte dienstverlening en cliënttevredenheid

De SPD Nieuwe Stijl heeft zich ten doel gesteld vraaggestuurd en cliëntgericht te werken. Vraaggestuurd werken betekent volgens de notitie *De SPD als laagdrempelige cliëntondersteuner*<sup>1</sup>: dat vragen en behoeften van cliënten uitgangspunt zijn voor de dienstverlening, dat de kwaliteit van de ondersteuning regelmatig met cliënten wordt geëvalueerd en de dienstverlening zo nodig wordt aangepast. Cliëntgericht slaat volgens deze notitie op de attitude van medewerkers: hun klantvriendelijkheid, hun respect ten opzichte van de cliënten, hun professionaliteit bij de advisering en de transparantie van de geboden diensten. Dit hoofdstuk beschrijft welke inspanningen de MEE-organisaties hebben gedaan om tot vraagsturing te komen, hoe vraagsturing in de praktijk gestalte krijgt en hoe vraaggestuurd en cliëntgericht werken door verschillende betrokkenen wordt gewaardeerd. Ten slotte komt in dit hoofdstuk de tevredenheid van cliënten over de dienstverlening van MEE aan de orde.

### 6.1 Vraagsturing

#### Werken aan vraaggestuurd werken

In de enquête onder de MEE-organisaties is een aantal vragen opgenomen die in kaart brengen wat de MEE-organisaties hebben gedaan om vraaggestuurd te werken. Hieruit blijkt dat binnen alle 25 MEE-organisaties discussie heeft plaatsgevonden over de inhoud van het begrip vraagsturing. In 24 van deze organisaties zijn instrumenten ontwikkeld om de vraag van de cliënt centraal te stellen. Twintig MEE-organisaties hebben daarnaast instrumenten ontwikkeld voor vraagverduidelijking. Met uitzondering van één worden in alle MEE-organisaties consulenten geschoold om vraaggestuurd te werken. De vraag of er nog op andere dan bovenstaande manieren handen en voeten is gegeven aan vraagsturing wordt door twintig MEE's met 'ja' beantwoord. Genoemd wordt: door interne publicaties, door klankbordgesprekken te houden met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, door elders methodieken op te vragen, door interne opleidingen op te zetten, door aanpassing van het proces van aanmelding en intake, en/of door speciale coaching en het gebruik van protocollen.

**Tabel 6.1** Werken aan vraaggestuurd werken

	Ja	Nee	Totaal
Heeft er binnen uw MEE-organisatie discussie plaatsgevonden over de inhoud van het begrip vraagsturing?	25	0	25
Zijn door uw MEE-organisatie instrumenten ontwikkeld om de vraag van de cliënt centraal te stellen?	24	1	25
Zijn door uw MEE-organisatie instrumenten ontwikkeld voor vraagverduidelijking?	20	4	24
Worden consulenten van uw MEE-organisatie geschoold om vraaggestuurd te werken?	24	1	25
Is er op andere dan bovenstaande manieren handen en voeten gegeven aan vraagsturing binnen uw MEE-organisatie?	20	4	24

<sup>1</sup> Notitie 'De SPD als laagdrempelige cliëntondersteuner. Perspectief en uitwerking van de taakbreedte van de 'SPD Nieuwe Stijl', Vereniging Somma, Utrecht, juni 2002.

### **Vraagsturing in de praktijk**

Veel MEE-organisaties vinden het lastig aan te geven hoe vraagsturing concreet vorm krijgt in de praktijk. Vraaggestuurd werken wordt volgens de meesten in de praktijk gerealiseerd door meer aandacht te besteden aan de dienst hulpvraagverduidelijking (dienst B1). Consulentes leren niet voor de cliënt in te vullen wat de cliënt nodig heeft, maar op systematische wijze te achterhalen wat de vraag van de cliënt is en dit ook aan de cliënt terug te koppelen alvorens een volgende dienst te starten. Vaak zijn er meerdere partijen (bureaus jeugdzorg, ouders, scholen, verwijzer, e.d.) bij het verduidelijken van de hulpvraag betrokken, aldus een respondent.

Het centraal stellen van de hulpvraag van de cliënt leidt soms tot minder vergaande oplossingen dan voorheen. Zo kan het voorkomen dat een cliënt in een volledig vervuilde woning leeft, maar alleen om ondersteuning bij de privé-administratie vraagt. Waar voorheen de hele situatie van de cliënt werd aangepakt, wordt de cliënt nu alleen geholpen waar hij of zij om vraagt, namelijk: hulp bij de administratie. Volgens enkele MEE-bestuurders is vraagsturing één van de oorzaken van herhaaldelijk terugkerende cliënten. Dit wordt beschouwd als de keerzijde van vraagsturing.

Vraagsturing betekent naast een goede hulpvraagverduidelijking dat de vraag van de cliënt bepaalt welke zorg de cliënt ontvangt en niet het aanwezige zorgaanbod. Sommige MEE-organisaties brengen dit in praktijk door met de vraag van de cliënt te gaan 'shoppen' bij de zorgaanbieders. Deze organisaties gaan actief op zoek naar een zorgaanbieder die aanbod levert dat aansluit bij de vraag van de cliënt. Getuige enkele MEE-bestuurders komt het daarnaast steeds vaker voor dat zorgaanbieders naar MEE toekomen om de vraag van haar cliënten te inventariseren en hun zorgaanbod hierop af te stellen. Vraagsturing blijkt soms ook te leiden tot nieuw aanbod vanuit MEE zelf, zoals bijvoorbeeld cursussen, of vrijetijdsactiviteiten.

Vraaggestuurd werken betekent volgens de notitie "De SPD als laagdrempelige cliëntondersteuner" ook dat de kwaliteit van de ondersteuning regelmatig met cliënten wordt geëvalueerd en dat de dienstverlening zo nodig wordt aangepast. Verreweg de meeste MEE-organisaties (n=20) evalueren de kwaliteit van de dienstverlening met de cliëntenraad. In april en mei 2006 is voor het eerst de kwaliteit van de ondersteuning door de SPD's Nieuwe Stijl systematisch geëvalueerd via de benchmark Cliënttevredenheid. De resultaten uit de benchmark zijn aan het einde van dit evaluatie-onderzoek vrijgekomen. Of de MEE's hun dienstverlening aan zullen passen op basis van deze resultaten moet de toekomst uitwijzen.

De MEE-organisaties zelf laten weten dat vraaggestuurd werken nog in ontwikkeling is. De mate waarin op dit moment vraaggestuurd gewerkt wordt verschilt bovendien per consultant.

### **Waardering**

Organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van de MEE-organisaties waarderen het vraaggestuurd werken door MEE op zeer verschillende wijze. Sommige zorgaanbieders zijn van mening dat MEE-consultanten te veel uitgaan van de vraag c.q. de behoeften van de cliënt en als gevolg daarvan te starre en soms irrealistische eisen stellen aan de zorgaanbieder. Anderen zijn daarentegen van mening dat consultants onvoldoende op de vraag van cliënten ingaan en/of nog te veel aanbodgestuurd werken. Respondenten uit het regionale netwerk geven aan dat consultants verschillen in de mate waarin zij vraaggestuurd werken. De MEE-organisaties zelf constateren dat met name de 'oude' consultants moeite hebben met vraaggestuurd werken. Sommige MEE's erkennen dat zij nog te veel denken vanuit het zorgaanbod.

Vraagsturing vereist meer inzet van de cliënt zelf. Uit de interviews met de partnerorganisaties van MEE komt naar voren dat sommige cliënten, met name cliënten met een verstandelijke beperking, hier aan moeten wennen. Sommige cliënten zouden nog graag wat meer door de consulent aan de hand worden meegenomen. Vraaggestuurd werken krijgt in de benchmark Cliënttevredenheid een waardering van 3,4 op een schaal van 1 tot en met 4.

## 6.2 Cliëntgerichtheid

Cliëntgericht werken heeft volgens de notitie *De SPD als laagdrempelige cliëntondersteuner* betrekking op de attitude van medewerkers: (1) hun klantvriendelijkheid, (2) hun respect ten opzichte van de cliënten, (3) de transparantie van de geboden diensten en (4) de professionaliteit bij de advisering. Voor het antwoord op de vraag naar cliëntgerichtheid van de MEE-organisaties is gebruik gemaakt van de resultaten van de benchmark Cliënttevredenheid. Deze Benchmark is in opdracht van MEE Nederland uitgevoerd door ITS<sup>1</sup>. De resultaten van dit onderzoek zijn uitsluitend op geaggregeerd niveau door MEE Nederland beschikbaar gesteld. Door Research voor Beleid is in dit onderzoek in interviews onder het regionale netwerk van MEE gevraagd naar de cliëntgerichtheid van de MEE-organisaties. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat cliënten zeer tevreden zijn over de eerste drie aspecten: consulenten van MEE luisteren naar de cliënt, zijn geïnteresseerd in de mening van de cliënt en zijn bereid extra moeite voor haar of hem te doen. Cliënten worden correct behandeld en serieus genomen. De geboden diensten zijn volgens cliënten transparant en betrouwbaar. De deskundigheid van de consulenten krijgt ook een hoge score, namelijk een 3.2 op een schaal van 1 tot en met 4. In onderhavig onderzoek van Research voor Beleid komt een minder positief beeld naar voren wat betreft de professionaliteit en deskundigheid van de advisering (zie hiervoor ook hoofdstuk 7). Meerdere organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van de MEE-organisaties beoordelen deze deskundigheid als onvoldoende, met name waar het mensen met een zintuiglijke beperking betreft. Een mogelijke verklaring voor dit verschil in uitkomsten kan zijn dat cliënttevredenheid in cliënttevredenheidsonderzoeken over het algemeen vrij hoog scoort. De afhankelijkheid van de cliënten kan hierin een rol spelen. Het feit dat de MEE-organisaties zelf het veldwerk voor de benchmark hebben uitgevoerd kan eveneens van invloed zijn geweest op de resultaten.

## 6.3 Cliënttevredenheid

Voor het antwoord op de vraag naar cliënttevredenheid is eveneens gebruik gemaakt van de resultaten van de benchmark Cliënttevredenheid. De benchmark fungeert voor de MEE-organisaties als nulmeting. De resultaten bieden de organisaties een eerste inzicht in de mate waarin cliënten de nieuwe dienstverlening van MEE waarderen en leveren aanknopingspunten voor verbetering van de dienstverlening. Hieronder wordt een korte samenvatting van de resultaten weergegeven met, waar relevant, aanvullingen uit interviews met landelijke cliëntorganisaties, organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van MEE en de MEE-organisaties zelf. In deze paragraaf wordt geen verslag gedaan van de resultaten op onderstaande thema's.

---

<sup>1</sup> Brancherapport Cliënttevredenheid. Resultaten van MEE-organisaties in Nederland. Nijmegen, ITS 2006.

Hiervoor wordt verwezen naar andere paragrafen in dit rapport:

- Bereikbaarheid kantoor : paragraaf 5.2: Bereikbaarheid en beschikbaarheid
- Interne regelingen en procedures : paragraaf 7.2: Kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties
- Klachten en klachtafhandeling : paragraaf 7.2: Kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties.

Voor een volledig overzicht van de resultaten van de benchmark verwijzen we naar het Branche-rapport Cliënttevredenheid.

MEE krijgt gemiddeld een rapportcijfer van 8,1, met een spreiding van 7,8 tot 8,3. Alle individuele MEE-organisaties krijgen dus een ruime voldoende. Ruim driekwart (76%) van de cliënten van de MEE zou een volgende keer weer met haar vragen bij MEE komen. Ook ongeveer driekwart (73%) is van mening dat MEE hun situatie heeft helpen verbeteren. Naar de mening van zo'n 10% zijn de resultaten erg beperkt.

Om de kwaliteit van de dienstverlening te meten is in de benchmark de cliënten gevraagd over 34 kwaliteitsaspecten een oordeel te geven. Cliënten konden de MEE's hierop een score geven van 1 (nooit) tot 4 (altijd). De aspecten zijn gegroepeerd rond een vijftal thema's, namelijk:

- Telefonische bereikbaarheid en beantwoording vragen
- Informatie
- Medewerker
- Afspraken maken en nakomen
- Overige aspecten.

Op elk van de kwaliteitsaspecten komt een positief beeld van de dienstverlening van MEE naar voren. Met uitzondering van de bereikbaarheid buiten kantooruren, zijn cliënten tevreden over de *telefonische bereikbaarheid* van MEE. Men kan alle vragen stellen, krijgt antwoord op deze vragen en wordt hierbij snel geholpen.

Meerdere MEE-organisaties voeren al langer zelf cliënttevredenheidsonderzoeken uit. De bereikbaarheid van MEE en de openingstijden kwamen bij sommige MEE-organisaties als aandachtspunt naar voren.

Ook over de *informatievoorziening* zijn de cliënten tevreden. Men krijgt vaak tot altijd de informatie waar men om vraagt. Deze informatie is voldoende en duidelijk. Cliënten weten vaak tot altijd aan wie zij de vraag moeten stellen. Iets minder tevreden is men echter over de duidelijkheid wanneer een medewerker aanwezig is.

De hoogste scores krijgen de aspecten die te maken hebben met de *bejegening* van cliënten door de medewerkers van MEE. Naar mening van de cliënten is (bijna) altijd sprake van een correcte behandeling van cliënten (3,8), wordt er rustig naar cliënten geluisterd (3,7), worden cliënten serieus genomen door de medewerker (3,7) en toont de medewerker interesse in de cliënt (3,7). De deskundigheid van de medewerker scoort iets minder hoog (3,2).

