

**Nederlandse Zorgautoriteit**

**Bekostiging ADL-assistentie**

## **Managementsamenvatting**

### **Introductie**

ADL-assistentie is assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Deze assistentie wordt geleverd in ADL-clusters, waarbij meerdere woningen zijn gelegen in woonwijken (ca. 12 – 20 ADL-clusterwoningen). Kenmerkend voor ADL-assistentie is dat de zorg in en om de woning in het ADL-cluster, op afroep en op basis van een 24-uurs beschikbaarheid wordt geleverd. ADL-assistentie wordt geleverd door drie zorgaanbieders, waarvan Fokus de grootste aanbieder is (100 clusters van in totaal 103 clusters).

De huidige AWBZ-bekostiging van ADL-assistentie is geregeld door de tijdelijke beleidsregel CA-300-513. Per 1 januari 2014 vervalt deze beleidsregel en zal een permanente bekostigingsvorm voor ADL-assistentie van kracht moeten worden. De invulling van deze permanente bekostigingsvorm is nog niet vastgesteld. Dit onderzoek draagt bij aan het selectieproces van de best passende bekostigingsvorm voor ADL-assistentie. Een eerste stap is het verkrijgen van inzicht in

- de huidige aard en omvang
- mate van planbaarheid
- eventueel te onderscheiden doelgroepen
- mogelijke bekostigingsvormen
- de kosten van ADL-assistentie

In de afrondende fase van het onderzoek werden de uitkomsten bekend van het regeerakkoord 'Bruggen Slaan'. In het regeerakkoord zijn ondermeer plannen opgenomen om alle extramurale zorg over te hevelen naar de Wmo (persoonlijke verzorging en begeleiding) en de Zorgverzekeringswet (verpleging). De plannen in het regeerakkoord zijn in dit onderzoek nog niet betrokken in de afwegingen.

### **Analyse van de geleverde ADL-assistentie naar aard en omvang**

De gemiddelde zorgverlening per cliënt per week voor de gehele steekproef is 15,3 uur. Dit is uitsluitend de ADL-assistentie die in en rond de woning wordt verleend. Overige zorgverlening die ADL-cliënten ontvangen valt buiten het onderzoek, zoals verleende zorg buiten het ADL-cluster en zorg die niet door de (tijdelijke) ADL-regeling bekostigd wordt. Er zijn veel cliënten met relatief weinig uren zorgverlening per week. 41% van de cliënten in de steekproef ontvangt minder dan 10 uur ADL-assistentie per week. Ook zijn er cliënten met relatief veel uren zorgverlening. 8% van de cliënten ontvangt meer dan 40 uur ADL-assistentie per week. De spreiding van de omvang van zorgverlening aan cliënten is groot.

De periode van vier weken waarin de zorgverlening geregistreerd is laat een vrij constant beeld zien. Gedurende het jaar zijn er op basis van cijfers van het CVZ over 2011, weliswaar beperkte, seizoensinvloeden waarneembaar.

De ADL-assistentie is opgesplitst geregistreerd in drie functies: persoonlijke verzorging, verpleging en hand-en-spandiensten. Circa 79% van de verleende ADL-assistentie bestaat uit persoonlijke verzorging, 3% uit verpleging en de overige 18% uit hand-en-spandiensten. Het relatief lage percentage verpleging betekent niet dat cliënten weinig verpleging ontvangen, alleen dat een klein deel van de ontvangen verpleging wordt verleend door de aanbieder van de

ADL-assistentie. Cliënten kunnen ervoor kiezen om de verpleging die buiten het cluster wordt geleverd af te nemen van een andere zorgaanbieder met een reguliere AWBZ indicatie voor verpleging, of om zelf verpleging in te kopen met een persoonsgebonden budget (PGB).

## **Planbaarheid van de ADL-assistentie**

Er zijn patronen te ontdekken in de zorgvraag van cliënten binnen een ADL-cluster gedurende de dag. Hoewel het gezien de inzet van formatie mogelijk is de bezetting hier (gedeeltelijk) op af te stemmen, blijkt dat de zorgaanbieders structureel meer formatie inroostert dan de zorgvraag. De hoeveelheid hiervan fluctueert gedurende de dag. Een reden hiervoor is ondermeer om de in het zorgconcept van de zorgaanbieders vastgelegde reactietijd van 15 minuten op ieder moment te kunnen garanderen als mede het op tijd kunnen anticiperen op alarmmeldingen.

