



**HOEKSM, HOMANS & MENTING**  
ORGANISATIEADVISEURS BV

THERMEN 1  
POSTBUS 262  
7500 AG ENSCHEDE  
TELEFOON (053) 433 05 48  
FAX (053) 435 49 50  
INFO@HHM.NL  
WWW.HHM.NL  
KVK 08120363

## **Eindrapportage**

### **Kinderen en jeugdigen in de ZP-systematiek (GZ)**

Enschede, mei 2009  
HW/09/1393/imzkj

dr. P.G.M. Jansen  
mw. drs. M.L. Pansier-Mast  
mw. ir. H. van der Werf

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1. Inleiding .....	4
1.1 Aanleiding .....	4
1.2 Doelstelling .....	4
1.3 Opbouw rapportage .....	5
2. Aanpak van het onderzoek .....	6
2.1 Vaststellen inhoudelijke uitgangspunten (stap 1.1) .....	6
2.2 Gegevensverzameling (stap 1.3) .....	8
2.3 Dataverwerking en-rapportage (stap 1.4) .....	9
3. Resultaten woonzorg .....	10
3.1 Respons .....	10
3.2 Algemene gegevens.....	11
3.3 Inzet woonzorgformatie (FTE huidig/FTE op basis van ZZP) .....	16
3.4 Inzet woonzorgformatie (volwassenen/kinderen en jeugdigen).....	18
3.5 Inzet woonzorgformatie (disciplinemix) .....	18
4. Resultaten behandeling.....	20
4.1 Verstandelijk gehandicapt .....	21
4.2 Lichamelijk gehandicapt .....	22
4.3 Zintuiglijk gehandicapt.....	23
5. Conclusie .....	25
 <b>BIJLAGEN</b>	
Bijlage 1. Verschil inzet netto formatie per subsector .....	27
Bijlage 2. Verschil disciplinemix per subsector .....	29
Bijlage 3. Omschrijving behandeling.....	32

## Samenvatting

Met de komst van de zorgzwaartebekostiging krijgen zorgaanbieders voor AWBZ-verblijf een budget op basis van de zorgzwaarte van de cliënten. De zorgzwaarte wordt uitgedrukt in termen van een zorgzwaartepakket (ZZP). In de kerngroep GZ van 16 oktober 2008 is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aangegeven dat men zich zorgen maakt over de passendheid van de ZZP-systematiek voor kinderen en jeugdigen. Het ontwikkelingsgerichte karakter van de begeleiding, de opvoedingsaspecten en de contacten met het cliëntensysteem vergen veel tijd bij kinderen en jeugdigen. Deze tijd zou onvoldoende terugkomen in de ZZP's. Het Ministerie van VWS heeft de VGN gevraagd om in samenwerking met bureau HHM een onderzoek uit te voeren dat een beeld oplevert van de mate waarin binnen de gehandicaptenzorg qua tijdbesteding een verschil bestaat tussen kinderen, jeugdigen en volwassenen.

Een ZZP is opgedeeld in drie componenten: woonzorg, dagbesteding en behandeling.

Voor de dagbesteding is door de NZa een toeslag voor kinderen geïntroduceerd, waardoor deze component in dit onderzoek buiten beschouwing wordt gelaten.

Ten aanzien van de component woonzorg is voorliggend onderzoek uitgevoerd. Uit het onderzoek blijkt dat voor kinderen en jeugdigen *gemiddeld* 19% meer formatie wordt ingezet dan voor volwassenen. Dit verschil wordt groter naarmate de leeftijd van de cliënt  $\leq 23$  jaar afneemt. Daarnaast komt tussen de verschillende settingen een variatie naar voren. De formatie die *gemiddeld* wordt ingezet voor kinderen en jeugdigen is vrijwel gelijk aan de inzet van formatie die te verwachten zou zijn op basis van de ZZP's. Voor volwassenen daarentegen zou op basis van de ZZP's gemiddeld meer kunnen worden ingezet dan nu wordt gedaan.

Ten aanzien van de component behandeling worden conclusies getrokken op basis van de resultaten van het tijdbestedingsonderzoek 'behandelaars in de gehandicaptenzorg' (HW/09/1341). Uit dit onderzoek blijkt dat voor kinderen en jeugdigen over het algemeen (met uitzondering van de setting LG-(k)gvt) meer behandeling wordt ingezet dan voor volwassenen. Tussen de verschillende settingen bestaat de volgende variatie: VG-intra *gemiddeld* + 80%, VG- (k)gvt *gemiddeld* +100%, LG-intra *gemiddeld* +18%, ZG-intra *gemiddeld* +40%. Ook binnen de settingen komt een variatie naar voren: afhankelijk van het ZZP en/of de leeftijd van de cliënt zijn de verschillen groter of kleiner dan het gemiddelde. Uit de tijdregistratie blijkt dat voor volwassenen bij de meeste ZZP's in de huidige situatie minder behandeling wordt geleverd dan nu in de ZZP's is opgenomen. Voor kinderen/jeugdigen wordt bij een aantal ZZP's meer behandeling geleverd dan nu in de ZZP's is opgenomen.

De inzet aan woonzorgformatie en behandelingsduur zijn gebaseerd op de huidige begroting en inkomsten. Er is dus geen inzicht verkregen in de inzet aan woonzorgformatie en behandelingsduur die gewenst/noodzakelijk is voor de zorgvraag van de cliënt.

## **1. Inleiding**

### **1.1 Aanleiding**

In oktober 2007 is door bureau HHM een onderzoek uitgevoerd naar de passendheid van de ZZP-systematiek voor kinderen en jeugdigen (kenmerk MK/07/2839). Hieruit kwam naar voren dat in de subsector VG - met name bij de kgvt's - de uren in de zorgzwaartepakketten (ZZP's) leiden tot een formatie die lager is dan de huidige formatie. Daarnaast kwam ook naar voren dat de indicatieve tarieven meer financiële ruimte bieden dan de huidige bekostigingsparameters.

In de kerngroep GZ van 16 oktober 2008 is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aangegeven, dat een aantal aanbieders zich zorgen maakt over de passendheid van de ZZP-systematiek voor kinderen en jeugdigen. De passendheid valt uiteen in drie onderdelen:

1. De toeleiding naar het zorgzwaartepakket.
2. Het zorgzwaartepakket (samenstelling/omvang).
3. De tarifiering.

De zorgen van de aanbieders betreffen met name onderdeel twee. Het ontwikkelingsgerichte karakter van de begeleiding, de opvoedingsaspecten en de contacten met het cliëntensysteem vergen bij kinderen en jeugdigen veel tijd. Deze tijd zou onvoldoende terugkomen in de omvang van de componenten woonzorg en dagbesteding in de ZZP's.

Het Ministerie van VWS heeft de VGN gevraagd om - in samenwerking met bureau HHM - gegevens te verzamelen voor een inventariserend onderzoek naar de passendheid van de zorgzwaartepakketten voor kinderen en jeugdigen.

### **1.2 Doelstelling**

Het onderzoek dient een beeld op te leveren van de mate waarin binnen de gehandicaptenzorg qua tijdbesteding een verschil is tussen kinderen/jeugdigen en volwassenen. Tevens wordt gekeken in hoeverre dit verschil wordt veroorzaakt door zorgzwaarte en/of andere factoren zoals opvoeding, ontwikkeling en de contacten met het cliëntensysteem.

Een ZZP is opgedeeld in drie componenten: woonzorg, dagbesteding en behandeling. Dit onderzoek richt zich expliciet op de component woonzorg. Voor de dagbesteding in de gehandicaptenzorg is door de NZa een (door de staatssecretaris goedgekeurde) toeslag voor kinderen geïntroduceerd, waardoor deze component in dit onderzoek buiten beschouwing wordt gelaten. Voor de component behandeling worden conclusies getrokken op basis van de resultaten van het tijdbestedingsonderzoek 'behandelaars in de gehandicaptenzorg', dat gedurende dezelfde periode is uitgevoerd.

### **1.3 Opbouw rapportage**

Alvorens in te gaan op de resultaten van het onderzoek wordt in hoofdstuk 2 beschreven hoe het onderzoek is opgezet en welke inhoudelijke uitgangspunten zijn gehanteerd. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 4 zijn de gegevens opgenomen die het tijdbestedingsonderzoek behandelaars gehandicaptenzorg heeft opgeleverd (HW/09/1341). De rapportage wordt in hoofdstuk 5 afgesloten met een conclusie.

## 2. Aanpak van het onderzoek

In het onderzoek is nagegaan of er qua tijdbesteding een verschil bestaat tussen de zorginzet voor kinderen, jeugdigen en (jong-)volwassenen. In het onderzoek zijn de volgende stappen gezet:

- Stap 1.1: Vaststellen inhoudelijke uitgangspunten.
- Stap 1.2: Werving deelnemers.
- Stap 1.3: Gegevensverzameling.
- Stap 1.4: Dataverwerking en tussenrapportage.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de stappen 1.1, 1.3 en 1.4 toegelicht.