Wat betreft het *maken en nakomen van afspraken* tonen cliënten zich over de hele linie tevreden. Veel cliënten weten echter niet dat ze op eigen verzoek het dossier in mogen kijken. Ook blijkt er volgens de cliënten niet altijd een vervanger aanwezig te zijn als de medewerker ziek is of op vakantie.

Naast kwaliteitsaspecten zijn een aantal kernwaarden gemeten eveneens op een schaal van 1 tot en met 4. Deze kernwaarden en hun scores zijn als volgt:

- Laagdrempeligheid (3,4)
- Beschikbaarheid (3,0)
- Vraaggestuurd (3,4)
- Vakkundig (3,5)
- Transparant (3,3)
- Betrouwbaar (3,5).

Alle kernwaarden blijken goed te worden gewaardeerd door de cliënten van MEE. Het laagst scoort beschikbaarheid, wat strookt met de beperkte bereikbaarheid van de MEE's buiten kantooruren.

Uit de benchmark komen een aantal verbeter suggesties naar voren. Deze blijken sterk te variëren qua inhoud. De suggesties hebben onder meer betrekking op:

- behoefte aan vervanging bij afwezigheid van de ondersteuner
- duidelijkheid over de bereikbaarheid van MEE
- de bekendheid bij onder andere huisartsen vergroten
- informatieverstopping over MEE op basisscholen
- de bekendheid van MEE-organisaties in het algemeen
- meer aandacht voor nazorg (navragen hoe het gaat)
- alternatieve hulpmogelijkheden
- meer samenwerking tussen c.q. integratie met instanties
- terugkoppeling van informatie naar ouders
- de snelheid van de dienstverlening van MEE
- aandacht voor het feit dat MEE werkzaam is voor meerdere doelgroep.

Aandachtspunten die uit de benchmark naar voren komen zijn:

- informatie over de telefonische bereikbaarheid 's avonds of in het weekend
- informatie over vervanging bij ziekte of vakantie van de medewerker
- informatie over het inzien van het eigen dossier
- de dienstverlening aan de oudere cliënten
- bekendheid geven aan het bestaan van de cliëntenraad, klachtenregeling, privacyreglement en het ondersteuningsplan.

Uit interviews met de MEE-organisaties zelf en organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van MEE blijkt dat met name 'oude' cliënten van MEE - dat wil zeggen: cliënten die voor de omvorming van de dienstverlening van de SPD gebruik maakten - moeten wennen aan de nieuwe werkwijze. Deze cliënten hebben moeite met de volgende punten:

- cliënten moeten meer initiatief tonen
- de consulent komt minder vaak bij de cliënt langs
- er wordt een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënt
- er is geen 'open eind constructie meer', met andere woorden: men heeft moeite met het werken met afgebakende en aflopende diensten.

Voorts blijken enkele MEE's klachten te hebben gekregen over: de bereikbaarheid, de kwaliteit van informatiemateriaal, de bejegening door een medewerker, of het resultaat van de dienstverlening. Ten slotte wordt door een cliëntorganisatie opgemerkt dat cliënttevredenheid afhankelijk is van de consulent met wie de cliënt contact heeft gehad. Dit als gevolg van wisselende kwaliteit en deskundigheid van consulenten.

## 6.4 Samenvatting

Uit de enquête onder de 25 MEE-organisaties blijkt dat verreweg de meeste MEE's investeren in vraaggestuurd en cliëntgericht werken door hier intern over te discussiëren, instrumenten te ontwikkelen en consultants te scholen. Vraaggestuurd werken blijkt vooral tot uiting te komen doordat men meer aandacht besteedt aan de dienst vraagverduidelijking (dienst B1). Het centraal stellen van de vraag van de cliënt leidt soms tot minder verregaande oplossingen dan voorheen. Volgens enkele MEE-bestuurders is dit een oorzaak van herhaaldelijk terugkerende cliënten. Zij beschouwen dit als de keerzijde van vraagsturing. Sommige instellingen en organisaties uit het regionale netwerk van MEE zijn van mening dat MEE te veel uit gaat van de vraag van de cliënt en hierin irreële eisen stelt aan de zorgaanbieders. Anderen zijn daarentegen van mening dat MEE's juist nog te veel aanbodgestuurd werken. Vraaggestuurd werken betekent ook dat de dienstverlening wordt geëvalueerd. Verreweg de meeste MEE-organisaties (n=20) evalueren de kwaliteit van de dienstverlening met de cliëntenraad. En sinds 2006 wordt de kwaliteit van de ondersteuning door de SPD's Nieuwe Stijl systematisch geëvalueerd via de benchmark Cliënttevredenheid. De MEE-organisaties zelf geven ten slotte aan dat vraaggestuurd werken nog in ontwikkeling is. De mate waarin op dit moment vraaggestuurd gewerkt wordt verschilt bovendien per consultant.

Cliëntgerichtheid heeft betrekking op de attitude van de medewerkers van MEE. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat consultants van MEE luisteren naar de cliënt, geïnteresseerd zijn in de mening van de cliënt en zijn bereid extra moeite voor haar of hem te doen. Cliënten worden correct behandeld en serieus genomen. De geboden diensten zijn volgens cliënten transparant en betrouwbaar. Ook de deskundigheid van de consultants krijgt een hoge score, namelijk een 3,2 op een schaal van 1 tot en met 4. In onderhavig onderzoek van Research voor Beleid komt een minder positief beeld naar voren wat betreft de professionaliteit en deskundigheid van de advisering. Meerdere organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van de MEE-organisaties beoordelen deze deskundigheid als onvoldoende, met name waar het mensen met een zintuiglijke beperking betreft. Een mogelijke verklaring voor dit verschil in uitkomsten kan zijn dat cliënttevredenheid in cliënttevredenheidsonderzoeken over het algemeen vrij hoog scoort. De afhankelijkheid van de cliënten kan hierin een rol spelen. Het feit dat de MEE-organisaties zelf het veldwerk voor de benchmark hebben uitgevoerd kan eveneens van invloed zijn geweest op de resultaten.

Wat betreft cliënttevredenheid komt een positief beeld naar voren. Uit de benchmark cliënttevredenheid blijkt dat over het geheel genomen cliënten (zeer) tevreden zijn over de dienstverlening van de MEE-organisaties.

## 7 Deskundige en professionele dienstverlening

De uitbreiding van de doelgroepen van MEE vereist nieuwe kennis en deskundigheid. Onderzocht is of de consultants van MEE inmiddels voldoende deskundig zijn om de nieuwe doelgroepen te kunnen ondersteunen. Nagegaan is hoe de cliënten van MEE, MEE zelf en haar partners uit het regionale netwerk de inhoudelijke deskundigheid van MEE beoordelen. De nadruk is gelegd op deskundigheid betreffende de nieuwe doelgroepen. Maar ook de deskundigheid aangaande mensen met een verstandelijke beperking komt aan bod. Professionaliteit is onderzocht aan de hand van de volgende factoren: (1) de opbouw van het personeelsbestand (opleidingsniveau en functieverdeling) en scholingsmogelijkheden voor het personeel, en (2) het kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties.

### 7.1 Opbouw personeelsbestand

Bijna alle consultants van MEE hebben (minimaal) HBO niveau. Bij enkele MEE's zijn nog enkele consultants in dienst met een MBO-diploma. De betreffende MEE-organisaties geven aan dat deze medewerkers tot HBO-niveau zullen worden bijgeschoold. In de enquête onder de MEE-organisaties is gevraagd of de verschillende doelgroepen worden bediend door functionarissen met specifieke kennis van de doelgroep. Vierentwintig MEE-organisaties hebben deze vraag ingevuld. Meer dan de helft (58%) heeft hiervan deze vraag met 'ja' beantwoord.

**Tabel 7.1** Doelgroepspecifieke functionarissen

*Worden binnen uw organisatie de verschillende doelgroepen van de MEE bediend door verschillende functionarissen met specifieke kennis van de doelgroep?*

	Aantal	%
Ja	14	58%
Nee	10	42%
Totaal	24	100%

Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat niet alleen onderscheid naar functie voorkomt op basis van doelgroepen, maar ook op basis van type dienst (bijvoorbeeld specifieke consultants voor de dienst klachten (voorkomen van) bezwaar en beroep), levensgebied (wonen, werken, welzijn) en/of naar collectieve en individuele taken. De MEE-organisaties streven echter naar generalistische consultants, eventueel met specifieke aandachtsgebieden. Doel is dat iedere consultant voldoende kennis heeft van elk van de doelgroepen en op alle levensgebieden, opdat iedere consultant vanuit een zelfde deskundigheid alle cliënten kan ondersteunen. De MEE's werken hieraan door middel van deskundigheidsbevordering onder de consultants (interne scholing, cursussen), zowel als door het ontwikkelen van nieuwe functies en afdelingen.

In alle 25 MEE-organisaties zijn er scholingsmogelijkheden voor het personeel gericht op de nieuwe doelgroepen (zintuiglijk gehandicapten en mensen met een beperking in het autistisch spectrum). Bovendien geven 21 van de 25 MEE's aan dat het personeel verplicht is deze scholing te volgen.



**Tabel 7.2** Scholing aan consulenten

*Zijn er voor het personeel scholingsmogelijkheden gericht op de nieuwe doelgroepen (zintuiglijk gehandicapten en mensen met een beperking in het autistisch spectrum)?*

	Aantal
Ja	25
Nee	0
Totaal	25

*Is het personeel verplicht deze scholing te volgen?*

	Aantal
Ja	21
Nee	2
Niet ingevuld	2
Totaal	25

## 7.2 Kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties

Professionaliteit komt niet alleen naar voren in het opleidingsniveau van de medewerkers, maar ook op het niveau van de organisatie. In de enquête onder 25 MEE-organisaties is daarom het kwaliteitsbeleid van de organisaties onderzocht. Items die hierin aan de orde komen zijn: het kwaliteitsmanagementsysteem, klachtenreglement en gedragscode, inspraak van cliëntenvertegenwoordigers en de rol van de zorgkantoren.

### Kwaliteitsmanagementsysteem

Al voor de omvorming naar MEE heeft vereniging Somma een kwaliteitsmanagementsysteem laten ontwikkelen voor de toenmalige SPD'en: het Model Kwaliteitssysteem voor SPD'en (het MK-SPD)<sup>1</sup>. De stichting HKZ heeft op verzoek van MEE Nederland een certificatieschema ontwikkeld waarbij het MK-SPD als input heeft gediend. In 2005 bracht MEE Nederland de Handreiking Certificatie voor MEE-organisaties uit<sup>2</sup>. In januari 2006 heeft het Centraal College van Deskundigen voor de Zorgsector het certificatieschema MEE-organisaties vastgesteld<sup>3</sup>. Op basis hiervan kunnen individuele MEE-organisaties zich door externe partijen laten beoordelen op de kwaliteit van hun organisatie.

In de enquête onder alle 25 MEE-organisaties zijn vragen opgenomen over het landelijk ontwikkelde kwaliteitssysteem voor MEE-organisaties. Het blijkt dat 23 van de 25 organisaties dit kwaliteitssysteem kennen. Tweeëntwintig MEE's hebben het voornemen dit systeem te implementeren en 21 MEE's hebben het voornemen zich HKZ te laten certificeren.

<sup>1</sup> Model kwaliteitssysteem voor SPD'en. Utrecht, Somma, februari 2002.

<sup>2</sup> Op weg naar certificatie. Handreiking voor MEE-organisaties. Utrecht, MEE Nederland, 2005.

<sup>3</sup> Bron: <http://www.hkz.nl/content/view/308/874>

**Tabel 7.3** Kwaliteitssysteem

	Ja	Nee	Totaal
Is het landelijk ontwikkeld kwaliteitssysteem, dat HKZ wordt gecertificeerd bekend bij uw MEE-organisatie?	23	2	25
Gaat uw MEE-organisatie dit kwaliteitssysteem implementeren?	22	1	23
Heeft uw MEE organisatie het voornemen zich HKZ te laten certificeren?	21	2	23

De twee MEE-organisaties die niet het voornemen hebben zich HKZ te laten certificeren laten in het interview weten dat zij twifelen aan de kwaliteit van deze certificering. Eén van hen is voornemens zich ISO te laten certificeren.

### Klachtenregeling en gedragscode

Uit de enquête blijkt dat 24 van de 25 MEE-organisaties beschikt over de wettelijk verplichte klachtenregeling. Eén organisatie heeft deze vraag niet ingevuld. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat ruim 60% van de cliënten van MEE niet op de hoogte is van het bestaan van een klachtenregeling. De meeste cliënten (21,0% van het totaal) die wel op de hoogte zijn van het bestaan van de cliëntenraad is hier door MEE zelf op geweest. Zo'n 12% heeft wel eens een klacht gehad over MEE. Hiervan heeft tweederde de klacht ook aan de organisatie meegedeeld. Van deze cliënten is ongeveer de ene helft wel en de andere helft niet tevreden over de behandeling van de klacht.

Vijftien van de 25 MEE-organisaties geven aan dat zij een gedragscode hebben opgesteld. Negen MEE-organisaties hebben dit (nog) niet gedaan. Eén MEE heeft deze vraag niet ingevuld. Iets meer dan de helft van de meeste MEE-organisaties (n=8) die een gedragscode hebben opgesteld, heeft dit gedaan in samenspraak met cliëntvertegenwoordigers.