De gemiddelde productiviteit van de ADL-assistenten verschilt per zorgaanbieder. Er is geen verschil gevonden in productiviteit tussen grote en kleine clusters. Er is een verschil in productiviteit tussen clusters met 'zware' cliënten (hoge zorgvraag) en clusters met 'lichte' cliënten (lage zorgvraag), waarbij clusters met een hoge zorgvraag een hogere productiviteit (55,2%) hebben ten opzichte van clusters met een lagere zorgvraag (46,1%). De verklaring hiervoor is niet onderzocht. Door de zorgverleners wordt gemeld dat bij de huidige zorgverlening aan de huidige populatie het beperkt mogelijk is om de inzet van de zorgverleners volledig af te stemmen op de zorgvraag van de ADL-cluster bewoners.

Het verdient de aanbeveling te onderzoeken of en hoe de wachttijden voor het personeel verder kunnen worden gereduceerd, zodat de productiviteit per medewerker hoger wordt. Elementen die hierin een rol kunnen spelen zijn de zwaarte van de cliënten, de grootte van het cluster, flexibele personeelsplanning en samenwerking binnen zorgorganisaties of met andere zorgorganisaties.

## **Doelgroepen analyse**

Het belang van de doelgroepenanalyse is om te onderzoeken of er cliëntkenmerken en/of -profielen zijn die een direct verband hebben met de omvang van de zorgverlening aan de cliënten. De huidige populatie is een heterogene groep met een variëteit aan (combinaties van) cliëntkenmerken. Vanuit de doelgroepen analyse is geconstateerd dat er op basis van de onderzochte cliëntkenmerken geen doelgroepen samengesteld kunnen worden met overeenkomende kenmerken en een vergelijkbaar gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week.

Wellicht zijn er naast de onderzochte cliëntkenmerken andere onderscheidende factoren die de zorgvraag van een cliënt beïnvloeden. Gedacht kan worden aan de gezinssamenstelling, eventuele aanwezigheid van een mantelzorger, maatschappelijke betrokkenheid en sociale activiteit van een cliënt. Deze kenmerken zijn niet gebonden aan de cliëntkenmerken ten aanzien van ziektebeeld en beperkingen, maar bijvoorbeeld aan persoonlijke voorkeuren, specifieke situaties en unieke omstandigheden per cliënt.

## **Analyse van mogelijke bekostigingsvormen**

In de rapportage worden de mogelijke bekostigingsvormen voor ADL-assistentie uiteengezet met als doel om bijbehorende mogelijke voor- en nadelen in kaart te brengen. In dit rapport worden echter geen concluderende bevindingen ten aanzien van de best passende bekostigingsvorm opgenomen, omdat daarvoor eerst duidelijkheid moet zijn hoe de aanspraak op deze zorg geformuleerd zal worden. Deze opdracht om te komen tot een aanspraak is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgezet bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Er zijn in dit onderzoek drie bekostigingsvormen onderzocht en getoetst aan de hand van een beoordelingskaders.

### *1 ADL-assistentie inpassen in de huidige functies*

Om ADL-assistentie in zijn huidige vorm te kunnen vatten in de AWBZ-functies moeten prestaties of een systematiek van opslagen ontwikkeld worden die de 24-uursbeschikbaarheid borgen. Daarnaast zal een nieuwe functie moeten worden ontwikkeld voor hand-en-spandiensten. Volgens de zorgaanbieders is in praktijk de opdeling naar de diverse functies, volgens de aanbieders van ADL-assistentie, niet eenvoudig en eenduidig te maken. De contactmomenten bestaan, zoals gangbaar is in de extramurale AWBZ, vaak uit diverse gecombineerde activiteiten die onder verschillende functies vallen, waardoor de tijdsbesteding per functie niet altijd even eenduidig is. Deze wijze van bekostiging vergt hierdoor een hogere administratieve belasting dan de andere vormen.