### 2.1 Vaststellen inhoudelijke uitgangspunten (stap 1.1)

Het onderzoek is gestart met het samenstellen van een expertteam. Het expertteam bestond uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders, de VGN en bureau HHM. Tijdens de eerste expertbijeenkomst zijn de inhoudelijke uitgangspunten voor het onderzoek bepaald. Deze uitgangspunten worden hieronder kort beschreven.

#### DOELGROEP ONDERZOEK

De doelgroep van dit onderzoek zijn instellingen die zorg met verblijf leveren in de volgende subsectoren van de Gehandicaptenzorg: verstandelijk gehandicapt (VG), lichamelijk gehandicapt (LG) en zintuiglijk gehandicapt (ZG). Deze instellingen hebben woonzorgafdelingen (*of woongroepen/leefeenheden*) waar:

- cliënten ouder dan 23 jaar (volwassenen) verblijven *en/of*
- cliënten van 23 jaar en jonger verblijven. Waar mogelijk dient deze laatste groep nader opgesplitst te worden in woonzorgafdelingen waar:
  - cliënten van 0 tot en met 11 jaar (kinderen) verblijven;
  - cliënten van 12 tot en met 17 jaar (jeugdigen) verblijven;
  - cliënten van 18 tot en met 23 jaar (jongvolwassenen) verblijven.

De deelnemers aan het onderzoek is verzocht gegevens aan te leveren van woonzorgafdelingen die zo homogeen mogelijk zijn wat betreft de leeftijds-categorie.

#### INTRAMURALE CLIËNTEN

Intramurale cliënten zijn alle cliënten die vier of meer etmalen per week gebruik maken van AWBZ-verblijf. Dit kunnen cliënten zijn die:

- een verblijfsindicatie in termen van ZPP's hebben;
- een geldige verblijfsindicatie in termen van functies/klassen hebben;
- nog geen indicatie hebben en onderdeel uitmaken van het non-indicatie-traject.

#### OMSCHRIJVING WOONZORGFORMATIE

Het gaat in het onderzoek om de formatie die wordt ingezet voor intramurale cliënten. Meer specifiek gaat het om de formatie van het woonzorgteam, inclusief de inzet van nachtdienst (indien van toepassing). Het woonzorgteam

bestaat uit medewerkers die de zorg (persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en begeleiding (BG-ind)) leveren aan de woongroep. Dit kunnen zowel medewerkers met uitvoerende functies als meewerkend leidinggevend zijn. Tot het woonzorgteam behoren bijvoorbeeld de volgende medewerkers:

- begeleiders;
- helpenden;
- verzorgenden;
- verpleegkundigen;
- leerlingen/stagiaires met een leer-/arbeidsovereenkomst.

Hiertoe behoren ook de leidinggevenden voor het deel dat zij betrokken zijn bij de zorglevering aan de intramurale cliënten op de afdeling. Ook eventuele externe medewerkers die ten laste van de AWBZ worden ingehuurd, zijn hierin meegenomen.

Niet tot het woonzorgteam behoren medewerkers die betrokken zijn bij de levering van de functie verblijf (waaronder de huishoudelijke verzorging), de dagbesteding (BG-groep) en behandeling (BH). Voorbeelden van dergelijke groepen medewerkers zijn:

- activiteitenbegeleiders;
- behandelaars (medici en paramedici);
- huishoudelijk medewerkers (bijvoorbeeld schoonmaakpersoneel);
- keukenpersoneel;
- facilitaire dienst;
- welzijnsmedewerkers;
- geestelijk verzorgers.

Buiten de formatie van het woonzorgteam vallen niet-betaalde medewerkers of gesubsidieerde banen (niet gefinancierd vanuit de AWBZ). Voorbeelden zijn:

- vrijwilligers (bijvoorbeeld gastvrouw/-heer);
- werk op arbeidstherapeutische basis;
- leerlingen/stagiaires zonder arbeidsovereenkomst (boventallig)<sup>1</sup>.

Aandachtspunten:

- Onder 1 FTE wordt 36 uren verstaan. Indien iemand een dienstverband van 40 uren heeft, gaat het dus om  $40/36 = 1,11$  FTE.
- Het gaat om de bruto FTE, de formatie is dus niet gecorrigeerd voor feestdagen et cetera.
- Ziekte: medewerkers die tijdelijk of langdurig ziek zijn, zijn wel meegenomen in de formatie. Indien een extra medewerker is aangetrokken ter vervanging van een zieke medewerker, is deze extra medewerker niet meegenomen in de formatie.
- Zwangerschapsverlof: Medewerkers die met zwangerschapsverlof zijn, zijn wel meegenomen in de formatieberekening. Indien een extra medewerker is

---

<sup>1</sup> Onder stagiaires worden hier verstaan: diegenen, die een opleiding volgen aan scholen of universiteiten, waarbij zij gedurende (een) bepaalde periode(n) praktijkervaring moeten opdoen ten behoeve van hun opleiding en als zodanig niet onder de regelingen van het (minimum-)jeugdloon vallen. Bron: NZi-rekeningschema 1995 voor gezondheidszorginstellingen en verzorgingshuizen. Hieronder behoren ook de stagiaires die worden getypeerd als BOL (beroepsopleidende leerweg).

aangetrokken ter vervanging van een met verlof zijnde medewerker, is deze extra medewerker niet meegenomen in de formatie.

- Vacatures: Openstaande vacatures zijn wel meegenomen in de formatie. Indien een medewerker tijdelijk is aangetrokken om een openstaande vacature (gedeeltelijk) op te vullen, is deze medewerker niet meegenomen in de formatie.
- Nachtdienst: ook de inzet van nachtdienst valt onder woonzorg. De nachtdienst is meegenomen conform de afspraken in de CAO. Indien de nachtdienst centraal is georganiseerd, is deze zo goed mogelijk over de specifieke woonzorgafdelingen/woongroepen/leefeenheden verdeeld.

## 2.2 Gegevensverzameling (stap 1.3)

Voor de gegevensverzameling is gebruik gemaakt van een Excel-format. In dit format zijn door de deelnemende instellingen instellingsgegevens, afdelingsgegevens en cliëntgegevens in kaart gebracht.

Per **afdeling** zijn de volgende gegevens in kaart gebracht:

- naam afdeling;
- aantal intramurale cliënten per leeftijdscategorie;
- organisatie nachtdienst;
- bruto FTE woonzorg (per FWG-schaal)<sup>2</sup>;
- netto werkbare uren per jaar.

Voor de op de afdelingen verblijvende **cliënten** zijn de volgende gegevens in kaart gebracht:

- geboortedatum;
- ZPP;
- indicatie dagbesteding;
- dagdelen dagbesteding op de woongroep;
- dagdelen dagbesteding buiten de woongroep;
- dagdelen werk;
- dagdelen school;
- aanwezigheid;
- toeslag extreme zorgbehoefte;
- toeslag observatie;
- toeslag MFC;
- toeslag ademhalingsondersteuning;
- setting.

Voor het invoeren van de gegevens is een peilmaand gehanteerd. Als peilmaand is de meest recente maand, februari 2009, gekozen. Dit is een maand van 28 dagen met daarin één vakantieweek. Omdat een jaar circa twaalf vakantieweken telt is een maand met daarin één week vakantie een representatieve maand.

---

<sup>2</sup> De formatiegegevens zijn op afdelingsniveau opgevraagd omdat het voor instellingen niet mogelijk bleek te zijn om de inzet aan formatie op cliëntniveau aan te leveren.

Voor een verdere toelichting op het invullen van het format wordt verwezen naar de notitie "Toelichting gegevensverzameling onderzoek kinderen en jeugdigen in de ZP-systematiek HW/09/0609".

### **2.3 Dataverwerking en-rapportage (stap 1.4)**

De aangeleverde gegevens zijn door de onderzoekers verzameld, geordend en vertaald naar hanteerbare gegevens voor analyses. De uitkomsten van de analyses zijn verwerkt in hoofdstuk 3 van voorliggende rapportage.

Aanvankelijk was het de bedoeling om op basis van deze uitkomsten een nader onderzoek te doen naar de factoren die ten grondslag liggen aan een verschil in inzet aan woonzorgformatie voor kinderen, jeugdigen en (jong)volwassenen. Door het expertteam is aangegeven dat deze factoren reeds bekend zijn bij de VGN. Omdat volgens het expertteam nader onderzoek geen aanvullende factoren zal opleveren is er vooralsnog besloten geen aanvullend onderzoek uit te voeren.

### 3. Resultaten woonzorg

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven.

De gegevens, die zijn verzameld zoals omschreven in hoofdstuk 2.2, hebben hiervoor als uitgangspunt gediend. Voor het verzamelen van de gegevens is de peilmaand februari 2009 gehanteerd.