**Tabel 7.4** Gedragscode

	Ja	Nee	Totaal
Is er door uw MEE-organisatie een gedragscode opgesteld?	15	9	24
Is de gedragscode opgesteld in samenspraak met cliëntvertegenwoordigers?	8	11	19

### Inspraak cliëntvertegenwoordiging

Inspraak in kwaliteit en beleid van zorgorganisaties is wettelijk verankerd in de WMCZ (Wet Medezeggenschap Cliëntenraden Zorginstellingen). In de enquête is gevraagd of de MEE-organisaties beschikken over een cliëntenraad en of de kwaliteit van de dienstverlening van de organisatie met de cliëntenraad wordt geëvalueerd. Hieruit blijkt dat één van de MEE-organisaties niet over een cliëntenraad beschikt. De reden hiervoor is dat de voormalige cliëntenraad uitsluitend uit vertegenwoordigers van de doelgroep verstandelijk gehandicapten bestond. Gezien de uitbreiding met de andere doelgroepen is de mening dat het die cliëntenraad ontbrak aan 'legitimitéit'. Deze MEE heeft door "Raad op Maat" een voorstel laten ontwikkelen voor een cliëntenraad "nieuwe stijl", waarin de verschillende doelgroepen tot hun recht kunnen komen. Dit zal binnenkort moeten leiden tot de installering van een nieuwe cliëntenraad. De mate waarin de andere cliëntenraden een goede afspiegeling vormen van de achterban is niet onderzocht.

**Tabel 7.5** Cliëntenraad

*Beschikt uw MEE-organisatie over een cliëntenraad?*

	Aantal	%
Ja	24	96%
Nee	1	4%
Totaal	25	100%

Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat bijna 60% van de cliënten van MEE niet op de hoogte is van het bestaan van een cliëntenraad. De meeste cliënten die wel op de hoogte zijn van het bestaan van de cliëntenraad (19,4% van het totaal) is hier door MEE zelf op gewezen.

Verreweg de meeste MEE-organisaties (n=20) evalueren de kwaliteit van de dienstverlening met de cliëntenraad. Vijf van de 25 MEE's doen dit niet.

**Tabel 7.6** Evaluatie dienstverlening

*Wordt de kwaliteit van de dienstverlening door uw MEE-organisatie met de cliëntenraad geëvalueerd?*

	Aantal	%
Ja	20	80%
Nee	5	20%
Totaal	25	100%

De organisaties die de kwaliteit van de dienstverlening met de cliëntenraad evalueren doen dit met een frequentie van gemiddeld twee maal per jaar, met een maximum van 6 maal per jaar.

Ten slotte is gevraagd of er buiten een cliëntenraad nog andere manieren zijn waarop de inspraak van cliënten bij de MEE-organisatie is gewaarborgd. Hierop antwoorden 16 MEE's met 'ja'.

**Tabel 7.7** Inspraak overig

*Zijn er andere manieren, buiten een cliëntenraad, waarop de inspraak van cliënten bij uw MEE-organisatie is gewaarborgd?*

	Aantal	%
Ja	16	64%
Nee	8	32%
Niet ingevuld	1	4%
Totaal	25	100%

Genoemd worden onder meer:

- via projecten, voorlichtings- en scholingsactiviteiten
- via vertegenwoordiging in de Raad van Toezicht
- via klantenadviesteams, klantenpanels, of klankbordgroepen
- door besprekingen met cliënten- en patiëntenorganisaties
- via bestuurlijk overleg met patiënten- en consumentenorganisaties.

Verreweg de meeste MEE-organisaties (n=17) laten weten dat zij geen afspraken hebben gemaakt met cliëntvertegenwoordigers over meetbare kwaliteitseisen. Drie MEE's geven aan dat zij afspraken hebben gemaakt met cliëntvertegenwoordigers over periodiek onafhankelijk onderzoek naar de realisatie van de ontwikkelde kwaliteitseisen

**Tabel 7.8**    Inspraak kwaliteitseisen

	Ja	Nee	Totaal
Zijn er afspraken gemaakt met cliëntvertegenwoordigers over meetbare kwaliteitseisen?	7	17	24
Zijn er afspraken gemaakt met cliëntvertegenwoordigers over periodiek onafhankelijk onderzoek naar de realisatie van deze kwaliteitseisen?	3	12	15

### **Rol zorgkantoren**

De zorgkantoren is gevraagd of, en zo ja welke kwaliteitseisen zij aan MEE stellen. Het blijkt dat zorgkantoren geen expliciete kwaliteitseisen aan de MEE's kunnen stellen aangezien zij geen formele contractrelatie met de MEE's hebben, in tegenstelling tot de relatie met zorgaanbieders. Zij toetsen het beleid en functioneren van de MEE's voor zover mogelijk aan de hand van de landelijke criteria, vastgelegd in de subsidieregeling. Een enkel zorgkantoor vraagt de betreffende MEE expliciet om gegevens over bijvoorbeeld de doorlooptijd van de dienstverlening. Een klein aantal zorgkantoren krijgt, incidenteel, klachten over de MEE, waarbij het dan meestel gaat over het deskundigheidsniveau van een medewerker. Voor geen enkel zorgkantoor zijn klachten aanleiding geweest voor uitgebreid onderzoek.

## **7.3    Inhoudelijke deskundigheid**

Zijn de consultants van MEE voldoende deskundig om de verschillende doelgroepen te kunnen ondersteunen? Deskundigheid is gemeten in de benchmarks Cliënttevredenheid en Maatschappelijke waardering. Daarnaast is in de diverse interviews (cliëntenorganisaties, regionaal netwerk, MEE-organisaties) gevraagd hoe de respondenten de deskundigheid van MEE beoordelen. Ten slotte levert ook de quickscan MEE-organisaties inzicht in de deskundigheid van de medewerkers.

In de benchmark Cliënttevredenheid is de cliënten gevraagd naar de deskundigheid van de medewerkers van MEE. Op een schaal van 1 tot en met 4 krijgt de deskundigheid van medewerkers een score van 3,2. De omgeving van MEE waardeert de deskundigheid van MEE met een 3,9 op een schaal van 1 tot en met 5, zo blijkt uit de benchmark Maatschappelijke waardering.

Op basis van de gegevens van beide benchmarkrapportages kan geen onderscheid worden gemaakt naar doelgroep. Op basis van de quickscan MEE-organisaties, de interviews met de MEE-organisaties, met organisaties en instellingen uit het regionale netwerk van MEE en met de landelijke cliëntorganisaties kan hierover wel een uitspraak worden gedaan. Hieronder wordt per doelgroep besproken hoe de deskundigheid van MEE wordt gewaardeerd door deze verschillende bronnen.

### **Mensen met een verstandelijke beperking**

MEE heeft een lange ervaring met de ondersteuning van mensen met een verstandelijke handicap. De deskundigheid en vaardigheid die MEE heeft op dit gebied wordt over het algemeen dan ook positief tot zeer positief gewaardeerd. Sommige respondenten uit het regionale netwerk van MEE zijn van mening dat de deskundigheid van MEE zich te veel beperkt tot mensen met een verstandelijke beperking en dat consultants te veel werken vanuit hun kennis en ervaring van mensen met een verstandelijke handicap. Andere cliëntgroepen eisen een andere benadering, aldus de respondenten. Tegelijkertijd stellen respondenten uit de sector voor verstandelijk gehandicapten dat de uitbreiding van de doelgroepen ten koste is gegaan van de deskundigheid op het gebied van verstandelijke beperkingen.

### **Lichamelijk gehandicapten**

De meeste MEE's vinden zich inmiddels voldoende deskundig om mensen met een lichamelijke handicap te kunnen ondersteunen. Instellingen en organisaties voor mensen met een lichamelijke beperking (n=6) zijn iets meer gematigd in hun oordeel. De oordelen kunnen worden samengevat als een deskundigheid die nog in ontwikkeling is en die bovendien wisselt per consultant.

### **Zintuiglijk gehandicapten**

De deskundigheid van MEE op het gebied van mensen met een zintuiglijke beperking is nog onvoldoende om goede ondersteuning aan deze doelgroep te kunnen bieden, zo komt vanuit verschillende bronnen naar voren. Deze deskundigheid bestaat uit het kunnen communiceren met de doelgroep, inzicht hebben in de problematiek van de doelgroep (praktische knelpunten, maar ook sociale en psychische problemen) en op de hoogte zijn van de sociale kaart voor de doelgroep. De MEE-organisaties geven zelf aan door middel van interne scholing de deskundigheid op het gebied van mensen met een zintuiglijke beperking te vergroten. Meerdere organisaties en instellingen uit de sector voor mensen met een zintuiglijke beperking zetten zich in voor de deskundigheidsbevordering van MEE. Deze activiteiten hebben, gezien de waardering van MEE op dit punt, nog onvoldoende haar vruchten afgeworpen.

### **Mensen met een beperking in het autistisch spectrum**

Uit de quickscan MEE-organisaties blijkt dat MEE-organisaties knelpunten ervaren op het gebied van deskundigheid van en bekendheid bij de doelgroep autisme. De meeste MEE-organisaties hebben vanuit het verleden al enige deskundigheid over autisme opgebouwd, voor zover dit voorkwam in combinatie met een verstandelijke handicap. Deze kennis is echter niet altijd voldoende om de gehele doelgroep te kunnen bedienen. Het covenant autisme is een belangrijk middel om deskundigheid te verkrijgen. De mate waarin het covenant autisme in de praktijk is gebracht verschilt echter per regio, zo blijkt zowel uit de quickscan als uit de interviews met partnerorganisaties. Deze laatste waarderen de deskundigheid van de MEE's op het gebied van autisme over het geheel genomen positief. Wel wordt een achterstand geconstateerd onder de MEE's die voor de omvorming nog weinig actief waren op het gebied van autisme. Zij moeten nog een inhaalslag maken. Bovendien is de deskundigheid omtrent autisme vaak afhankelijk van een of enkele medewerkers. Dit maakt het kennisniveau van de MEE-organisaties als geheel kwetsbaar.

### **Alle doelgroepen**

Meerdere respondenten vanuit verschillende bronnen zijn van mening dat de inhoudelijke kennis en deskundigheid sterk wisselt per consultant. Dit wordt geconstateerd voor alle doelgroepen, inclusief de verstandelijk gehandicapten. Naast verschillen in deskundigheid tussen consultants worden verschillen in deskundigheidsniveau geconstateerd tussen de MEE-organisaties.

## 7.4 Samenvatting

Uit het onderzoek komt ten aanzien van de professionaliteit en deskundigheid van de MEE's naar voren dat deze goed is voor de verstandelijk gehandicapten maar onvoldoende voor mensen met een zintuiglijke beperking. De professionaliteit en deskundigheid voor mensen met een lichamelijke beperking en mensen met een beperking in het autistisch spectrum is in ontwikkeling. Het opleidingsniveau van de consultants is hoog. Het kwaliteitsbeleid verdient verbetering.

Verreweg de meeste consultants van MEE zijn HBO geschoold. De medewerkers voor wie dit niet geldt worden bijgeschoold tot HBO-niveau. De MEE-organisaties streven naar generalistische consultants, eventueel met speciale aandachtsgebieden. Doel is dat iedere consultant voldoende kennis heeft van elk van de doelgroepen en op alle levensgebieden opdat iedere consultant vanuit een zelfde deskundigheid alle cliënten kan ondersteunen. In alle 25 MEE-organisaties zijn er scholingsmogelijkheden voor het personeel, gericht op de nieuwe doelgroepen (zintuiglijk gehandicapten en mensen met een beperking in het autistisch spectrum). Daarnaast geven 21 van de 25 MEE's aan dat het personeel verplicht is deze scholing te volgen.

Het kwaliteitsbeleid van de MEE-organisaties is in ontwikkeling. In de zomer van 2006 is het definitieve HKZ certificeringsschema voor de MEE-organisaties gereed gekomen. Het merendeel van de MEE-organisaties is voornemens het landelijk ontwikkelde kwaliteitssysteem te implementeren en zich HKZ te laten certificeren. Bijna alle MEE-organisaties beschikken over een wettelijk verplichte klachtenregeling en cliëntenraad. Het merendeel van de MEE-organisaties evalueert de dienstverlening met de cliëntenraad en zeven MEE's hebben afspraken gemaakt met cliëntvertegenwoordigers over kwaliteitseisen. Vijftien van de 25 MEE-organisaties hebben een gedragscode opgesteld. Uit de benchmark Cliënttevredenheid blijkt dat niet alle cliënten op de hoogte zijn van het bestaan van een cliëntenraad en klachtenregeling.

De deskundigheid ten aanzien van de doelgroep zintuiglijk gehandicapten is onvoldoende. De deskundigheid ten aanzien van mensen met een beperking in het autistisch spectrum wisselt per MEE en is gebonden aan individuele medewerkers. Volgens de partnerorganisaties is de deskundigheid rond lichamelijk gehandicapten in ontwikkeling. Voor alle doelgroepen geldt dat het deskundigheidsniveau verschilt per consultant. Naast verschillen in deskundigheid tussen consultants worden verschillen in deskundigheid geconstateerd tussen de MEE-organisaties.



## 8 Doelmatige dienstverlening

In de tweede helft van 2006 wordt door MEE Nederland een benchmark uitgezet om de doelmatigheid van de MEE-organisaties te meten. Daarnaast onderzoekt bureau Berenschot de preventieve werking van de MEE-organisaties op de (AWBZ-)zorg die wordt afgenomen. De resultaten van deze onderzoeken zijn op het moment van schrijven nog niet beschikbaar. Er wordt in deze evaluatie dan ook geen sluitend antwoord gegeven op de vraag of de MEE-organisaties doelmatig zijn. In overleg met het CVZ is de doelmatigheidsvraag in dit onderzoek beperkt tot twee vragen: (1) of en hoe de MEE-organisaties hun werkzaamheden registreren, en (2) wat de rol van het zorgkantoor is bij het opstellen van afspraken over het aantal diensten met de MEE-organisaties.

### 8.1 Registratie van tijd, diensten en cliënten

De individuele diensten van MEE worden gesubsidieerd op basis van prestatiebekostiging. Om verantwoording te kunnen afleggen aan de subsidieverstrekker dienen de MEE-organisaties hun geleverde prestaties daarom zorgvuldig te registreren. Uit de interviews met de MEE-organisaties blijkt dat alle organisaties inmiddels een systeem hebben geïmplementeerd waarin (onder meer) het aantal diensten, het aantal cliënten en de per dienst bestede tijd wordt geregistreerd. De tijd die de MEE's hier in de praktijk voor hebben nodig gehad varieert van 3 maanden tot meer dan 2 jaar. Met name organisaties die zijn gefuseerd, en waar reeds gebruikte data- c.q. registratiesystemen moesten worden geïntegreerd, geven aan dat het enige moeite heeft gekost het systeem tijdig op orde te krijgen. Meerdere MEE's laten weten dat het registratiesysteem pas dit jaar (2006) goed werkt.

Opvallend is dat de MEE-organisaties niet één uniform registratiesysteem gebruiken, maar in plaats daarvan gebruik maken verschillende registratiesystemen, te weten: Omnia (n=15), Careframe (n=8) en Direct Care (n=1). Eén MEE heeft zelf een registratiesysteem ontwikkeld.

**Tabel 8.1** Door de MEE-organisaties gebruikte registratiesystemen

Systeem	Aantal
Omnia	15
Careframe	8
Direct Care	1
Anders (eigen ontwikkeld systeem)	1
Totaal	25

Om de bedrijfsvoering op uniforme wijze te kunnen verantwoorden heeft MEE Nederland een zogenaamde Maviset (management- en verantwoordingsinformatie) ontwikkeld voor de MEE-organisaties. In deze Maviset staan de te hanteren definities, onder meer de definities van diensten en doelgroepen<sup>1</sup>. De Maviset definities sluiten aan bij de hierboven genoemde, door de MEE-organisaties gebruikte, registratiesystemen. De MEE-organisaties is gevraagd of men bij de

<sup>1</sup> De volledige maviset bestaat uit de volgende rubrieken: cliëntenoordelen, bereik- en beschikbaarheid, doelgroep, diensten, collectieve taken, bedrijfsvoering, financieel, pluspakket.



registratie van deze definities gebruik maakt. Van de meeste MEE-organisaties (n=20) is bekend dat zij gebruik maken van deze Maviset. Eén organisatie laat weten dat zij gebruik maken van een andere Maviset dan die van MEE Nederland. Vier MEE-organisaties hebben deze vraag niet beantwoord.

**Tabel 8.2** Gebruik Maviset MEE-Nederland

	Aantal
Ja	20
Nee	1
Onbekend	4
Totaal	25

De subsidieregeling eist dat de MEE-organisaties bij de registratie van gegevens rekening houden met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim en dat de gegevens voor minimaal vijf jaar worden bewaard. Alle 25 MEE-organisaties voldoen aan deze eisen.

Hoewel de MEE's de registratiesystemen technisch gezien inmiddels op orde hebben, is het werken met de systemen in de praktijk (het individuele registratiegedrag) nog niet optimaal en in ontwikkeling. Uit de interviews met de MEE's komt naar voren dat consultants moeten wennen aan het werken met een registratiesysteem. Er is aanvankelijk enige weerstand geweest tegen het systematisch registreren. Ook zou niet voor alle consultants altijd duidelijk zijn hoe er moet worden geregistreerd. Meerdere MEE-bestuurders geven aan dat door meer sturing te geven aan het registratiegedrag van consultants de MEE-organisaties meer doelmatig kunnen werken. Zo werd in één van de MEE-organisatie in 2005 nog 25% ongedefinieerde tijd geschreven. Sommige organisaties waren al gewend aan het registreren van werkprocessen en tijdschrijven (SPData). Hier is de aanpassing aan de nieuwe manier van werken minder ingrijpend geweest.

Concreet komen de volgende knelpunten rond het registreren naar voren:

- het onderscheid in diensten B1 tot en met B5, in plaats van één dienst B, is voor consultants in de praktijk lastig te maken. Bepaalde diensten worden vaak samen c.q. tegelijkertijd aangeboden. Hierdoor klopt de registratie op aantallen diensten niet altijd.
- de maviset-definities van MEE Nederland zouden onduidelijk zijn c.q. te veel interpretatieruimte over laten (genoemd worden: doelgroepen, diensten).
- de richtijden per dienst zijn te kort gezien de tijd die consultants in de praktijk nodig hebben voor deze dienst (genoemd worden: dienst B1 en B2).
- de richtijden per dienst zijn te lang, waardoor minder cliënten kunnen worden geholpen (niet gespecificeerd).
- er moet te veel geregistreerd worden. Inhoudelijk werk en registratie staan niet in een goede verhouding.

Ondanks genoemde knelpunten zijn de meeste bestuurders van MEE positief over het registratiesysteem. Het systeem is een goed sturingsmechanisme geworden van het management, aldus één van de respondenten.

## 8.2 Rol van het zorgkantoor

De zorgkantoren zijn, als regisseur van de zorg, verantwoordelijk voor een goede aansluiting van het regionale zorgaanbod op de zorgvraag. Op deze wijze spelen zorgkantoren een belangrijke rol als het gaat om de doelmatigheid van zorg in de regio. In 19 telefonisch interviews onder 16 zorgkantoren is gevraagd of, en zo ja op welke wijze, het zorgkantoor een adviesrol speelt bij het opstellen van afspraken over het aantal diensten met de MEE-organisatie.

De relatie tussen het zorgkantoor en de MEE's wijkt enigszins af van de relatie van het zorgkantoor met de aanbieders van zorg. De formele rol van het zorgkantoor ligt vast in de subsidieregeling. In de artikelen 2.5.3 en 2.5.4 is beschreven dat aan een MEE slechts dan subsidie wordt verleend als tussen de MEE-organisatie en het zorgkantoor schriftelijk overeenstemming is bereikt over de omvang van de activiteiten voor collectieve, respectievelijk individuele cliëntondersteuning. In de praktijk blijkt dit te leiden tot minimaal twee formele overlegmomenten tussen het zorgkantoor en de MEE: overleg over de aanvraag van de subsidieverlening en overleg over de gerealiseerde productie in het afgelopen jaar. Bij de beoordeling van de subsidieaanvraag door het zorgkantoor is het kader van de subsidieregeling leidend. Daarnaast kan het zorgkantoor zich een oordeel vormen over de door MEE voorgestelde verdeling van de subsidie over de verschillende diensten en taken. Naast de kaders van de subsidieregeling beoordelen de meeste zorgkantoren de subsidieaanvraag aan de hand van de productie in de afgelopen jaren, de (verwachte) ontwikkelingen rond vraag en aanbod van zorg in de betreffende regio én in andere regio's (als de zorgverzekeraars daar ook actief zijn).

Naast deze beoordelende, formele taak, hebben vrijwel alle benaderde zorgkantoren aanvullend, formeel en informeel, overleg met de MEE's. De frequentie en de inhoud van dit overleg verschilt per zorgkantoor. In de meeste regio's is sprake van een terugkerend (meestal twee keer per jaar) beleidsmatig overleg. Hierin komen regionale ontwikkelingen aan de orde waarop de MEE zou kunnen anticiperen en andere regiospecifieke zaken, bijvoorbeeld de relatie met jeugdzorg of de crisisregeling. Daarnaast wordt in deze overleggen gesproken over projecten waar beide partijen een rol in spelen. Voorbeelden hiervan zijn 'Foar Elkoar' in Friesland, waarbij alle initiatieven rond de integrale benadering van de zorgvraag zijn gebundeld, een project rond jeugdige verstandelijk gehandicapten in Noord-Holland en 'De WegWijzer' (project rond Wmo-loket) in Noord- en Midden-Limburg. Naast dit beleidsmatig overleg hebben de meeste zorgkantoren terugkerend overleg met de MEE's over casuïstiek en over door MEE gesignaleerde knelpunten in het zorgaanbod.

Bijna alle benaderde zorgkantoren voeren, naast de formele beoordeling van de subsidieaanvraag, met de MEE overleg over beleidsmatige aspecten en regionale ontwikkelingen. De mate waarin dit overleg is geformaliseerd en de frequentie van dit overleg verschilt per regio. Enkele MEE-organisaties laten daarentegen weten dat zij weinig of geen inhoudelijk contact hebben met het zorgkantoor uit hun regio.

Een klein aantal respondenten van zorgkantoren meldt dat de huidige subsidieregeling erg star is en ontwikkelingen van de MEE belemmert. Zo is er volgens hen geen mogelijkheid om collectieve en individuele diensten en taken tegen elkaar uit te ruilen, passen nieuwe initiatieven voor dienstverlening niet altijd in de verantwoordingsystematiek en is er weinig ruimte om andere doelgroepen te bedienen, bijvoorbeeld dementerende ouderen.

### 8.3 Samenvatting

De MEE-organisaties maken gebruik van verschillende registratiesystemen om het aantal cliënten, het aantal diensten en de tijd per dienst te registreren. Het merendeel van de MEE-organisaties maakt hierbij gebruik van de definities uit de Maviset, die door MEE Nederland in samenwerking met een aantal MEE-organisaties is opgesteld. Het registratiegedrag van individuele consulenten is nog niet optimaal. Geconcludeerd wordt dat de MEE-organisaties mogelijk meer doelmatig kunnen werken door het registratiegedrag van de consulenten te optimaliseren en definities van diensten, taken en doelgroepen meer helder te formuleren.

De zorgkantoren maken afspraken over het aantal diensten met de MEE. De meeste zorgkantoren voeren naast de formele beoordeling van de subsidieaanvraag met de MEE overleg over beleidsmatige aspecten en over regionale ontwikkelingen. De mate waarin dit overleg is geformaliseerd en de frequentie van dit overleg verschilt per regio. Enkele MEE-organisaties laten daarentegen weten dat zij weinig of geen inhoudelijk contact hebben met het zorgkantoor uit hun regio. Een klein aantal respondenten van zorgkantoren meldt dat de huidige subsidieregeling erg star is en ontwikkelingen van de MEE belemmert.

## Literatuur

- Beleidsregels MEE-organisaties 2005, College voor zorgverzekeringen, december 2004.
- Benchmark MEE-organisaties 2006. Brancherapport Maatschappelijke waardering. Nijmegen, ITS, 2006.
- Benchmark Maatschappelijke waardering MEE benchmarkrapport en vragenlijst, Berenschot, Utrecht, juli 2005.
- Brancherapport Cliënttevredenheid. Resultaten van MEE-organisaties in Nederland. Nijmegen, ITS 2006.
- Brief Implementatieplan, Staatssecretaris VWS, Den Haag, maart 2004.
- Brief Positionering SPD nieuwe stijl, Staatssecretaris VWS, Den Haag, november 2001.
- Brief Reactie op conceptvoorstel WMO, MEE Nederland, Utrecht, januari 2005.
- Brief Regionale organisatie SPD Nieuwe Stijl, Vereniging SOMMA, Utrecht, september 2002.
- Brief SPD Nieuwe Stijl, Ministerie van VWS, april 2003.
- Brief Subsidieparagraaf SPD Nieuwe Stijl 2004, College voor zorgverzekeringen, november 2003.
- Brief Subsidie SPD Nieuwe Stijl, Staatssecretaris VWS, Den Haag, juli 2003.
- Brief Taken SPD Nieuwe Stijl, Staatssecretaris VWS, Den Haag, juni 2002.
- Brief Voortgang implementatie SPD Nieuwe Stijl, MEE Nederland, Utrecht, juni 2003.
- Brief van de staatssecretaris d.d. 9 oktober 2003 aan het CVZ (kenmerk DZ/VU-2418076)
- Brochure Autisme Begrijpen, NVA.
- Cliënttevredenheidsonderzoek MEE protocol en vragenlijst, IOO/EIM Stratus, Zoetermeer, december 2004.
- Eindrapportage taakoverdracht. MEE Nederland, Utrecht 24 maart 2005.
- Implementatieplan overdracht geïndiceerde en niet-geïndiceerde taken tussen zorginstellingen en MEE-organisaties, VGN/MEE Nederland, Utrecht december 2003.
- Jaarverslag 2002, Vereniging SOMMA, Utrecht, 2003.
- Jaarverslag 2003, MEE Nederland, Utrecht, 2004.

Jaarverslag 2004, MEE Nederland, Utrecht, 2005.

Klerk, de M. en R. Schellingerhout. Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, mei 2006.

MEE collectieve taken, MEE Nederland, Utrecht, 2004.

MEE diensten 2005, MEE Nederland, Utrecht, 2005.

Met zorg kiezen - de toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg, Ministerie van VWS, Den Haag, juni 2001.

Model klachtenreglement voor MEE-organisaties. Utrecht, MEE Nederland, 2005.

Model kwaliteitssysteem voor SPD'en. Utrecht, Somma, februari 2002.

Model privacyreglement voor MEE-organisaties. Utrecht, MEE Nederland, 2005.

Nadere Regeling spreiding en behoefte MEE-organisaties 2005, College voor zorgverzekeringen, Diemen, december 2004.

Notitie 'SPD regionaal – de regionale organisatie van de SPD nieuwe stijl', Vereniging Somma, Utrecht, september 2002.

Notitie 'De toekomstige bekostiging voor SPD Nieuwe Stijl', Vereniging Somma, Utrecht, september 2002.

Notitie 'De SPD als laagdrempelige cliëntondersteuner. Perspectief en uitwerking van de taakbreedte van de 'SPD Nieuwe Stijl' ', Vereniging Somma, Utrecht, juni 2002.