#### 3.1 Respons

42 instellingen hebben zich aangemeld voor deelname aan het onderzoek. Van 32 instellingen is een volledig ingevuld format retour ontvangen. Door deze 32 instellingen zijn van 145 afdelingen gegevens aangeleverd. Van 128 afdelingen zijn de gegevens meegenomen in de analyses. De overige 17 afdelingen zijn niet meegenomen omdat:

- De afdeling cliënten van zeer verschillende leeftijdscategorieën bevatte. Een afdeling diende een meerderheid<sup>3</sup> van cliënten ouder dan 23 jaar *of* een meerderheid van cliënten van 23 jaar of jonger te bevatten.
- De afdeling niet behoorde tot de subsectoren verstandelijk gehandicapt (VG), lichamelijk gehandicapt (LG) of zintuiglijk gehandicapt (ZG).
- De opgegeven inzet aan Bruto FTE woonzorg extreme (minimale/maximale) waarden bevatte.

Setting	Aantal afdelingen		Aantal cliënten		N referentie <sup>4</sup>	
	N	%	N onderzoek	%	N referentie <sup>4</sup>	%
VG intra	72	56%	919	50%	42.278	66%
VG (k)gvt	23	18%	582	32%	17.758	28%
LG (k)gvt	25	19%	291	16%	2839	45%
ZGvis intra	2	2%	32	18%	868	14%
Overig	6	5%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
<b>Totaal</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>1.824</b>	<b>100%</b>	<b>63.743</b>	<b>100%</b>

Tabel 1. Verdeling afdelingen over subsectoren.

Uit tabel 1 blijkt dat voor LG intra, ZGaud intra en ZGvis gvt geen respons is verkregen. Om een vergelijking mogelijk te maken tussen kinderen, jeugdigen en volwassenen zijn de kindergezinsvervangende tehuizen (kgvt's) en de gezinsvervangende tehuizen (gvt's) samengenomen. Onder 'Overig' vallen afdelingen waaraan geen eenduidige combinatie van subsector en setting is toe te wijzen.

In tabel 2 is weergegeven hoe de cliënten zijn verdeeld over de leeftijdscategorieën. Hierbij worden eerst de twee hoofdcategorieën (>23 en ≤23) getoond. Daarnaast bevat de tabel een uitsplitsing van de categorie ≤23 jaar in

<sup>3</sup> Meerderheid = 90% van de cliënten. Wanneer de leeftijd van cliënten rondom de betreffende leeftijdsgrens lag, werd dit percentage iets soepeler gehanteerd.

<sup>4</sup> Resultaten landelijke ZPZ-score november 2006 – januari 2007, MK/07/1429.

drie subcategorieën: 0-11, 12-17 en 18-23 jaar. Deze indeling wordt waar mogelijk ook in de verdere rapportage gehanteerd.

Leeftijd	VG intra		VG (k)gvt		LG (k)gvt		ZGvis intra		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
> 23	509	55,4%	380	65,3%	68	23,4%	15	46,9%	972	53,3%
≤ 23	410	44,6%	202	34,7%	223	76,6%	17	53,1%	852	46,7%
0-11	73	7,9%	38	6,5%	33	11,3%	0	0%	144	7,9%
12-17	204	22,2%	110	18,9%	85	29,2%	10	31,2%	409	22,4%
18-23	133	14,5%	54	9,3%	105	36,1%	7	21,9%	299	16,4%
<b>Totaal onderzoek</b>	<b>919</b>	<b>100%</b>	<b>582</b>	<b>100%</b>	<b>291</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>1.824</b>	<b>100%</b>

Tabel 2. Verdeling cliënten over leeftijdscategorieën.

Het aantal cliënten per leeftijdscategorie in ZGvis intra is dermate laag dat aan de gegevens uit deze sector geen betrouwbare conclusies kunnen worden verbonden. Volledigheidshalve zijn de gegevens van deze sector wel opgenomen in deze rapportage.

### 3.2 Algemene gegevens

Naast formatiegegevens zijn enkele algemene gegevens opgevraagd die van invloed kunnen zijn op de formatie die wordt ingezet. Op basis van deze gegevens wordt in deze paragraaf een nadere omschrijving gegeven van de afdelingen en de cliëntpopulatie.

#### AFDELINGEN

Het blijkt dat op meerdere afdelingen een mengvorm van leeftijdscategorieën voorkomt. Van de 128 afdelingen die zijn meegenomen in de analyses kunnen 38 afdelingen worden toegewezen aan de categorie >23 jaar en 90 afdelingen aan de categorie ≤ 23. Van deze 90 afdelingen zijn 33 afdelingen nader onder te verdelen in drie subcategorieën:

- 7 afdelingen waar alleen cliënten van 0-11 verblijven;
- 13 afdelingen waar alleen cliënten van 12-17 verblijven;
- 13 afdelingen waar alleen cliënten van 18-23 verblijven.

Op de overige afdelingen verblijven twee of drie verschillende leeftijdscategorieën kinderen/jeugdigen door elkaar.

Wat opvalt, is dat afdelingen voor kinderen/jeugdigen kleiner zijn dan die voor volwassenen. De gemiddelde omvang van een volwassenenafdeling is 27. De gemiddelde omvang van een afdeling voor kinderen/jeugdigen is 9. De afdelingen waarvan gegevens zijn aangeleverd hoeven echter niet altijd een woongroep te zijn. Het kan ook om twee woongroepen gaan met een gezamenlijk woonzorgteam. Omdat voor een afdeling een bepaalde basisinzet aan formatie is vereist, zou het kunnen dat op kleinere afdelingen verhoudingsgewijs meer formatie wordt ingezet.

### CLIËNTEN – GEMIDDELDE AANWEZIGHEID

De deelnemers is gevraagd aan te geven hoeveel dagen de cliënten in de peilmaand (februari 2009) aanwezig waren. In tabel 3 is de aanwezigheid per leeftijdscategorie weergegeven.

Aanwezigheid	> 23	≤ 23	0-11	12-17	18-23	Totaal
Minimum	5	4	8	4	5	4
Gemiddeld	28	25	27	25	25	27
Maximum	28	28	28	28	28	28

Tabel 3. Gemiddelde aanwezigheid per cliënt

Bij cliënten > 23 jaar was in de peilmaand (februari 2009) geen sprake van structurele afwezigheid, zij waren volledig aanwezig (gemiddeld 28 dagen). Cliënten ≤ 23 jaar waren gemiddeld 25 dagen aanwezig. In verband met afwezigheid tijdens weekenden, vakantie en/of ziekte is het mogelijk dat de aanwezigheid van een cliënt (aanzienlijk) onder het gemiddelde ligt.

Het betreft hier geen aanwezigheid waarop de inzet aan formatie is afgestemd. Instellingen geven aan de inzet in formatie in de praktijk niet te kunnen corrigeren voor structurele afwezigheid. Dit omdat niet alle cliënten gelijktijdig afwezig zijn en er achterwacht is vereist voor cliënten die onverwacht terugkomen (bijvoorbeeld door ziekte) en/of voor het cliëntensysteem.

### CLIËNTEN – DAGBESTEDING/SCHOOL/WERK

De deelnemers is gevraagd aan te geven hoeveel dagdelen de cliënten tijdens een gemiddelde week naar dagbesteding<sup>5</sup>, school of werk gaan. Dit is weergegeven in tabel 4. In de kolom "Totaal" wordt het gemiddeld aantal dagdelen per cliënt over het totaal van dagbesteding en/of school en/of werk weergegeven.

Dagbesteding/werk/school									
		DB		Werk		School		Totaal	
		cliënten	# DD	cliënten	# DD	cliënten	# DD	cliënten	# DD
>23	(N=972)	87%	8	4%	8	1%	8	88%	8
≤23	(N=852)	42%	7	3%	7	62%	9	97%	9
0-11	(N=144)	33%	5	0%		86%	9	99%	9
12-17	(N=409)	38%	7	2%	7	75%	9	99%	9
18-23	(N=299)	52%	8	6%	7	45%	9	94%	9

Tabel 4. Gemiddeld aantal dagdelen dagbesteding/werk/school per cliënt

Het merendeel van de cliënten >23 jaar (87%) gaat naar dagbesteding. Wanneer cliënten >23 jaar naar dagbesteding gaan, gaat het gemiddeld om 8 dagdelen per week. Het merendeel van de cliënten ≤ 23 jaar gaat naar school

<sup>5</sup> Een zoveel mogelijk zinvolle, gestructureerde en in principe niet-vrijblijvende vorm van besteding van de dag.

(62%). Wanneer cliënten  $\leq 23$  jaar naar school gaan, gaat het gemiddeld om 9 dagdelen per week.

Instellingen geven aan dat het gemiddeld aantal dagdelen gedurende een bepaalde week lager uit kan vallen doordat een cliënt bijvoorbeeld door ziekte niet naar dagbesteding, school of werk kan.