Drempelloos Elan - nulmeting stand van zaken implementatie SPD Nieuwe Stijl, Vereniging SOMMA, Utrecht, april 2002.

Onderzoeksrapport 'Kosten MEE organisaties', College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2005.

Op weg naar certificatie. Handreiking voor MEE-organisaties. Utrecht, MEE Nederland, 2005.

Positionering SPD nieuwe stijl: onderzoeksvragen, Staatssecretaris VWS, Den Haag, november 2001.

Protocol uitvoering Benchmark Maatschappelijke waardering MEE, Berenschot, Utrecht, juni 2005.

Quick scan ontwikkeling MEE-organisaties. Cliëntondersteuning aan nieuwe doelgroepen Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, Enschede, november 2005.

Rapportage najaarsmonitor 2003, MEE Nederland, Utrecht, januari 2004.

Rapportage najaarsmonitor 2004, MEE Nederland, Utrecht, februari 2005.

Rapportage najaarsmonitor 2005, MEE Nederland, Utrecht, februari 2006.

Rapportage voorjaarsmonitor 2004, MEE Nederland, Utrecht, juni 2004.

Rapportage voorjaarsmonitor 2005, MEE Nederland, Utrecht, september 2005.

Regeling subsidies AWBZ, Ministerie van VWS, Staatscourant, december 2005, nr. 242/pag.31.

Reactie op implementatieplan overdracht taken, Ministerie van VWS, Den Haag, maart 2004.

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004, Tweed Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 XVI, nr. 45.

Voortgang SPD Nieuwe Stijl, Staatssecretaris VWS, Den Haag, november 2002.

Zorgnota 2003, Ministerie van VWS, Den Haag, september 2002.

Zo werkt MEE. Handreiking bij het opstellen van een gedragscode MEE. Utrecht, MEE Nederland, 2005.



## **Bijlage 1 Analyse kader**





## Analysekader

## Evaluatie subsidieregeling SPD Nieuwe Stijl

B3127 / 08-03-2006

Hoofd aspect	Deelaspect	Deelvragen/Indicatoren	Bron
1. Ontwikkeling takenpakket	a. Doelgroepen Artikel 2.5.1 1 Aan door het College zorgverzekeringen, op basis van door het College zorgverzekeringen vast te stellen nadere regels inzake spreiding en behoefte, aangewezen MEE-organisaties worden op aanvraag per kalenderjaar instellingsubsidies verleend voor laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare cliënt-ondersteuning ten behoeve van hun cliënten, zijnde verzekerden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel cliënten per doelgroep stonden bij de MEE-organisaties ingeschreven in 2003, 2004 en 2005?</li> <li>- Worden door de MEE-organisaties alle doelgroepen bereikt?</li> <li>- Zo nee, welke doelgroepen worden niet bereikt en wat is hiervan de oorzaak?</li> <li>- Zijn er verschillen in het bereiken van nieuwe doelgroepen tussen MEE-organisaties (en tussen vestigingen)? En zo ja, waaruit bestaan deze verschillen?</li> <li>- Wat zijn mogelijke verklaringen voor de eventuele verschillen in het bereik van nieuwe doelgroepen door de MEE-organisaties (en vestigingen)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> <li>- vragenlijst/interviews MEE's</li> <li>- quick scan HHM + analyse</li> <li>Tussen vestigingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul> </li> </ul>
	b. Nieuwe doelgroepen  - <i>zintuiglijk gehandicapten</i> - <i>mensen met een beperking in het autistisch spectrum</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel cliënten uit de nieuwe doelgroepen stonden bij de MEE-organisaties ingeschreven in 2005?</li> <li>- Zijn er knelpunten gesignaleerd bij het bereiken van de nieuwe doelgroepen en zo ja, welke?</li> <li>- Zijn voor (een aantal van) deze knelpunten reeds oplossingen geformuleerd door de MEE-organisaties? Zo ja, welke zijn dit? Dragen deze oplossingen bij aan het verminderen/wegnemen van de gesignaleerde knelpunten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> <li>- Quick-scan HHM</li> <li>Aanvullend: <ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews cliëntenvertegenwoordigers</li> <li>- interviews zorgkantoren</li> <li>- interviews samenwerkingspartners</li> </ul> </li> </ul>
	c. Omvang en inhoud takenpakket:  <i>Collectieve taken:</i> <i>Artikel 2.5.3</i> <i>1. Subsidie voor collectieve cliëntondersteuning wordt slechts verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit:</i> <i>a. het vergaren en verstrekken van informatie en het geven van voorlichting aan cliënten;</i> <i>b. het signaleren van relevante ontwikkelingen en belemmeringen, en</i> <i>c. het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie door middel van het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken.</i> <i>Toelichting subsidieregeling:</i> <i>Onder 'relevante ontwikkelingen en belemmeringen' in onderdeel b worden begrepen ontwikkelingen en belemmeringen in wet- en regelgeving en in de samenleving die mensen met een handicap raken. Hiermee wordt verwezen naar signalen van individuele cliënten over ontwikkelingen en belemmeringen in de samenleving die gezamenlijk een bron van informatie kunnen vormen voor in eerste instantie belangbehartigers. In regio's waar geen sprake is van collectieve belangbehartiging kan de MEE-organisatie signalen rechtstreeks overbrengen aan relevante partijen zoals zorgaanbieders en gemeenten. Daarnaast wordt hieronder begrepen het signaleren van ontwikkelingen die nodig zijn om de informatie- en adviesfunctie naar behoren te kunnen uitvoeren.</i>	<p><b>Kwantitatief</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel collectieve taken werden er in 2005 per MEE gerealiseerd (fte) uitgesplitst naar collectieve taak?</li> <li>- Hoeveel collectieve diensten werden er in 2005 per MEE gerealiseerd (fte) uitgesplitst naar collectieve taak? a informatievoorziening en voorlichting b signalering c maatschappelijke activering en integratie</li> <li>- Is hierin een verdeling naar doelgroepen te maken? En zo ja, welke verdeling is dit?</li> <li>- Worden alle doelgroepen bereikt? Zo nee, welke doelgroepen niet?</li> </ul> <p><b>Kwalitatief</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe ver is de ontwikkeling van de collectieve taken op dit moment op het niveau van de MEE's (en vestigingniveau)?</li> <li>- Hoe zijn de collectieve taken vormgegeven? a. informatievoorziening en voorlichting * wat houdt deze dienst in praktijk in? Welke activiteiten worden concreet ondernomen? * zijn er verschillen in deze activiteiten tussen de verschillende doelgroepen? b. signaleren * wat houdt deze dienst in praktijk in? Welke activiteiten worden concreet ondernomen? * aan wie zijn gesignaleerde ontwikkelingen en belemmeringen doorgegeven? * zijn de gesignaleerde belemmeringen en knelpunten opgepakt door andere organisaties? Zo ja, wat is hiermee gebeurd? Zo nee, waarom (nog) niet? c. maatschappelijk activering en integratie (zie 3c)</li> <li>- Is de 'handreiking MEE collectieve taken' bekend bij de MEE-organisaties? Zo ja, wordt hiervan gebruik gemaakt bij de ontwikkeling en uitvoering van de collectieve taken?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor 2003 en 2004: gegevens CVZ</li> <li>- Voor 2005: vragenlijst MEE's</li> <li>- Quick scan HHM</li> <li>Aanvullend: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> </ul> </li> <li>- interviews MEE's</li> <li>- Quick-scan HHM</li> <li>Aanvullend 2<sup>e</sup> helft 2005 <ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul> </li> <li>- interviews MEE's</li> <li>- vragenlijst MEE's</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn er knelpunten gesignaleerd bij de vormgeving van de collectieve diensten en zo ja, welke?</li> <li>- Zijn er verschillen in de mate en de aard van de knelpunten bij het vormgeven van collectieve diensten voor de verschillende doelgroepen?</li> <li>- Zijn voor deze knelpunten reeds oplossingen geformuleerd door de MEE-organisaties? Zo ja, welke zijn dit? Dragen deze oplossingen bij aan het verminderen/wegnemen van de gesignaleerde knelpunten?</li> <li>- Zijn de MEE-organisaties klaar met de ontwikkeling van de collectieve diensten? Zijn ze hier op dit moment mee bezig en/of zijn er plannen voor de nabije toekomst? Welke aandachtspunten zijn er op dit moment nog bij de MEE-organisaties? (ondersteuning voor MEE-organisaties, aanpassen wet- en regelgeving, uitwisselen van kennis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quick-scan HHM</li> </ul> <p>Aanvullend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews cliëntenorganisaties</li> </ul>
<p><i>Individuele taken</i>  <b>Artikel 2.5.4</b>  1. Subsidie voor individuele cliëntondersteuning wordt slechts verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit de volgende diensten:</p> <p><i>a dienst A: informatieverstrekking en advisering;</i>  <i>b dienst B1: vraagverduidelijking;</i>  <i>c dienst B2: aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg;</i>  <i>d dienst B3: klacht en bezwaar en beroep waaronder ook het voorkomen daarvan;</i>  <i>e dienst B4: monitoring en evaluatie van externe dienstverlening en zorg;</i>  <i>f dienst B5: ondersteuning in een crisissituatie;</i>  <i>g dienst C: volledige beeldvorming;</i>  <i>h dienst D: kortdurende en kortcyclische ondersteuning, en</i>  <i>i dienst E: aanbidding van cursussen in groepen.</i></p>	<p><b>Kwantitatief</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel werkprocessen voor de individuele taken zijn er gerealiseerd in 2003 en 2004, uitgesplitst naar taak en doelgroep?</li> <li>- Hoeveel individuele diensten zijn er per taak per MEE uitgesplitst naar doelgroep gerealiseerd in 2005?</li> </ul> <p>- Zijn alle individuele diensten voor alle doelgroepen beschikbaar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quick scan HHM</li> </ul> <p>Aanvullend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voor 2003 en 2004 gegevens CVZ</li> <li>- voor 2005 vragenlijst MEE's</li> </ul>
	<p><b>Kwalitatief</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is de 'kalender MEE diensten 2005' bekend bij de MEE-organisaties? Zo ja, wordt deze gebruikt door de MEE-organisaties?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn er knelpunten gesignaleerd bij het ontwikkelen van de individuele diensten en zo ja, welke?</li> <li>- Zijn voor de gesignaleerde knelpunten reeds oplossingen geformuleerd door de MEE-organisaties? Zo ja, welke zijn dit? Dragen deze oplossingen bij aan het verminderen/wegnemen van de gesignaleerde knelpunten?</li> <li>- Zijn er aandachtspunten voor de verdere ontwikkeling van individuele taken en zo ja, welke?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel trajecten kortcyclische ondersteuning zijn per MEE uitgevoerd in 2003, 2004 en in 2005, uitgesplitst naar doelgroep?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quick scan HHM</li> </ul> <p>Aanvullend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews cliëntenvertegenwoordigers</li> </ul>
<p>Kortcyclische ondersteuning</p> <p><i>Toelichting:</i>  Onder dienst D wordt verstaan gedurende korte tijd en met een beperkt intensiteit ondersteunen van cliënten die tijdelijk niet goed in staat zijn tot zelfredzaamheid en ondersteuning nodig hebben om te voorkomen dat de zelfstandigheid ernstig achteruit gaat en/of een beroep gedaan moet worden op geïndiceerde zorg. Indien de verwachting ontstaat dat het om langdurige of intensieve begeleiding van de cliënt gaat, die alleen kan worden geboden door een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder, is dienst D niet aan de orde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aan hoeveel cliënten is in 2004 en in 2005 per MEE kortcyclische ondersteuning geboden, uitgesplitst naar doelgroep?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gegevens CVZ</li> <li>- voor 2005 vragenlijst MEE's</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan vastgesteld worden of de vraag en behoefte van de cliënten bij afsluiting van de dienst is beantwoord?</li> <li>- Is er sprake van terugkerende cliënten die met dezelfde hulpvraag kortcyclische ondersteuning afnemen?</li> <li>- Zo ja, hoe vaak komt dit voor?</li> <li>- Is er sprake van terugkerende cliënten die met verschillende hulpvragen kortcyclische ondersteuning afnemen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> <li>- aanvullend interviews MEE's</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waaruit bestaat deze kortcyclische ondersteuning concreet in de praktijk?</li> <li>- Op grond van welke criteria wordt besloten dat een cliënt kortcyclische ondersteuning wordt geboden, in plaats van doorverwijzing naar geïndiceerde begeleiding door een zorgaanbieder?</li> <li>- Op grond van welke criteria wordt bepaald of doorverwijzing naar een zorgaanbieder aan de orde is, in plaats van kortcyclische ondersteuning door de MEE-organisatie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul>