Doordat er cliënten zijn die zowel naar dagbesteding als werk/school gaan en er cliënten zijn die helemaal niet naar dagbesteding, school of werk gaan tellen de percentages niet op tot 100%.

#### CLIËNTEN - ZZZP-VERDELING

De deelnemers is gevraagd voor iedere cliënt het ZZZP op te geven. Als een cliënt een ZZZP-indicatie van het CIZ heeft, is deze als leidend gehanteerd. In deze paragraaf is per subsector en per leeftijdscategorie aangegeven wat de ZZZP-verdeling is. Deze verdeling wijkt enigszins af van de verdeling die naar voren kwam uit onderzoek dat in oktober 2007 is uitgevoerd (MK/07/2839). Volgens dat onderzoek werden kinderen en jeugdigen vaker in de ZZZP's VG05 en LG05 ingedeeld. Mogelijke verklaringen voor deze afwijkingen zijn:

- Voortschrijdend inzicht in het scoren van kinderen/jeugdigen met de zorgzwaartescorelijst.
- Aanpassingen in de ZZZP's en algoritmen sinds 2007.
- Cliënten wonen steeds langer thuis. De drempel voor opname in een instelling komt hierdoor steeds hoger te liggen, alleen kinderen/jeugdigen met zware (meervoudige) (gedrags-)problematiek komen in een instelling terecht.

Hieronder wordt de ZZZP-verdeling per subsector toegelicht.

VG intra	>23	$\leq 23$	0-11	12-17	18-23	Totaal
	(N=509)	(N=410)	(N=73)	(N=204)	(N=133)	(N=919)
VG 01	0%	1%	0%	0%	2%	0%
VG 02	2%	2%	0%	2%	2%	2%
VG 03	13%	10%	7%	8%	14%	12%
VG 04	13%	6%	10%	3%	7%	9%
VG 05	46%	14%	15%	13%	15%	32%
VG 06	8%	22%	23%	22%	23%	15%
VG 07	17%	38%	32%	42%	35%	26%
Buitensectoraal	1%	7%	13%	10%	2%	4%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 5. ZZZP-verdeling VG intramuraal

Tabel 5 laat zien dat bij jonge cliënten ( $\leq 23$ ) zowel VG06 als VG07 vaker voorkomen dan bij volwassenen. In deze ZZZP's ligt de nadruk op intensieve begeleiding en gedragsregulering. Tussen de leeftijdscategorieën 0-11, 12-17 en

18-23 bestaat niet veel verschil. Uit bovenstaande tabel blijkt dat ZZP VG04 en ZZP VG05 vaker voorkomen bij volwassenen. In ZZP VG05 ligt de nadruk op verzorging. Dit ZZP omvat meer uren dan ZZP VG06.

<b>VG (k)gvt</b>	<b>&gt;23</b>	<b>≤ 23</b>	<b>0-11</b>	<b>12-17</b>	<b>18-23</b>	<b>Totaal</b>
	(N=380)	(N=202)	(N=38)	(N=110)	(N=54)	(N=582)
VG 01	8%	4%	0%	0%	13%	7%
VG 02	13%	4%	3%	2%	7%	10%
VG 03	35%	23%	26%	24%	19%	30%
VG 04	21%	20%	21%	22%	17%	20%
VG 05	5%	11%	16%	13%	6%	7%
VG 06	16%	27%	26%	26%	30%	20%
VG 07	2%	4%	0%	5%	6%	3%
Buitensectoraal	0%	7%	8%	8%	3%	3%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 6. ZZP-verdeling VG (k)gvt

Ten opzichte van intramurale voorzieningen hebben (k)gvt's cliënten in zorg met minder hoge ZZP's. De ZZP's VG05 of VG06 komen vaker voor bij jonge cliënten ( $\leq 23$ ) dan bij volwassenen.

<b>LG (k)gvt</b>	<b>&gt;23</b>	<b>≤ 23</b>	<b>0-11</b>	<b>12-17</b>	<b>18-23</b>	<b>Totaal</b>
	(N=68)	(N=223)	(N=33)	(N=85)	(N=105)	(N=291)
LG 01	16%	7%	0%	2%	12%	9%
LG 02	26%	14%	12%	14%	15%	17%
LG 03	4%	3%	3%	1%	4%	3%
LG 04	18%	13%	6%	11%	16%	14%
LG 05	4%	2%	0%	5%	0%	2%
LG 06	15%	11%	12%	13%	9%	12%
LG 07	7%	4%	3%	4%	5%	5%
Buitensectoraal	10%	46%	64%	50%	39%	38%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 7. ZZP-verdeling LG (k)gvt

Opvallend in tabel 7 is het hoge percentage buitensectorale ZZP's voor cliënten  $\leq 23$  jaar. Het gaat met name om GGZ-ZZP's (18%) en VG-ZZP's (25%). Bij cliënten met een GGZ-ZZP gaat het over het algemeen om cliënten met een lichamelijke handicap die tevens autistisch zijn. VG-ZZP's komen veel voor omdat cliënten met zowel een verstandelijke als een lichamelijke beperking vaak goed op hun plaats zijn in een LG-instelling.

Wanneer de buitensectorale ZZZP's buiten beschouwing worden gelaten is te zien dat cliënten  $\leq 23$  met name in de ZZZP's LG02, LG04 en LG06 worden geplaatst (ZZP's die ook veel voorkomen bij cliënten  $> 23$  jaar).

ZGvis intra	>23 (N=15)	$\leq 23$ (N=17)	0-11 (N=0)	12-17 (N=10)	18-23 (N=7)	Totaal (N=32)
ZGvis 01	0%	0%	n.v.t.	0%	0%	0%
ZGvis 02	7%	0%	n.v.t.	0%	0%	3%
ZGvis 03	47%	18%	n.v.t.	10%	29%	31%
ZGvis 04	7%	18%	n.v.t.	20%	14%	13%
ZGvis 05	33%	35%	n.v.t.	40%	29%	34%
Buitensectoraal	6%	29%	n.v.t.	30%	28%	19%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>n.v.t.</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 8. ZZZP-verdeling ZG visueel intramuraal

Uit tabel 8 blijkt dat ook in deze sector relatief veel buitensectorale ZZZP's voorkomen voor cliënten  $\leq 23$  jaar. Het gaat met name om ZZZP VG05 (18%). Wanneer de buitensectorale ZZZP's buiten beschouwing worden gelaten is te zien dat cliënten  $\leq 23$  met name in ZZZP ZGvis05 worden geplaatst, terwijl de nadruk bij de cliënten  $> 23$  jaar bij ZGvis03 ligt.

#### CLIËNTEN - TOESLAGEN

De deelnemers hebben aangegeven of voor cliënten een toeslag van toepassing is. In tabel 9 is per leeftijdscategorie weergegeven welke toeslagen voorkomen.

	Totaal				
	>23 (N=972)	$\leq 23$ (N=852)	0-11 (N=144)	12-17 (N=409)	18-23 (N=299)
% cliënten met toeslag EZB	1%	4%	4%	5%	2%
% cliënten met toeslag observatie	0%	0%	0%	0%	0%
% cliënten met toeslag MFC	0%	0%	0%	0%	0%
% cliënten met toeslag ademhalingsondersteuning	0%	0%	0%	0%	1%

Tabel 9. Toeslagen

De toeslagen observatie en MFC blijken niet voor te komen in de onderzoekspopulatie. De toeslag ademhalingsondersteuning is in zeer beperkte mate aan de orde. De toeslag extreme zorgbehoefte komt bij 1% van de cliënten  $>23$  jaar voor en bij 4% van de cliënten  $\leq 23$ . Het gaat dan alleen om cliënten met een VG- of LG-ZZZP. Daarnaast is aangegeven dat bij twee cliënten sprake is van een toeslag in het kader van het bijzonder zorgplan CCE.

### 3.3 Inzet woonzorgformatie (FTE huidig/FTE op basis van ZZZP)

In deze paragraaf wordt toegelicht hoe de opgegeven huidige bruto inzet aan formatie is omgerekend naar een huidige netto inzet aan formatie. Ook wordt toegelicht hoe de inzet aan formatie op basis van de ZZZP's is berekend. Vervolgens wordt in tabel 12 de huidige netto inzet aan formatie afgezet tegen de netto inzet aan formatie die zou worden verwacht op basis van ZZZP's.

#### HUDIGE NETTO INZET FTE

De gemiddelde huidige netto inzet aan formatie per cliënt is bepaald door de opgegeven bruto inzet aan formatie per afdeling om te rekenen naar een netto inzet aan formatie. Dit is berekend met behulp van de standaard verhouding tussen netto uren (1.527) en bruto uren (1.877). De netto inzet aan formatie op een afdeling is vervolgens toegewezen aan de individuele cliënten op de betreffende afdeling.

#### NETTO INZET FTE OP BASIS VAN ZZZP'S

De gemiddelde netto inzet aan formatie per cliënt die zou worden verwacht op basis van de ZZZP's is berekend aan de hand van het model formatieplanning (AR/08/2941), behorend bij de Handreiking Formatieplanning (zie [www.zorgzwaartebekostiging.nl](http://www.zorgzwaartebekostiging.nl)). In tabel 10 is aangegeven welke waarden zijn gehanteerd als input voor dit model.

Input	Gehanteerd
Netto werkbare uren	Standaard 1.527 uren <sup>6</sup> (Model formatieplanning AR/08/2941)
Percentage cliëntgebonden tijd	Standaarden NZa (NZa, indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, juni 2007)
Woonzorguren per ZZZP	Standaarden NZa (Beleidsregel CA-360)
Aantal aanwezigheidsdagen per ZZZP	Volledige aanwezigheid <sup>7</sup>

Tabel 10. Input formatiemodel

Bij een beperkt aantal cliënten is sprake van een toeslag extreme zorgbehoefte. In tabel 11 is een gemiddelde inzet aan formatie per cliënt op basis van de toeslag extreme zorgbehoefte bepaald. De gemiddelde uren per cliënt per week zijn gebaseerd op gegevens uit de pilot 2006. Het gemiddeld aantal cliëntgebonden uren per FTE is gebaseerd op de standaarden van de NZa.

<sup>6</sup> Omdat slechts door drie instellingen is aangegeven dat het aantal netto werkbare uren afwijkt van de standaard is in de berekeningen de standaard gehanteerd. De drie instellingen die aangeven dat het aantal netto werkbare uren afwijkt van de standaard, geven aan dat het aantal netto werkbare uren circa 1% hoger ligt doordat het ziekteverzuim lager ligt dan de standaardwaarde van 6,1%. Dit betekent dat deze instellingen met dezelfde inzet in FTE meer gewerkte uren kunnen realiseren.

<sup>7</sup> Instellingen geven aan de inzet in formatie in de praktijk niet te kunnen corrigeren voor structurele afwezigheid. Dit omdat niet alle cliënten gelijktijdig afwezig zijn en er achterwacht is vereist voor cliënten die onverwacht terugkomen (bv. door ziekte) en het cliëntensysteem. Derhalve is er bij het berekenen van de gemiddelde inzet aan formatie per cliënt op basis van het ZZZP geen rekening gehouden met structurele afwezigheid. De berekende formatie op basis van het ZZZP zonder correctie voor structurele afwezigheid valt voor kinderen/jeugdigen hoger uit dan met correctie.

	Gem. aantal uren per cliënt per week	Gem. aantal cliëntgebonden uren per FTE per week	FTE
VG	9	24	9/24=0,38
LG	7	24	7/24=0,29

Tabel 11. Toeslag extreme zorgbehoefte

### NETTO FTE HUIDIG VERSUS NETTO FTE OP BASIS VAN ZPP

In onderstaande tabel is de gemiddelde huidige netto inzet aan formatie afgezet tegen de gemiddelde netto inzet aan formatie die zou worden verwacht op basis van de ZPP's.

Totaal		Huidig netto FTE			Netto FTE op basis van ZPP			Verschil
		Min.	Gem. per cliënt	Max.	Min.	Gem. per cliënt	Max.	
> 23	(N=972)	0,26	0,53	0,88	0,26	0,69	1,48	0,16
≤ 23	(N=852)	0,29	0,69	1,80	0,17	0,75	1,50	0,06
0-11	(N=144)	0,45	0,76	1,21	0,38	0,78	1,37	0,02
12-17	(N=409)	0,30	0,71	1,80	0,19	0,78	1,50	0,07
18-23	(N=299)	0,29	0,61	1,80	0,17	0,69	1,36	0,06
Totaal	(N=1824)	0,26	0,60	1,80	0,17	0,72	1,50	0,12

Tabel 12. Netto inzet formatie

Uit de minimale en maximale waarden uit tabel 12 blijkt dat er differentiatie bestaat tussen instellingen. Wordt naar de gemiddelde waarden gekeken dan komt onderstaande naar voren.

- De gemiddelde huidige netto inzet aan formatie voor cliënten ≤23 (0,69) ligt hoger dan voor cliënten >23 (0,53). Hoe jonger de cliënten, hoe groter het verschil met de volwassenengroep.
- De te verwachten gemiddelde inzet aan formatie per cliënt ligt op basis van het ZPP voor cliënten ≤23 (0,75) eveneens hoger dan voor cliënten >23 (0,69).

In de laatste kolom van tabel 12 is het verschil tussen de gemiddelde huidige netto inzet aan formatie en de gemiddelde netto inzet aan formatie die te verwachten zou zijn op basis van de ZPP's inzichtelijk gemaakt. Voor cliënten ≤23 wordt momenteel bijna evenveel ingezet als te verwachten zou zijn op basis van de ZPP's (respectievelijk 0,69 om 0,75). Voor cliënten >23 kan op basis van de ZPP's meer worden ingezet dan nu wordt gedaan (0,16 FTE).

### 3.4 Inzet woonzorgformatie (volwassenen/kinderen en jeugdigen)

Een deel van het verschil in de gemiddelde huidige netto inzet aan formatie kan worden verklaard door een verschil in zorgzwaarte (= andere ZPP-verdeling) tussen de afdelingen. Bij het bepalen van het verschil in inzet aan formatie tussen volwassenen, kinderen en jeugdigen wordt hiervoor gecorrigeerd.

Dit wordt als volgt geïllustreerd:

De gemiddelde huidige netto inzet aan formatie voor cliënten  $\leq 23$  en cliënten  $> 23$  verschilt 0,16 FTE (0,69 - 0,53). Een deel van dit verschil wordt verklaard door een verschil in zorgzwaarte, namelijk  $0,75 - 0,69 = 0,06$  FTE. De resterende 0,10 FTE ( $0,16 - 0,06$ ) wordt veroorzaakt door het 'kind zijn'. Wanneer dit als percentage wordt uitgedrukt komt dit neer op  $(0,10/0,53) * 100 = 19\%$ .

In tabel 13 worden de resultaten voor de verschillende vergelijkingen tussen volwassenen en kinderen/jeugdigen gepresenteerd.

<b>Totaal</b>			
<i>Gemiddeld verschil inzet FTE (%)</i>			
$>23 / \leq 23$	$>23 / 0-11$	$>23 / 12-17$	$>23 / 18-23$
19%	26%	17%	14%

Tabel 13. Verschil inzet formatie volwassenen, kinderen en jeugdigen.

Uit tabel 13 blijkt dat voor kinderen en jeugdigen gemiddeld 19% meer formatie wordt ingezet dan voor volwassenen. Dit verschil wordt groter naarmate de leeftijd van de cliënt  $\leq 23$  afneemt.

Opgemerkt dient te worden dat gezien de minimale en maximale waarden die naar voren komen in tabel 12 er differentiatie bestaat tussen de instellingen.

In bijlage 1 is het verschil in formatie tussen kinderen en jeugdigen voor de verschillende subsectoren weergegeven.

### 3.5 Inzet woonzorgformatie (disciplinemix)

Naast de inzet in uren is ook gekeken naar het kwalificatieniveau van de medewerkers die worden ingezet op de woongroepen. De deelnemers is gevraagd de huidige inzet aan formatie op te splitsen naar FWG-schalen. In tabel 14 is voor de cliëntgroepen  $> 23$  en  $\leq 23$  de gemiddelde FWG-mix opgenomen. Deze is afgezet tegen de FWG-mix die door de NZa wordt gehanteerd voor de functie Ondersteunende Begeleiding, OB (NZa, indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, juni 2007). De functie OB is de functie die over het algemeen het grootste aandeel heeft in de woonzorgcomponent in de gehandicaptensector. FWG-schalen die ontbreken in de tabel blijken in de praktijk niet te worden ingezet.

Kinderen en jeugdigen in de ZZP-systematiek (GZ)

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	LL	UITZ	Totaal
OB	3%	0%	0%	0%	0%	7%	13%	19%	34%	15%	1%	0%	0%	1%	4%	3%	<b>100%</b>
>23	0%	0%	0%	0%	2%	4%	20%	28%	34%	8%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	<b>100%</b>
≤23	0%	0%	0%	0%	0%	2%	11%	21%	41%	20%	1%	0%	0%	0%	2%	0%	<b>100%</b>

Tabel 14. Disciplinemix.

Voor cliënten ≤23 blijkt een hoger deskundigheidsniveau te worden ingezet dan bij de functie OB en cliënten >23. Dit betekent dat de loonkosten voor cliënten ≤23 iets hoger liggen in vergelijking tot de functie OB en cliënten >23.

In bijlage 2 is de FWG-mix voor de verschillende subsectoren weergegeven. Ook in de subsectoren VG intra en VG(k)gvt wordt voor cliënten ≤23 een hoger deskundigheidsniveau ingezet. Voor LG (k)gvt is het verschil tussen cliënten >23 en cliënten ≤23 beperkt. ZGvis intra is niet opgenomen omdat het hier om afdelingen van slechts één instelling gaat.