	<p><i>Preventieve taken</i>  <b>Artikel 2.5.5</b>  <b>1. Subsidie voor de coördinatie van een project integrale vroeghulp wordt slechts verleend indien het project integrale vroeghulp:</b>  <i>a is gebaseerd op een samenwerkingsovereenkomst tussen de MEE-organisatie en ten minste de sector voor de kinderrevalidatie en de sector voor de zorg voor kinderen met een verstandelijke handicap;</i>  <i>b. beschikt over een team integrale vroeghulp, bestaande uit vertegenwoordigers van een kinderrevalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis, de subsidieontvanger en de kinderdagcentra voor kinderen met een verstandelijke handicap;</i>  <i>c. een onafhankelijk aangestuurde coördinator heeft;</i>  <i>d. een pool van deskundige casemanagers heeft;</i>  <i>e. beschikt over een laagdrempelig aanmeldpunt, en</i>  <i>f. beschikt over een projectplan dat de instemming heeft van de partijen die de samenwerkingsovereenkomst, bedoeld onder a, zijn aangegaan.</i></p>	<p>Onderzoek Berenschot: preventieve functie van de (MEE-) cliëntondersteuning ten opzichte van de zorg</p> <p><b>Project integrale vroeghulp</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voert de MEE-organisatie een project integrale vroeghulp uit?</li> <li>- Zo ja, ontvangt de MEE-organisatie subsidie voor de coördinatie van het project integrale vroeghulp?</li> <li>- Uit welke concrete taken bestaat deze coördinatie (aansturen, ondersteunen, faciliteren)?</li> <li>- Bestaat er een samenwerkingsovereenkomst tussen de MEE-organisatie en de sector voor de kinderrevalidatie en de sector voor de zorg voor kinderen met een verstandelijke handicap?</li> <li>- Wordt er met meer organisaties samengewerkt? Zo ja, met welke organisaties?</li> <li>- Beschikt het project over een team integrale vroeghulp?</li> <li>- Wie maken deel uit van dit team? (Tenminste: vertegenwoordigers van een kinderrevalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis, de subsidieontvanger en de kinderdagcentra voor kinderen met een verstandelijke handicap)</li> <li>- Wat zijn de concrete taken van dit team (ontwikkelen samenhangend plan op basis van hulpvraag)?</li> <li>- Heeft het project een onafhankelijk aangestuurde coördinator?</li> <li>- Wat zijn de concrete taken van deze coördinator (ontwikkelen netwerk, faciliteren op team, verslaglegging)?</li> <li>- Beschikt het project integrale vroeghulp over een pool van deskundige casemanagers?</li> <li>- Wat zijn de concrete taken van deze casemanagers (inhoudelijke afstemming met de hulpvraag waarborgen, ouders ondersteunen bij het organiseren van de hulp, de samenhang waarborgen en de regie houden over het hulpverleningsproces)?</li> <li>- Beschikt het project over een laagdrempelig aanmeldpunt? (eigen adres, telefoonnummer en presentatie naar buiten, bekend in de regio)</li> <li>- Beschikt het project over projectplan dat de instemming heeft van de partijen die de samenwerkingsovereenkomst zijn aangegaan?</li> <li>- Hoe wordt door de MEE-organisatie verantwoording afgelegd over de subsidie voor de coördinatie van het project integrale vroeghulp?</li> </ul> <p>Overall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- op welke wijze voert de MEE-organisatie de regie over het project integrale vroeghulp (kassiersfunctie of meer)?</li> <li>- welke partijen werken samen in dit project en wat is ieders rol?</li> <li>- wat zijn de verschillen tussen de MEE-organisaties hierin?</li> </ul>	<p>- vragenlijst/interviews MEE's</p>
	<p>d. Uniformiteit</p>	<p><b>Basispakket (zie ook punt 1c)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wordt door de MEE-organisaties een uniform basispakket van collectieve, individuele en preventieve taken voor alle doelgroepen aangeboden?</li> <li>- Zo niet, wat zijn de verschillen tussen de MEE-organisaties?</li> </ul> <p><b>Pluspakket</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biedt de MEE-organisatie naast het basispakket andere diensten aan?</li> <li>- Zo ja, wat is de inhoud van deze diensten (b.v. diagnosticering in het voortraject van de indicatie)?</li> <li>- Wat is de reden om deze diensten aan te bieden?</li> <li>- Zijn de MEE-organisaties op de hoogte van de voorwaarden voor plusdiensten?</li> <li>- Voldoen de plusdiensten die worden aan geboden aan deze voorwaarden? <ul style="list-style-type: none"> <li>* leveren een bijdrage aan de laagdrempelige ondersteuning voor cliënten</li> <li>* hebben een meerwaarde voor de integratie van cliënten</li> <li>* voorzien in een aantoonbare behoefte in de regio</li> </ul> </li> <li>- Zijn er diensten die door meerdere MEE-organisaties naast het basispakket worden aangeboden?</li> <li>- Zo ja, welke diensten zijn dit en door hoeveel MEE's worden deze diensten aangeboden?</li> </ul>	<p>- Analyse</p> <p>- vragenlijst MEE's  - interviews MEE's  - analyse</p>
<p><b>2. Onafhankelijkheid / ontvlechting</b></p>	<p>a. Onafhankelijke dienstverlening</p> <p><i>Toelichting subsidieregeling:</i>  <i>Onafhankelijke cliëntondersteuning houdt in dat het belang van de cliënt het enige uitgangspunt is. Om de onafhankelijkheid te waarborgen is het de MEE-organisatie niet toegestaan een bestuurlijke eenheid te vormen met een verzekeraar of een in het kader van de AWBZ toegelaten zorgaanbieder.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De cliënt als het uitgangspunt voor advies, informatie of ondersteuning: zie punt 4a.</li> <li>- Is er een bestuurlijke eenheid tussen MEE en zorgverzekeraar of AWBZ aanbieder?</li> <li>- Is er institutionele of professionele eenheid tussen MEE en zorgverzekeraar of AWBZ aanbieder?</li> <li>- Hoe is het proces van ontvlechting verlopen?</li> </ul>	<p>- vragenlijst MEE's</p> <p>- vragenlijst MEE's</p> <p>- interviews MEE's</p>

	<p>b. Overdracht van geïndiceerde zorgtaken naar andere organisaties</p> <p><i>Toelichting subsidieparagraaf:</i>  <b>Artikel 2.5.1</b>  <b>2. Een MEE-organisatie komt niet voor subsidie in aanmerking indien zij zorg verleent op grond van de AWBZ.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hebben de MEE-organisaties al hun zorgtaken overgeheveld?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is de zorg voor alle cliënten met geïndiceerde zorgtaken overgedragen?</li> <li>- Wat was (indicatief) de omvang van de geïndiceerde zorgtaken voor de MEE-organisatie (aantal cliënten, budget, personeelleden)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst/interviews MEE's</li> <li>- interviews zorgkantoren</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe is het proces van overdracht van cliënten verlopen?</li> <li>* zijn cliënten tijdig geïnformeerd over en betrokken bij de overdracht?</li> <li>  Zo ja, hoe is dit gedaan?</li> <li>* is de continuïteit in de zorgverlening gewaarborgd?</li> <li>  Zo ja, hoe is dit gewaarborgd?</li> <li>* heeft de cliënt keuzevrijheid gehad naar welke zorgaanbieder hij/zij is overgedragen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews cliëntenvertegenwoordigers</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn er knelpunten gesignaleerd bij de overdracht van cliënten met geïndiceerde zorgtaken naar andere organisaties?</li> <li>- Zo ja, welke knelpunten waren dit en (hoe) zijn deze knelpunten opgelost?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> <li>- interviews cliëntenvertegenwoordigers</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is er gebeurd met de medewerkers die voor de SPD's geïndiceerde zorgtaken uitvoerden? (b.v. overgegaan naar zorginstelling, omgeschoold)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe is het proces van omscholing van medewerkers verlopen?</li> <li>- En wat is het resultaat (zie punt 5a)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is de taakafbakening voldoende helder voor de MEE-organisatie, cliëntenorganisaties en andere organisaties? (b.v. grens diagnostiek – indicatiestelling)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews samenwerkingspartners</li> <li>- interviews cliënten- vertegenwoordigers</li> </ul>	
		<p>c. Overdracht van cliëntondersteuning naar MEE-organisaties</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hebben zorgaanbieders alle cliëntondersteuningstaken overgeheveld naar de MEE-organisaties?</li> <li>- In hoeverre hebben de MEE-organisaties hier zicht op?</li> <li>- Als (voor zover hier zicht op is) nog niet alle cliëntondersteuningstaken zijn overgeheveld naar de MEE-organisaties, waarom niet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> <li>- interviews zorgkantoren</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe is dit proces van overheveling verlopen?</li> <li>* zijn cliënten tijdig geïnformeerd over en betrokken bij de overdracht?</li> <li>* is de continuïteit in de dienstverlening gewaarborgd?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn er knelpunten gesignaleerd bij de overdracht van cliëntondersteuning naar de MEE-organisaties?</li> <li>- Zo ja, welke knelpunten en (hoe) zijn deze opgelost?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> <li>- interviews zorgaanbieders</li> <li>- interviews cliëntenorganisaties</li> </ul>
<p>3. Laagdrempelig / Toegankelijkheid</p>	<p>a. Toegankelijkheid van de organisatie</p> <p><i>Toelichting subsidieregeling:</i>  <b>Aan de omvang van de werkgebieden van de MEE-organisaties worden eisen gesteld. De eisen omtrent ontvlechting en omvang zijn neergelegd in de door het CVZ vastgestelde 'Nadere Regeling spreiding en behoefte MEE-organisaties'.</b>  <i>En uit die regeling:</i>  <b>1. Het werkgebied van een MEE-organisatie omvat minimaal 625.000 inwoners.</b>  <b>2. In de volgende gevallen kan het werkgebied van een MEE-organisatie minder dan 625.000 inwoners omvatten:</b>  <b>a. het werkgebied valt samen met een provincie; (en voorgenomen fusies, maar na 31-12-2005 niet meer relevant)</b></p>	<p><b>Bereikbaarheid van de organisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn alle MEE-organisaties goed bereikbaar (openingstijden, telefonische bereikbaarheid, toegankelijk gebouw, toegankelijke website)? Zo nee, zijn er plannen om de bereikbaarheid te verbeteren en zo ja, welke?</li> <li>- Zijn alle MEE-organisaties goed bereikbaar bij crisissituaties (avonden, weekenden, feestdagen)?</li> <li>- Worden huisbezoeken afgelegd indien nodig of gewenst door de cliënt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- benchmark Cliënttevredenheid</li> </ul> <p>Aanvullend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> <li>- interviews cliëntenvertegenwoordigers</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er sprake van een wachtlijst voor (bepaalde doelgroepen) cliënten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is de gemiddelde wachttijd voor nieuwe cliënten tot aan het eerste gesprek?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vragenlijst MEE's</li> </ul>	
		<p><b>Regionale organisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is sprake van een landelijk dekkend netwerk van MEE-organisaties?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gegevens MEE Nederland</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er naar de mening van de betrokkenen voldoende landelijke spreiding? Zijn er in de praktijk witte vlekken in de dienstverlening?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE</li> <li>- cliëntenorganisaties</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is in de visie van de MEE-organisatie het effect van de schaalvergroting op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de MEE-organisatie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul> <p>+ analyse (wachtlijsten, wachttijden, bereikbaarheid)</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is in de visie van de MEE-organisatie het effect van de schaalvergroting op de professionaliteit en de deskundigheid van de MEE-organisatie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interviews MEE's</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe groot zijn de werkgebieden van de verschillende MEE-organisaties en welke samenwerkingsverbanden zijn er?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gegevens MEE Nederland</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn er MEE-organisaties die minder dan 625.000 mensen bedienen maar een provincie bestrijken?</li> </ul>	- gegevens MEE Nederland
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel vestigingen zijn er per MEE-organisatie?</li> <li>- Zijn er verschillen in beleid en uitvoering tussen de vestigingen?</li> <li>- Op grond waarvan wordt gekozen voor een aparte vestiging?</li> </ul>	- vragenlijst MEE's - interviews MEE's
	<p><b>Bekendheid en imago (profilering)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn de MEE-organisaties bekend bij cliëntenorganisaties en andere dienstverleners?</li> <li>- Is bij cliëntenorganisaties en andere dienstverleners bekend welke doelgroepen voor ondersteuning bij de MEE-organisaties terecht kunnen?</li> <li>- Is bij cliëntenorganisaties en andere dienstverleners bekend voor welke diensten (collectief, individueel en preventief) cliënten en organisaties bij de MEE-organisaties terecht kunnen?</li> <li>- Is de taakafbakening helder voor cliëntenorganisaties en andere dienstverleners?</li> <li>- Wat is het imago van de MEE-organisaties onder cliëntenorganisaties en andere dienstverleners?</li> </ul>	- benchmark maatschappelijke waardering  Aanvullend: - interviews cliëntenvertegenwoordigers - interviews samenwerkingspartners - interviews zorgkantoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan iedereen, zonder indicatie, bij MEE terecht voor advies, informatie en ondersteuning? * van welke kanalen is gebruik gemaakt? * welke boodschap is naar buiten gebracht? * op welke doelgroepen was deze boodschap gericht?</li> </ul>	- interviews MEE's + MEE Nederland (landelijke PR)
b. Toegankelijkheid van de dienstverlening	<p><i>Toelichting subsidieregeling: De laagdrempeligheid van de organisatie houdt in dat de MEE-organisatie direct en eenvoudig toegankelijk dient te zijn, zonder dat de cliënt daarvoor een verwijzing of indicatie van het Centrum IndicatiestellingZorg (CIZ) of het Bureau Jeugdzorg nodig heeft.</i></p>	- vragenlijst MEE's - interviews cliëntenvertegenwoordigers
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komt het voor dat personen met een ondersteuningsvraag worden geweigerd en zo ja, waarom?</li> <li>- Bedienen de MEE-organisaties naast de huidige doelgroepen ook andere doelgroepen (bijvoorbeeld chronisch zieken, mensen met een psychiatrische aandoening, ontwikkelingsachterstand, niet aangeboren hersenletsel (NAH) en ADHD)?</li> </ul>	- vragenlijst MEE's - interviews cliëntenvertegenwoordigers
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konden de cliënten de weg naar de MEE-organisaties goed vinden? (wat is er aan vooraf gegaan voordat de cliënt bij de MEE-organisatie terecht kwam?)</li> </ul>	- interviews MEE's - interview cliëntenvertegenwoordigers
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is het voor cliënten mogelijk gebruik te maken van de dienstverlening van een MEE-organisatie buiten de eigen regio?</li> <li>- Is het voor cliënten mogelijk over te stappen naar een andere hulpverlener binnen de SPD?</li> <li>- Wordt de vertrouwelijkheid van de gegevens van de cliënt gewaarborgd (Wet Bescherming Persoonsgegevens)? Zo ja, hoe wordt dit gewaarborgd?</li> </ul>	- vragenlijst MEE's - interview cliëntenvertegenwoordigers
c. Het regionale netwerk	<p><i>Artikel 2.5.3 1. Subsidie voor collectieve cliëntondersteuning wordt slechts verleend indien de activiteiten van de MEE-organisatie op dit terrein bestaan uit: c. het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie door middel van het opbouwen en onderhouden van de sociale kaart en relevante netwerken.</i></p> <p><i>In onderdeel c wordt begrepen: het tot stand brengen van concrete verbetering of optimalisering van de mogelijkheden van mensen met een handicap tot participatie op lokaal en regionaal niveau. Dit kan de MEE-organisatie tot stand brengen door het onderhouden en uitbreiden van een netwerk op het gebied van onder andere arbeid, dagbesteding, vrije tijd, vorming, wonen, thuiszorg en onderwijs. Voorts door het onderhouden en uitbreiden van een netwerk met andere organisaties die zich bezig houden met cliëntondersteuning. En verder in samenwerking met collectieve belangenbehartigers genoemde organisaties aanjagen, activeren en motiveren tot beleidswijzigingen en het creëren van de vereiste randvoorwaarden, zoals bijvoorbeeld het etaleren van good practices.</i></p>	- vragenlijst/interviews MEE's
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heeft de MEE-organisatie zicht op de regionale sociale kaart?</li> <li>- Zo ja, hoe wordt de sociale kaart actueel gehouden?</li> </ul>	- vragenlijst MEE's
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er samenwerking tussen de MEE-organisatie en andere organisaties?</li> <li>- Zo ja, is deze samenwerking vastgelegd in convenanten (frequentie overleg, wiens initiatief)?</li> </ul>	- vragenlijst MEE's
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke organisaties maken deel uit van regionale netwerk van de betreffende MEE? (soort en aantal)</li> </ul>	- vragenlijst MEE's
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Worden er bepaalde organisaties (eventueel bepaalde levensterreinen of doelgroepen) gemist?</li> </ul>	- vragenlijst/interviews MEE's - analyse
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Op welke onderwerpen c.q. voor welke diensten wordt met de organisaties uit het regionale netwerk samengewerkt?</li> </ul>	- interviews MEE's
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is sprake van overlap in cliëntondersteuningsdiensten tussen MEE en andere organisaties (bv in GGZ-sector/ autisme?)</li> </ul>	- Benchmark Maatschappelijke waardering  Aanvullend: - vragenlijst/interviews MEE's - interviews samenwerkingspartners
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat zijn de sterke kanten en eventuele knelpunten van de huidige wijze van samenwerking tussen de MEE-organisaties en de samenwerkingspartners?</li> </ul>	- interviews MEE's - interviews samenwerkingspartners - interviews cliëntenvertegenwoordigers
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Worden 'good practices' geïnventariseerd en verspreid?</li> <li>- Zo ja, hoe wordt dit gedaan?</li> </ul>	- vragenlijst/interviews MEE's
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hebben MEE-organisaties zich voldoende geïdentificeerd in het veld (spin in het web)?</li> </ul>	Analyse

4. Cliëntgericht	a. Centraal stellen van behoefte cliënt/ Vraagsturing	<b>Vanuit de kant van de organisatie:</b> - Hoe is het begrip 'vraagsturing' binnen de MEE-organisatie omschreven?	- interviews MEE's
		- Heeft er binnen de MEE-organisatie (regionaal en op vestigingsniveau) discussie plaatsgevonden over de inhoud van het begrip vraagsturing?	- vragenlijst/interviews MEE's
		- Zijn instrumenten ontwikkeld om de vraag van de cliënt centraal te stellen? Zo ja, welke instrumenten zijn dit?	- vragenlijst/interviews MEE's
		- Zijn instrumenten ontwikkeld voor de vraagverduidelijking? Zo ja, welke instrumenten zijn dit?	- vragenlijst/interviews MEE's
		- Heeft scholing van consultants plaatsgevonden om vraagsturing in de praktijk vorm te geven? - Zo ja, waaruit bestond deze scholing en hoeveel consultants hebben hieraan deelgenomen?	- vragenlijst/interviews MEE's
		- Is er op andere manieren handen en voeten gegeven aan het begrip 'vraagsturing' binnen de MEE-organisatie?	- interviews MEE's
		- Wat is het verschil tussen de manier waarop de SPD-en voorheen de diensten aanboden en de manier waarop MEE zogenaamde vraaggestuurde dienstverlening biedt, zijn er concrete verschillen aan te wijzen en waartoe leiden deze verschillen?	- interviews MEE's - interviews cliëntenvertegenwoordigers - interviews samenwerkingspartners
		<b>Cliëntenraad</b> - Is inspraak van cliënten in de MEE-organisatie gewaarborgd? Zo ja, op welke wijze is dit gewaarborgd? - Is er een cliëntenraad in de MEE-organisaties? - Wordt de kwaliteit van de dienstverlening met de cliëntenraad geëvalueerd en zo ja, hoe vaak? - Welke sterke en eventueel zwakke punten zijn er in de samenwerking tussen de MEE-organisaties en de cliëntenraden?	- interviews MEE's - interview LCP
		- Wat is het oordeel van het LPC over de wijze waarop vraagsturing door de MEE-organisatie vormgegeven wordt?	- interview LPC
		<b>Vanuit de kant van de cliënt:</b> - Hebben cliënten de ervaring dat hun vraag centraal staat? - Heeft een fase van vraagverduidelijking plaatsgevonden? - Hebben de cliënten het gevoel dat de juiste vraag aan de orde is gesteld?	- benchmark Cliënttevredenheid Aanvullend: - interview LCP - interviews cliëntenvertegenwoordigers
b. Cliënttevredenheid	1) Toegang tot de ondersteuning (zie 3a) 2) Uitvoering van de ondersteuning - Bent u tevreden over de dienstverlening van MEE? - Heeft de MEE organisatie naar uw idee voldoende deskundigheid voor het ondersteunen van cliënten? - Heeft u vertrouwen in de medewerkers van MEE? - Was voor u duidelijk welk traject/welke stappen zouden worden genomen (transparantie)? - Bij een uitgebreider traject: zijn er met u schriftelijke afspraken gemaakt over de aard en inhoud van de geboden ondersteuning? - Zijn de doelen van de ondersteuning met u besproken? - Heeft u voldoende inspraak gehad in het ondersteuningstraject? - Wordt u op de hoogte gehouden van de voortgang van uw traject? - Vraagsturing (zie 4a) 3) Afsluiten en uitkomsten van het traject - Is uw hulpvraag afdoende beantwoord? - Zijn de uitkomsten van de ondersteuning met u geëvalueerd/besproken? 4) Cliënt als burger/individu - Voelt u zich vriendelijk en met respect bejegend? - Bent u voldoende serieus genomen? 5) Overgang - Wat zijn de ervaringen van cliënten met de overgang naar de SPD Nieuwe Stijl?	- benchmark Cliënttevredenheid - interviews cliëntenvertegenwoordigers	
	<b>Meten van cliënttevredenheid</b> - Wordt de cliënttevredenheid door MEE-organisaties gemeten? Zo ja, op welke manier en met welke frequentie?	- vragenlijst/interviews MEE's	
	- Hebben de cliëntenorganisaties inzicht in de tevredenheid van cliënten over de dienstverlening door de MEE-organisaties? - Welke sterke punten en verbeterpunten ontvangen zij van cliënten over de dienstverlening door de MEE-organisaties?	- interviews cliëntenvertegenwoordigers	

		- Is er bij de MEE-organisaties een klachtenregeling aanwezig? Zo ja, wat is de inhoud van deze klachtenregeling?	- vragenlijst/interviews MEE's
5. Professioneel / deskundig	a. Inhoudelijke deskundigheid	- Wordt binnen de MEE-organisaties onderscheid gemaakt tussen functionarissen voor de verschillende (nieuwe) doelgroepen? Zo ja, wat is de achterliggende reden hiervoor?	- vragenlijst/interviews MEE's
		- Wat is de opbouw van het personeelsbestand van de MEE-organisaties (opleiding/opleidingsniveau)?	- interviews MEE's
		- Is er binnen de MEE-organisaties voldoende deskundigheid voor handen voor de nieuwe taken en de nieuwe doelgroepen? - Is er binnen de MEE-organisaties voldoende vaardigheid voor handen voor de nieuwe taken en de nieuwe doelgroepen?	- Quick scan HHM Aanvullend: - interviews MEE's - interviews cliëntenvertegenwoordigers - interviews samenwerkingspartners
		- Er zijn scholingsmogelijkheden voor het personeel, in het bijzonder voor scholing t.b.v. nieuwe doelgroepen? - Zo ja, welke scholingsmogelijkheden zijn er? (bijvoorbeeld deelname aan trajecten die door MEE Nederland worden aangeboden)	- interviews MEE's + informatie MEE Nederland
		- Wordt het personeel verplicht gesteld om deze te volgen?	- vragenlijst MEE's
		- In welke mate wordt hier gebruik van gemaakt?	- interviews MEE's
		- Wordt er op andere wijze aandacht besteedt aan deskundigheidsbevordering? Zo ja, op welke wijze?	- interviews MEE's
		- Wordt er bij aanstellingsbeleid en scholing rekening gehouden met de nieuwe doelgroepen?	- vragenlijst/interviews MEE's
	b. Kwaliteitsbeleid MEE-organisaties	- Is het landelijk ontwikkeld kwaliteitssysteem, dat HKZ wordt gecertificeerd, bekend bij de MEE-organisaties? - Zo ja, gaan de MEE-organisaties dit kwaliteitssysteem implementeren? En zo ja, op welke termijn? - Zo ja, hebben de MEE-organisaties het voornemen zich HKZ te laten certificeren? - Zo ja, op welke termijn zijn zij dit van plan?	- vragenlijst MEE's
		- Op welke wijze wordt de kwaliteit van de dienstverlening door de MEE-organisatie gemeten?	- interviews MEE's
		- Is de kwaliteitsmeting door de MEE-organisaties gestandaardiseerd?	Analyse
		- Is er een gedragscode opgesteld door de MEE-organisatie en zo ja, is dit gebeurd in samenspraak met cliëntenvertegenwoordiging?	- vragenlijst MEE's - interviews cliëntenvertegenwoordigers
		- Houden de MEE-organisaties zich in de praktijk aan deze gedragscode? Hebben cliëntenvertegenwoordigers hier zicht op?	- interviews cliëntenvertegenwoordigers
		- Zijn er afspraken gemaakt met cliëntenorganisaties over meetbare kwaliteitseisen en periodiek onafhankelijk onderzoek naar de realisatie hiervan en zo ja, welke?	- vragenlijst/interviews MEE's - interviews cliëntenvertegenwoordigers - interviews zorgkantoren
6. Doelmatig	Artikel 2.5.8 1. De MEE-organisatie registreert op zorgvuldige wijze alle gegevens die naar het oordeel van het College zorgverzekeringen noodzakelijk zijn voor het verkrijgen van een goed inzicht in de gesubsidieerde taken. Bij de registratie wordt rekening gehouden met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim. 2. De MEE-organisatie bewaart de in het eerste lid bedoelde gegevens gedurende minimaal vijf jaren.	- Wordt bij de MEE-organisaties gebruik gemaakt van een registratiesysteem voor aantallen diensten en cliënten? - Zo ja, welk systeem? - Wordt dit systeem volledig ingevuld en up-to-date gehouden? - Zo ja, vanaf wanneer is zo?	- vragenlijst/interviews MEE's
		- Wordt bij de MEE-organisatie gebruik gemaakt van een tijdsregistratiesysteem? Zo ja, welk systeem? - Wordt dit registratiesysteem door alle consulenten volledig ingevuld? - Zo ja, vanaf wanneer is dit zo?	- vragenlijst/interviews MEE's - informatie MEE-Nederland MAVI set definities
		- Wordt door de MEE-organisaties uniforme registratiesystemen gebruikt? - Zo ja, worden hierbij voor taken dezelfde definities gehanteerd?	Analyse
		- Wordt er bij de registratie van gegevens rekening gehouden met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim?	- vragenlijst MEE's
		- Worden de gegevens door de MEE's opgeslagen en bewaard voor minimaal vijf jaar?	- vragenlijst MEE's
		- Vervult het zorgkantoor een adviesrol bij het opstellen van afspraken over het aantal diensten met de MEE-organisatie? Zo ja, op welke wijze geeft het zorgkantoor invulling aan deze rol?	- telefonische interviews zorgkantoren





## Bijlage 2 Enquête MEE-organisaties

### Evaluatie subsidieregeling SPD Nieuwe Stijl Vragenlijst voor de MEE-organisaties

Deze vragenlijst is ingevuld voor de MEE-organisatie: .....(naam MEE-organisatie)

Door dhr./mw.: .....

Functie: .....

#### Kwantitatieve gegevens

Toelichting: we willen u vragen de vier onderstaande vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Indien een uitsplitsing in doelgroepen niet mogelijk is, graag in de rechterkolom het totale aantal werkprocessen/diensten uitgesplitst naar werkproces/dienst invullen. De vakjes waar een kruisje in staat hoeft u niet in te vullen.