#### **4. Resultaten behandeling**

Parallel aan het onderzoek kinderen en jeugdigen in de ZZP-systematiek (GZ) heeft een tijdregistratie onder behandelaars in de gehandicaptenzorg plaatsgevonden. Voor de aanpak van de tijdregistratie en een uitgebreide bespreking van de resultaten van dit onderzoek wordt verwezen naar de rapportage 'Tijdregistratie behandelaars sector GZ' (HW/09/1341).

Alleen de intramurale instellingen (met een toelating voor verblijf en behandeling) worden vanuit de intramurale AWBZ gefinancierd voor het leveren van behandeling (artikel 8 +15) aan verblijfscliënten. Verblijfscliënten van (kinder)- gezinsvervangende tehuizen kunnen zich voor behandeling van algemeen medische aard en paramedische zorg richten tot de Zorgverzekeringswet. In de praktijk blijken (k)gvt's echter ook artikel 8 behandeling (gericht op aandoening, beperking of handicap) te leveren. Daarom zijn bij de tijdregistratie zijn zowel de intramurale instellingen als de (k)gvt's betrokken. Voor een nadere omschrijving van artikel 8 en 15 behandeling wordt verwezen naar bijlage 3.

Op basis van de gegevens die de tijdregistratie onder behandelaars heeft opgeleverd wordt in dit hoofdstuk inzichtelijk gemaakt of er voor de component behandeling in de ZZP's qua tijdbesteding een verschil is tussen kinderen, jeugdigen en volwassenen. Hierbij is een onderscheid gemaakt naar de subsectoren die behoren tot de doelgroep van het onderzoek kinderen en jeugdigen in de ZZP-systematiek: verstandelijk gehandicapt (VG), lichamelijk gehandicapt (LG) en zintuiglijk gehandicapt (ZG). Binnen de subsectoren is een onderscheid aangebracht naar setting: intramuraal of (kinder)-gezinsvervangend tehuis.

Per subsector en setting wordt de cliëntgebonden behandeltime (in minuten per week) per ZZP gepresenteerd. De cliëntgebonden behandeltime is uitgesplitst naar direct en indirect cliëntgebonden behandeltime. Ter vergelijking is links in alle tabellen de huidige behandeltime per ZZP (in minuten per week) weergegeven.

Wanneer voor een bepaald ZZP en/of bepaalde leeftijdscategorie het absolute aantal cliënten te laag is om betrouwbare gegevens op te leveren is deze grijs gearceerd.

#### 4.1 Verstandelijk gehandicapt

ZPP	Leeftijd	Huidig	Intramuraal				(k)gvt					
			N	DCT	ICT	Totaal	Verschil	N	DCT	ICT	Totaal	Verschil
VG1	>23	0	29	10	16	<b>26</b>		54	2	10	<b>12</b>	
	≤23		13	12	20	<b>32</b>	23%	14	10	20	<b>30</b>	150%
VG2	>23	0	63	15	24	<b>39</b>		171	3	10	<b>13</b>	
	≤23		30	15	25	<b>40</b>	2%	54	6	17	<b>23</b>	75%
VG3	>23	73	269	12	22	<b>34</b>		352	4	14	<b>18</b>	
	≤23		90	14	41	<b>55</b>	62%	87	7	30	<b>37</b>	104%
VG4	>23	73	383	12	24	<b>36</b>		237	5	13	<b>18</b>	
	≤23		40	22	45	<b>66</b>	84%	46	5	22	<b>27</b>	50%
VG5	>23	78	1106	19	28	<b>47</b>		130	11	14	<b>25</b>	
	≤23		154	39	55	<b>95</b>	101%	51	13	34	<b>47</b>	88%
VG6	>23	78	475	13	33	<b>46</b>		184	5	18	<b>23</b>	
	≤23		189	17	63	<b>80</b>	74%	83	7	30	<b>37</b>	59%
VG7	>23	78	611	13	48	<b>61</b>		44	2	29	<b>31</b>	
	≤23		161	31	80	<b>111</b>	81%	15	15	95	<b>110</b>	256%
<b>Totaal</b>	<b>&gt;23</b>		<b>2936</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>47</b>		<b>1172</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	
	≤23		677	25	59	<b>84</b>	79%	350	8	30	<b>38</b>	98%
	0-11		102	39	86	<b>125</b>	166%	57	15	45	<b>61</b>	218%
	12-17		239	26	60	<b>86</b>	83%	77	9	21	<b>30</b>	56%
	18-23		336	20	50	<b>70</b>	50%	216	6	29	<b>34</b>	81%

Tabel 15. Overzicht cliëntgebonden tijd per VG-ZPP (minuten per week)

In intramurale instellingen wordt voor kinderen en jeugdigen gemiddeld bijna 80% meer behandeling ingezet dan voor volwassenen. In de (k)gvt's wordt voor kinderen en jeugdigen gemiddeld bijna 100% meer artikel 8 behandeling ingezet dan voor volwassenen. Afhankelijk van het ZPP en/of de leeftijd van de cliënt neemt dit percentage af of toe. Over het algemeen geldt dat het verschil in inzet tussen kinderen/jeugdigen en volwassenen groter wordt naarmate de leeftijd van de cliënt ≤23 afneemt.

In de intramurale setting ligt de behandeltime die wordt ingezet voor kinderen en jeugdigen (met uitzondering van VG 3 en 4) hoger dan de behandeltime die is opgenomen in de ZPP's. De behandeltime die wordt ingezet voor volwassenen ligt over het algemeen lager dan de behandeltime die is opgenomen in de ZPP's.

In de (k)gvt's ligt de behandeltime voor zowel kinderen/jeugdigen als volwassenen lager dan in de intramurale setting en dan in de ZPP's. Dit kan

worden verklaard door het feit dat (k)gvt's alleen artikel 8 behandeling hebben geregistreerd. De artikel 15 behandeling van deze cliënten wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

De huidige pakketten VG1 en VG2 bevatten geen behandeling, maar er wordt aan een deel van de cliënten wel behandeling geleverd. Dit heeft te maken met het feit dat er wel een half uur behandeling op de achtergrond in het pakket zit. Hoewel dit in de woonzorg is versleuteld, wordt dit door instellingen als (indirecte) tijd voor behandeling gezien.

#### 4.2 Lichamelijk gehandicapt

ZGP	Leeftijd	intramuraal					(k)gvt					
		Huidig	N	DCT	ICT	Totaal	Verschil	N	DCT	ICT	Totaal	Verschil
LG1	>23	0	49	22	21	<b>43</b>		32	8	21	<b>29</b>	
	≤23		1	3	3	<b>6</b>	-86%	11	2	7	<b>9</b>	-68%
LG2	>23	0	40	24	32	<b>56</b>		54	8	18	<b>26</b>	
	≤23		5	2	11	<b>13</b>	-77%	25	5	14	<b>18</b>	-30%
LG3	>23	73	83	29	24	<b>53</b>		14	27	12	<b>39</b>	
	≤23		1	15	18	<b>33</b>	-38%	4	0	7,5	<b>8</b>	-81%
LG4	>23	73	98	28	26	<b>54</b>		76	24	19	<b>43</b>	
	≤23		5	31	42	<b>73</b>	35%	21	4	17	<b>21</b>	-51%
LG5	>23	78	67	41	23	<b>64</b>		13	22	11	<b>33</b>	
	≤23		4	3	11	<b>14</b>	-78%	8	3	12	<b>15</b>	-55%
LG6	>23	78	124	44	33	<b>77</b>		66	41	24	<b>65</b>	
	≤23		6	41	30	<b>70</b>	-9%	21	50	29	<b>80</b>	22%
LG7	>23	78	64	32	29	<b>61</b>		59	41	18	<b>59</b>	
	≤23		2	222	160	<b>382</b>	526%	23	8	22	<b>31</b>	-48%
<b>Totaal</b>	<b>&gt;23</b>		<b>525</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>61</b>		<b>314</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	
	≤23		24	37	35	<b>71</b>	18%	113	13	18	<b>31</b>	-32%
	0-11		1	54	28	<b>82</b>	35%	5	5	6	<b>11</b>	-75%
	12-17		1	343	15	<b>358</b>	491%	36	1	19	<b>20</b>	-57%
	18-23		22	22	36	<b>58</b>	-5%	72	20	19	<b>38</b>	-16%

Tabel 16. Overzicht cliëntgebonden tijd per LG-ZPP (minuten per week)

Kinderen/jeugdigen met een lichamelijke beperking kunnen relatief lang thuis blijven wonen. In de sector LG verblijven dan ook weinig kinderen/jeugdigen.

In intramurale instellingen wordt voor kinderen en jeugdigen gemiddeld 18% meer behandeling ingezet dan voor volwassenen. In (k)gvt's wordt voor

kinderen en jeugdigen gemiddeld 32% minder artikel 8 behandeling ingezet dan voor volwassenen. Afhankelijk van het ZZZP en/of de leeftijd van de cliënt neemt dit percentage af of toe.