1. Hoeveel unieke cliënten per doelgroep zijn bij uw MEE-organisatie ingeschreven geweest in 2003, 2004 en 2005?

Doelgroep	Aantal cliënten in 2003	Aantal cliënten in 2004	Aantal cliënten in 2005
Verstandelijk gehandicapten			
Lichamelijk gehandicapten			
Zintuiglijk gehandicapten	X	X	
Mensen met een beperking in het autistisch spectrum	X	X	
Totaal			

#### Gegevens over 2004

2. Hoeveel werkprocessen zijn er, uitgesplitst naar doelgroep, gerealiseerd in het jaar 2004?

Doelgroep	LG	VG	Overig	Totaal
<b>Werkprocessen</b>				
Werkproces A				
Werkproces B				
Werkproces C				
Werkproces D				
Werkproces E				
Totaal				

### Gegevens over 2005

3. Hoeveel collectieve diensten zijn er in het jaar 2005 door uw MEE-organisatie gerealiseerd, uitgesplitst naar doelgroep (in fte)?

<b>Collectieve taak (output in fte)</b>	Informatievoorziening en voorlichting	Signalering	Opbouwen en onder- houden sociale kaart en relevante netwer- ken	Totale Output 2005 (fte)
<b>Doelgroep</b>				
Lichamelijk gehandicapten				
Verstandelijk gehandicapten				
Zintuiglijk gehandicapten				
Mensen met een beperking in het autistisch spectrum				
Totaal				

4. Hoeveel individuele diensten zijn er door uw MEE-organisatie gerealiseerd in het jaar 2005?

<b>Doelgroep</b>	VG	LG	ZG	Beperking au- tistisch spec- trum	Totaal
<b>Dienst</b>					
Dienst A					
Dienst B1					
Dienst B2					
Dienst B3					
Dienst B4					
Dienst B5					
Dienst C					
Dienst D					
Dienst E					
Totaal					

## Kwalitatieve gegevens

### A Ontwikkeling takenpakket

#### Collectieve taken

5. Is de 'handreiking MEE collectieve taken' bekend bij uw MEE-organisatie?
- ja
  - nee → **ga naar vraag 7**
6. Wordt hiervan door uw MEE-organisatie gebruik gemaakt bij de ontwikkeling en uitvoering van de collectieve taken?
- ja
  - nee

#### Individuele taken

7. Is de kalender MEE diensten 2005 bekend bij uw MEE-organisatie?
- ja
  - nee → **ga naar vraag 9**
8. Wordt de kalender MEE diensten door uw MEE-organisatie gebruikt bij de ontwikkeling en uitvoering van de individuele diensten?
- ja
  - nee
9. Is er sprake van terugkerende cliënten die met verschillende hulpvragen kortcyclische ondersteuning afnemen?
- ja
  - nee

#### Project integrale vroeghulp

10. Voert uw MEE-organisatie een project integrale vroeghulp uit?
- ja
  - nee → **ga naar vraag 13**
12. Ontvangt uw MEE-organisatie subsidie voor de coördinatie van het project integrale vroeghulp?
- ja
  - nee

### B Onafhankelijkheid/ontvlechting

13. Is er een bestuurlijke eenheid tussen uw MEE organisatie en een zorgverzekeraar of een AWBZ-aanbieder?
- ja
  - nee
14. Is er een fysieke eenheid (zelfde gebouw) tussen uw MEE-organisatie en een zorgverzekeraar of een AWBZ-aanbieder?
- ja
  - nee

15. Is er een professionele eenheid (gedeeld personeel) tussen uw MEE-organisatie en een zorgverzekeraar of een AWBZ-aanbieder?
- ja  
 nee
16. Heeft uw MEE-organisatie al haar geïndiceerde zorgtaken overgeheveld naar zorgaanbieders?
- ja  
 nee
17. Is door uw MEE-organisatie de zorg voor alle cliënten met geïndiceerde zorgtaken overgedragen?
- ja  
 nee
18. Hebben de zorgaanbieders in uw regio alle cliëntondersteuningstaken overgeheveld naar uw MEE-organisatie?
- ja  
 nee  
 weet niet

C Laagdrempeligheid/toegankelijkheid
--------------------------------------

19. Wat zijn de openingstijden van uw MEE-organisatie?
- .....dagen per week  
.....uren per dag
20. Op welke tijden is uw MEE-organisatie telefonisch bereikbaar?
- .....dagen per week  
.....uren per dag
21. Zijn er in uw MEE-organisatie voorzieningen getroffen voor ondersteuning in crisissituaties?
- nee  
 ja, namelijk.....
22. Heeft uw MEE-organisatie een eigen website?
- ja  
 nee → **ga naar vraag 24**
23. Is de website van uw MEE-organisatie aangepast op visueel gehandicapten?
- ja  
 nee
24. Is het gebouw van uw MEE-organisatie voor alle doelgroepen fysiek (goed) bereikbaar en toegankelijk?
- Ja → **ga naar vraag 26**  
 Nee

25. Voor welke doelgroepen is het gebouw van uw MEE-organisatie fysiek niet (goed) bereikbaar en toegankelijk?  
 .....  
 .....  
 .....
26. Worden door de consultants van uw MEE-organisatie huisbezoeken afgelegd indien nodig of gewenst door de cliënt?  
 ja  
 nee
27. Is er sprake van een wachtlijst voor cliënten?  
 ja  
 nee → **ga naar vraag 30**
28. Is er sprake van een wachtlijst specifiek voor bepaalde doelgroepen?  
 Ja  
 Nee → **ga naar vraag 30**
29. Voor welke doelgroepen is er sprake van een wachtlijst?  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
30. Wat is de gemiddelde wachttijd voor nieuwe cliënten tot aan het eerste gesprek?  
 .....(kalender)dagen
31. Heeft uw MEE-organisatie meerdere vestigingen?  
 Ja  
 Nee → **ga naar vraag 33**
32. Welke vestigingen zijn dit? (naam vestiging, plaatsnaam)  
 .....  
 .....  
 .....
33. Kan iedereen, zonder indicatie, bij uw MEE organisatie terecht voor advies, informatie en ondersteuning?  
 Ja  
 Nee
34. Is het voor cliënten mogelijk gebruik te maken van de dienstverlening van een MEE-organisatie buiten de eigen regio?  
 Ja  
 Nee
35. Is het voor cliënten mogelijk over te stappen naar een andere hulpverlener binnen uw MEE-organisatie?  
 Ja  
 Nee

36. Wordt de vertrouwelijkheid van de gegevens van de cliënt door uw MEE-organisatie gewaarborgd (Wet Bescherming Persoonsgegevens)?
- Ja
  - Nee
37. Is er bij uw MEE-organisatie een sociale kaart aanwezig?
- Ja
  - Nee
38. Is er samenwerking tussen uw MEE-organisatie en andere organisaties (zorginstellingen, gemeenten, cliëntorganisaties, etc.) in uw werkgebied?
- Ja
  - Nee → ga naar vraag 42
39. Wilt u in de onderstaande tabel aangeven met hoeveel organisaties van ieder type u samenwerkt? Indien u met een bepaald type organisatie niet samenwerkt, vult u dan het getal 0 in.

Samenwerkingspartner	aantal
Zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking	
Zorginstelling voor mensen met een lichamelijke beperking	
Zorginstelling voor mensen met een zintuiglijke beperking	
Zorginstelling voor mensen met een beperking in het autistisch spectrum	
Gemeente	
CIZ	
Zorgkantoor	
Cliëntenorganisatie	
Bureau Jeugdzorg	
Woningcorporatie	
Onderwijsinstelling	
Organisatie voor kinderopvang	
Organisatie gericht op arbeid en/of dagbesteding	
Welzijnsinstelling	
Thuiszorg	

40. Ten behoeve van de evaluatie willen we een aantal telefonische interviews houden met organisaties uit het regionale netwerk van uw MEE-organisatie. Wilt u hieronder vijf organisaties (met contactpersoon en telefoonnummer) noemen met wie u samenwerkt. Bij voorkeur met variatie in levensterreinen, doelgroepen en intensiteit van de samenwerking.

	Naam organisatie	Naam contactpersoon	Telefoonnummer
1			
2			
3			
4			
5			

41. Is de samenwerking met deze vijf samenwerkingspartners vastgelegd in convenanten?
- Ja, met alle vijf van deze organisaties is de samenwerking vastgelegd in een convenant
  - Ja, met een gedeelte van deze vijf organisaties is de samenwerking vastgelegd in een convenant
  - Nee, met geen van de organisaties is de samenwerking vastgelegd in een convenant

42. Zijn er in het werkgebied van uw MEE-organisatie andere organisaties die eveneens cliënt-ondersteuning aanbieden aan de doelgroepen van de MEE?
- Ja
  - Nee
43. Worden door uw MEE-organisatie 'good practices' geïnventariseerd en verspreid?
- Ja
  - Nee

D Cliëntgericht
-----------------

44. Heeft er binnen uw MEE-organisatie discussie plaatsgevonden over de inhoud van het begrip vraagsturing?
- Ja
  - Nee
45. Zijn door uw MEE-organisatie instrumenten ontwikkeld om de vraag van de cliënt centraal te stellen?
- Ja
  - Nee
46. Zijn door uw MEE-organisatie instrumenten ontwikkeld voor vraagverduidelijking?
- Ja
  - Nee
47. Worden consulenten van uw MEE-organisatie geschoold om vraaggestuurd te werken?
- Ja
  - Nee
48. Is er op andere dan bovenstaande manieren handen en voeten gegeven aan het begrip 'vraagsturing' binnen uw MEE-organisatie?
- Ja, namelijk.....
  - Nee
49. Beschikt uw MEE-organisatie over een cliëntenraad?
- Ja
  - Nee
50. Wordt de kwaliteit van de dienstverlening door uw MEE-organisatie met de cliëntenraad geëvalueerd?
- Ja
  - Nee → ga naar vraag 52
51. Met welke frequentie gebeurt dit? ... keer per jaar/....keer per maand
52. Zijn er andere manieren, buiten een cliëntenraad, waarop de inspraak van cliënten bij uw MEE-organisatie is gewaarborgd?
- Ja, namelijk.....
  - Nee



53. Wordt de cliënttevredenheid door uw MEE-organisatie gemeten?
- Ja
  - Nee → **ga naar 55**
54. Met welke frequentie wordt de cliënttevredenheid door uw MEE-organisatie gemeten?  
....keer per jaar
55. Is er bij uw MEE-organisatie een klachtenregeling aanwezig?
- Ja
  - Nee

E Professioneel/deskundig
---------------------------

56. Worden binnen uw organisatie de verschillende doelgroepen van de MEE bediend door verschillende functionarissen met specifieke kennis van de doelgroep?
- Ja
  - Nee
57. Zijn er voor het personeel scholingsmogelijkheden gericht op de nieuwe doelgroepen (zintuiglijk gehandicapten en mensen met een beperking in het autistisch spectrum)?
- Ja
  - Nee → **ga naar vraag 59**
58. Is het personeel verplicht deze scholing te volgen?
- Ja
  - Nee
59. Wordt bij het aanstellingsbeleid door uw MEE-organisatie rekening gehouden met de nieuwe doelgroepen(zintuiglijk gehandicapten en mensen met een beperking in het autistisch spectrum)?
- Ja
  - Nee
60. Is het landelijk ontwikkeld kwaliteitssysteem, dat HKZ wordt gecertificeerd, bekend bij uw MEE-organisatie?
- Ja
  - Nee → **ga naar vraag 63**
61. Gaat uw MEE-organisatie dit kwaliteitssysteem implementeren?
- Ja
  - Nee → **ga naar vraag 63**
62. Heeft uw MEE-organisatie het voornemen zich HKZ te laten certificeren?
- Ja
  - Nee
63. Is er door de MEE-organisatie een gedragscode opgesteld?
- Ja
  - Nee → **ga naar vraag 65**

64. Is de gedragscode opgesteld in samenspraak met cliëntenvertegenwoordigers?
- Ja
  - Nee
65. Zijn er afspraken gemaakt met cliëntenvertegenwoordigers over meetbare kwaliteitseisen?
- Ja
  - Nee → **ga naar vraag 67**
66. Zijn er afspraken gemaakt met cliëntenvertegenwoordigers over periodiek onafhankelijk onderzoek naar de realisatie van deze kwaliteitseisen?
- Ja
  - Nee

F Doelmatig
-------------

67. Wordt bij uw MEE-organisatie gebruik gemaakt van een registratiesysteem voor aantallen cliënten?
- Ja
  - Nee
68. Wordt er bij de registratie van gegevens door uw MEE-organisatie rekening gehouden met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim?
- Ja
  - Nee
69. Worden de gegevens door uw MEE-organisatie opgeslagen en bewaard voor minimaal vijf jaar?
- Ja
  - Nee

***Einde van de vragenlijst***



## **Bijlage 3 Gesprekspartners**

### **Cliëntorganisaties**

CG Raad

Federatie Slechtzienden- en Blindenbelang

Federatie van Ouderverenigingen (FvO)

Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)

Onderling Sterk

### **Overig**

LPC MEE (Landelijk Platform Cliëntenraden MEE)

MEE Nederland

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Research voor Beleid  
Schipholweg 13 - 15  
Postbus 985  
2300 AZ Leiden  
telefoon: (071) 5253737  
telefax: (071) 5253702  
e-mail: [rvb@rvbh.nl](mailto:rvb@rvbh.nl)  
[www.researchvoorbeleid.nl](http://www.researchvoorbeleid.nl)



Schipholweg 13 - 15  
Postbus 985  
2300 AZ Leiden  
telefoon: (071) 525 37 37  
telefax: (071) 525 37 02  
email: [rvb@rvbh.nl](mailto:rvb@rvbh.nl)  
[www.researchvoorbeleid.nl](http://www.researchvoorbeleid.nl)