Zowel in de intramurale setting als in de (k)gvt's ligt de behandeltijd (met uitzondering van LG1 en LG2) voor kinderen/jeugdigen en volwassenen lager dan in de ZZZP's. Daarnaast ligt de behandeltijd in de (k)gvt's lager dan in de intramurale setting. Dit laatste kan worden verklaard door het feit dat (k)gvt's alleen artikel 8 behandeling hebben geregistreerd. De artikel 15 behandeling van deze cliënten wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

De huidige pakketten LG1 en LG2 bevatten geen behandeling, maar er wordt aan een deel van de cliënten wel behandeling geleverd. Dit heeft te maken met het feit dat er wel een half uur behandeling op de achtergrond in het pakket zit. Hoewel dit in de woonzorg is versleuteld, wordt dit door instellingen als (indirecte) tijd voor behandeling gezien.

### 4.3 Zintuiglijk gehandicapt

intramuraal							
ZZZP	Leeftijd	Huidig	N	DCT	ICT	Totaal	Vershil
ZGvis1	>23	0	10	28	14	<b>42</b>	
	≤23		19	15	22	<b>37</b>	-12%
ZGvis2	>23	0	96	21	18	<b>39</b>	
	≤23		16	24	21	<b>46</b>	17%
ZGvis3	>23	73	78	22	18	<b>40</b>	
	≤23		12	26	52	<b>78</b>	94%
ZGvis4	>23	73	115	30	26	<b>56</b>	
	≤23		17	40	36	<b>77</b>	37%
ZGvis5	>23	78	252	29	33	<b>62</b>	
	≤23		84	45	49	<b>94</b>	52%
<b>Totaal</b>	<b>&gt;23</b>		<b>551</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>53</b>	
	≤23		148	35	38	<b>73</b>	40%
	0-11		11	62	69	<b>131</b>	150%
	12-17		50	45	54	<b>99</b>	88%
	18-23		68	33	33	<b>66</b>	25%

Tabel 17. Overzicht cliëntgebonden tijd per ZGvis-ZZZP (minuten per week)

Kinderen/jeugdigen met een zintuiglijke beperking kunnen relatief lang thuis blijven wonen. In de sector ZG verblijven dan ook weinig kinderen/jeugdigen.

Omdat alleen in de subsector ZGvis-intra (voldoende) kinderen/jeugdigen tot de cliëntpopulatie behoorden, zijn alleen deze gegevens opgenomen.

In de subsector ZGvis-intra wordt voor kinderen en jeugdigen gemiddeld 40% meer behandeling ingezet dan voor volwassenen. Afhankelijk van het ZZP en/of de leeftijd van de cliënt neemt dit percentage af of toe.

De huidige pakketten ZGvis1 en ZGvis2 bevatten geen behandeling, maar er wordt aan een deel van de cliënten wel behandeling geleverd. Dit heeft te maken met het feit dat er wel een half uur behandeling op de achtergrond in het pakket zit. Hoewel dit in de woonzorg is versleuteld, wordt dit door instellingen als (indirecte) tijd voor behandeling gezien.

## 5. Conclusie

### WOONZORG

Doel van het onderzoek was: het verkrijgen van een beeld van de mate waarin binnen de gehandicaptenzorg qua tijdbesteding een verschil bestaat tussen kinderen, jeugdigen en volwassenen. Uit het onderzoek is gebleken dat voor kinderen en jeugdigen *gemiddeld* 19% meer formatie wordt ingezet dan voor volwassenen. Dit verschil wordt groter naarmate de leeftijd van de cliënt  $\leq 23$  jaar afneemt. Gezien de minimale en maximale waarden opgenomen in tabel 12 bestaat er differentiatie tussen instellingen. Uit de gegevens uit bijlage 1 blijkt dat er tevens differentiatie bestaat tussen subsectoren.

Door het expertteam en de deelnemers zijn reeds factoren benoemd die ten grondslag zouden kunnen liggen aan dit verschil:

- Overleg met en instructie aan ouders, school of andere instanties.
- Ontwikkelingsgerichte karakter van begeleiding, bijvoorbeeld het aanleren van vaardigheden (kost meer tijd dan overnemen).
- Opvoedingsaspecten, sociaal-emotionele en relationele vorming.
- Noodzakelijke achtervang vanwege regelmatige schooluitval, verzuim van werk/dagbesteding. De woonzorgformatie moet dus (deels) in stand worden gehouden, ook al zijn de kinderen niet aanwezig.
- Vakantie- en weekendopvang: ook als kinderen/jeugdigen naar hun ouders gaan, moet er formatie aanwezig zijn voor het geval er thuis problemen ontstaan. Daarnaast is afwezigheid vaak slecht planbaar.
- Kleinschaligheid en bijzondere woonvormen.
- Nachtdienst moet voor kinderen/jeugdigen op de locatie zelf zijn. Bij volwassenen is het vaak mogelijk om uit te luisteren.

Het gaat om de factoren die te maken hebben met het kind zijn en die niet puur bepaald worden door de zorgzwaarte (beperkingen). Wel kunnen deze factoren bij het ene ZPZ zwaarder wegen dan bij het anderen. In een eventuele variatie verdeeld over de verschillende ZPZ's is met dit onderzoek geen inzicht verkregen omdat het voor de deelnemers niet mogelijk was om de inzet aan formatie op cliëntniveau aan te leveren (zie hoofdstuk 1.3).

De formatie die gemiddeld wordt ingezet voor kinderen en jeugdigen is vrijwel gelijk aan de inzet van formatie die te verwachten zou zijn op basis van de ZPZ's (tabel 12: respectievelijk 0,69 om 0,75). Voor volwassenen daarentegen zou op basis van de ZPZ's gemiddeld meer kunnen worden ingezet dan nu wordt gedaan (tabel 12: 0,16 FTE).

Ten slotte speelt de vraag of de inkomsten op basis van zorgzwaarte toereikend zijn. Voor kinderen en jeugdigen wordt een hogere deskundigheid ingezet dan voor volwassenen (zie hoofdstuk 3.2). Het lijkt erop dat de FWG-mix die door de NZa wordt gehanteerd beter aansluit op het deskundigheidsniveau van de zorg aan volwassenen dan aan kinderen en jeugdigen. Daarnaast blijkt dat instellingen over het algemeen niet kunnen corrigeren voor structurele afwezigheid. In de huidige aan-/afwezigheidsregeling lijkt hiermee rekening te zijn gehouden. Vakantie/familiebezoek kan door gvt's volledig worden

gedeclareerd. Door intramurale instellingen kan vakantie/familiebezoek voor maximaal 14 dagen worden gedeclareerd (voor leerlingen de maximale duur van de vakantie). Naast een afwijking in loonkosten voor kinderen/jeugdigen is het ook denkbaar dat de materiële kosten voor kinderen/jeugdigen hoger zijn dan voor volwassenen. De "onwetendheid/speelsheid" van kinderen/jeugdigen kan er toe leiden dat materialen eerder aan vernieuwing toe zijn. In de materiële kosten is met dit onderzoek echter geen inzicht verkregen.

#### **BEHANDELING**

Parallel aan het onderzoek kinderen en jeugdigen in de ZZZP-systematiek (GZ) heeft een tijdregistratie onder behandelaars (GZ) plaatsgevonden. Op basis van de gegevens die de tijdregistratie onder behandelaars heeft opgeleverd kan worden geconcludeerd dat voor kinderen en jeugdigen over het algemeen (met uitzondering van de setting LG-(k)gvt) meer behandeling wordt ingezet dan voor volwassenen. Het blijkt dat dit verschil varieert tussen de verschillende settingen:

- VG-intra: **gemiddeld** + 80%
- VG-(k)gvt: **gemiddeld** + 100%
- LG-intra: **gemiddeld** + 18%
- ZG-intra: **gemiddeld** + 40%

Ook binnen de settingen komt een variatie naar voren. Afhankelijk van het ZZZP en/of de leeftijd van de cliënt zijn de verschillen groter of kleiner dan het gemiddelde.

In de setting VG-intra ligt de behandeltime die wordt ingezet voor kinderen en jeugdigen (met uitzondering van VG 3 en 4) hoger dan de behandeltime die is opgenomen in de ZZZP's. De behandeltime die wordt ingezet voor volwassenen ligt in de setting VG-intra lager dan de behandeltime die is opgenomen in de ZZZP's. In de overige settingen ligt de geregistreerde behandeltime voor zowel kinderen, jeugdigen als volwassenen lager dan de behandeltime die is opgenomen in de ZZZP's (met uitzondering van LG1, LG2, ZGvis1 en ZGvis2).

In de (k)gvt's ligt de behandeltime voor zowel kinderen, jeugdigen als volwassenen lager dan in de intramurale setting en dan in de ZZZP's. Dit kan worden verklaard door het feit dat (k)gvt's alleen artikel 8 behandeling hebben geregistreerd. De artikel 15 behandeling van deze cliënten wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

De huidige pakketten VG1, VG2, LG1, LG2, ZGvis1 en ZGvis2 bevatten geen behandeling, maar er wordt aan een deel van de cliënten wel behandeling geleverd. Dit heeft te maken met het feit dat er wel een half uur behandeling op de achtergrond in het pakket zit. Hoewel dit in de woonzorg is versleuteld, wordt dit door instellingen als (indirecte) time voor behandeling gezien.

#### **OVERALL**

Ten aanzien van woonzorg blijkt voor kinderen/jeugdigen meer formatie in te worden gezet dan voor volwassenen. Ten aanzien van behandeling blijkt dat kinderen/jeugdigen over het algemeen meer behandeling krijgen dan volwassenen. Tevens komt naar voren dat de uren woonzorg en behandeling die zijn opgenomen in de ZZZP's (met uitzondering van de uren behandeling in de

ZZP's zonder behandeling en de VG-ZZP's 5, 6 en 7) over het algemeen toereikend zijn om de zorg aan kinderen/jeugdigen te kunnen leveren.

Opgemerkt dient te worden dat de inzet aan woonzorgformatie en de inzet van behandeltime zijn gebaseerd op de huidige begroting en inkomsten (die nog niet (volledig) zijn gebaseerd op zorgzwaarte). Er is dus geen inzicht gekregen in de inzet aan woonzorgformatie en de inzet van behandeltime die gewenst/noodzakelijk is voor de zorgvraag van de cliënt.

Bijlage 1. Verschil inzet netto formatie per subsector

<b>VG intra</b>								
		<i>Huidig Netto FTE</i>		<i>Netto FTE obv. ZZP</i>			<i>Verschil</i>	
		<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>
> 23	(N=509)	0,26	0,59	0,88	0,40	0,79	1,48	0,20
≤ 23	(N=410)	0,32	0,74	1,80	0,28	0,83	1,36	0,09
0-11	(N=73)	0,45	0,79	1,11	0,38	0,83	1,28	0
12-17	(N=204)	0,40	0,76	1,80	0,28	0,86	1,36	0,1
18-23	(N=133)	0,32	0,69	1,80	0,28	0,79	1,36	0,1
Totaal	(N=919)	0,26	0,66	1,80	0,28	0,81	1,48	0,15

<b>Vg intra</b>			
<i>Gemiddeld verschil inzet FTE (%)</i>			
<i>&gt;23/≤23</i>	<i>&gt;23/0-11</i>	<i>&gt;23/12-17</i>	<i>&gt;23/18-23</i>
18%	28%	17%	15%

<b>VG (k)gvt</b>								
		<i>Huidig Netto FTE</i>		<i>Netto FTE obv. ZZP</i>			<i>Verschil</i>	
		<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>
> 23	(N=380)	0,26	0,45	0,60	0,28	0,56	0,98	0,11
≤ 23	(N=202)	0,33	0,68	1,21	0,19	0,65	1,12	-0,03
0-11	(N=38)	0,45	0,72	1,21	0,40	0,70	1,12	-0,02
12-17	(N=110)	0,45	0,70	1,21	0,40	0,67	1,12	-0,03
18-23	(N=54)	0,33	0,60	1,21	0,19	0,59	0,98	-0,01
Totaal	(N=582)	0,26	0,53	1,21	0,19	0,59	1,12	0,06

<b>Vg (k)gvt</b>			
<i>Gemiddeld verschil inzet FTE (%)</i>			
<i>&gt;23/≤23</i>	<i>&gt;23/0-11</i>	<i>&gt;23/12-17</i>	<i>&gt;23/18-23</i>
30%	28%	32%	26%

Bijlage 1. Verschil inzet netto formatie per subsector

<b>LG (k)gvt</b>		<i>Huidig Netto FTE</i>			<i>Netto FTE obv. ZZP</i>			<i>Verschil</i>	
		<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	
> 23	(N=68)	0,33	0,49	0,81	0,26	0,72	1,12	0,23	
≤ 23	(N=223)	0,29	0,59	1,02	0,17	0,67	1,12	0,08	
0-11	(N=33)	0,54	0,73	1,02	0,51	0,78	1,12	0,05	
12-17	(N=85)	0,30	0,61	1,02	0,19	0,70	1,12	0,09	
18-23	(N=105)	0,29	0,53	1,02	0,17	0,60	1,12	0,07	
Totaal	(N=291)	0,29	0,57	1,02	0,17	0,68	1,12	0,11	

<b>LG (k)gvt</b>			
<i>Gemiddeld verschil inzet FTE (%)</i>			
>23/≤23	>23/0-11	>23/12-17	>23/18-23
31%	37%	27%	32%

<b>ZG intra</b>		<i>Huidig Netto FTE</i>			<i>Netto FTE obv. ZZP</i>			<i>Verschil</i>	
		<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Min.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	<i>Max.</i>	<i>Gem. per cliënt</i>	
> 23	(N=15)	0,43	0,43	0,43	0,50	0,82	1,12	0,39	
≤ 23	(N=17)	0,43	0,67	0,77	0,51	0,88	1,12	0,21	
0-11	(N=0)								
12-17	(N=10)	0,77	0,77	0,77	0,67	0,94	1,12	0,17	
18-23	(N=7)	0,43	0,53	0,77	0,51	0,80	1,01	0,27	
Totaal	(N=32)	0,43	0,56	0,77	0,50	0,85	1,12	0,29	

<b>ZG intra</b>			
<i>Gemiddeld verschil inzet FTE (%)</i>			
>23/≤23	>23/0-11	>23/12-17	>23/18-23
42%	N.v.t.	53%	26%

Bijlage 2. Verschil disciplinemix per subsector

<b>VG intra</b>														
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	LL	UITZ	Totaal
>23	0%	0%	0%	2%	28%	25%	32%	12%	0%	0%	2%	0%	0%	<b>100%</b>
≤23	0%	0%	1%	3%	6%	26%	30%	31%	1%	0%	0%	1%	0%	<b>100%</b>

<b>VG (k)gvt</b>														
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	LL	UITZ	Totaal
>23	0	0%	5%	5%	18%	31%	33%	2%	0%	1%	3%	1%	0%	<b>100%</b>
≤23	0	0%	0%	2%	27%	10%	48%	8%	0%	2%	0%	3%	0%	<b>100%</b>

<b>LG (k)gvt</b>														
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	LL	UITZ	Totaal
>23	0%	0%	1%	0%	0%	36%	56%	5%	0%	0%	0%	2%	0%	<b>100%</b>
≤23	0%	0%	0%	2%	8%	23%	55%	8%	1%	0%	0%	3%	0%	<b>100%</b>

De component behandelaars in de ZZP's bevat de functie behandeling (BH) die door behandelaars (medici, paramedici en gedragswetenschappers) wordt geleverd, buiten de formatie van de woongroepen om. In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ<sup>8</sup> wordt behandeling als volgt gedefinieerd:

*Door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap (BZA artikel 8).*

Het gaat dus om behandeling die is gericht op de aandoening, beperking of handicap (de AWBZ-grondslag). In het AWBZ-kompas van het CVZ wordt behandeling zoals bedoeld in artikel 8 BZA nader omschreven. Het gaat om *CSLM-zorg* (Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire zorg). CSLM-zorg wordt ingezet bij complexe (multi)-problematiek waarbij specifieke deskundigheid (zoals van een arts voor verstandelijk gehandicapten), duurzame coördinatie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk is. Het doel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. Als onderdeel van CSLM-zorg kan *paramedische behandeling*, zoals fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering worden geboden. De paramedische behandeling bestaat dan uit gerichte interventies, die deel uitmaken van het zorgplan dat onder regie en verantwoordelijkheid van een arts of gedragswetenschapper is opgesteld en wordt uitgevoerd. Paramedische behandeling kan ook onderdeel uitmaken van *functionele diagnostiek* door de arts voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, orthopedagoog of psycholoog. Functionele diagnostiek is gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid). Ook hier gaat het om multidisciplinaire zorg, die specifiek is gericht op de AWBZ-grondslag. Tot slot kan er sprake zijn van *consultatie*, waarbij een AWBZ-behandelaar andere personen (bijvoorbeeld het woonzorgteam, ouders, paramedici) adviseert over de behandeling, de aanpak of het opstellen van een zorgplan.

Cliënten die verblijven bij instellingen met een toelating voor verblijf en behandeling, maken naast artikel 8 behandeling (gericht op de aandoening, beperking of handicap), ook aanspraak op algemeen medische zorg vanuit de AWBZ. Dit is verwoord in artikel 15 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

---

<sup>8</sup> Besluit Zorgaanspraken AWBZ, zie [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl) voor de tekst geldend vanaf 1-1-2009.