### *2 Eén nieuwe functie ADL-assistentie*

Bekostiging middels één functie ADL-assistentie sluit aan bij de huidige vorm van ADL-assistentie en de integrale benadering van het product ADL-assistentie. De indicatie, registratie en declaratie vindt in dit geval plaats op basis van één activiteit. Dit maakt deze bekostigingsvorm eenvoudig en eenduidig. Daarnaast zijn er relatief lage administratieve lasten mee gemoeid en is goede zorg in- en verkoop mogelijk.

### *3 Extramurale zorgzwaartepakket(ten)*

Een extramuraal zorgzwaartepakket (EZP) bestaat momenteel nog niet binnen de AWBZ, maar lijkt op de huidige wijze van bekostigen binnen de intramurale AWBZ. Bij het samenstellen van 1 of meerdere EZP's voor de ADL-assistentie moet een vergoeding voor de 24-uurs beschikbaarheid op afroep meegenomen worden, om het huidige zorgconcept te behouden. Op dit moment vindt nog geen bekostiging met EZP's plaats.

Een EZP is eenvoudig en eenduidig. Doordat er minder hoeft te worden geregistreerd beperkt dit ook de administratieve last. Immers het aantal uren is een gegeven uit de EZP en hoeft niet apart geregistreerd te worden. Een nadeel is dat er vanuit de doelgroepen analyse geen homogene groepen gevormd kunnen worden waarbij de cliëntkenmerken een samenhangend geheel vormen met de zorgvraag. Eventueel kunnen er EZP's gevormd worden op basis van het aantal te verwachten uren zorg.

## Kosten per uur voor ADL-assistentie

In dit onderzoek zijn de genormeerde kosten berekend voor het leveren van een uur ADL-assistentie op basis van het huidige zorgconcept en productiviteit. Bij de berekening is geen onderverdeling in de onderliggende functies gemaakt, omdat alle werkzaamheden door hetzelfde type medewerker worden geleverd. De in dit onderzoek berekende kosten is EUR 75,30 per uur ADL-assistentie.

In figuur 0.1 wordt de berekening van de kosten per uur weergegeven

Kostensoort	Perc	EUR
<b>Salariskosten FTE</b>		€ 33.378
<b>Sociale lasten</b>	21,2%	€ 7.076
Zorggebonden materiele kosten	0,0%	€ -
Overige zorggebonden materiële lasten	0,0%	€ -
<b>Subtotaal zorggebonden kosten</b>	0,0%	€ -
Leidinggevenden	↓	↓
Overhead Staf	↓	↓
Algemene salaris lasten	↓	↓
<b>Subtotaal indirecte personeelskosten</b>	25,0%	€ 10.113
Algemene materiele lasten	5,5%	€ 2.225
Terrein- en gebouw gebonden lasten	6,3%	€ 2.549
Kapitaallasten	1,0%	€ 405
<b>Subtotaal materiele kosten en kapitaallasten</b>	12,8%	€ 5.178
<b>Totale kosten per FTE</b>		€ 55.746
Geleverde uren ADL-assistentie		741
<b>Kosten ADL assitentie per uur</b>		€ 75,30

Figuur 0.1: Berekening genormeerde kosten per uur ADL-assistentie

De berekende genormeerde kosten per uur zijn hoger dan het huidige tarief, omdat zorgaanbieders in de praktijk meer tijd schrijven (declareren) dan de 741 waar in de berekening van is uitgegaan (dus worden in de praktijk de kosten over meer uren omgeslagen, hetgeen tot een lager tarief leidt). De meeruren in de praktijk ten opzichte van de berekening in dit rapport betreffen:

- looptijd
- afrondingen naar boven van bij client bestede tijd (op 15 minuten)

De genoemde kosten per uur (prijspeil 2011) is normatief berekend en is **niet het nieuwe tarief** voor een eventuele nieuwe prestatie in 2014. De NZa zal het uiteindelijke tarief berekenen op aanwijzing van VWS.

### *Methode van berekenen*

De genormeerde kosten van één uur ADL-assistentie wordt berekend door de salariskosten plus indirecte kosten (zowel personeel als materieel) te delen door het aantal productieve uren.

### *Salariskosten*

Na de opslagen voor vakantiegeld, ORT en een eindejaarsuitkering komen gemiddeld de salariskosten voor één FTE ADL-assistent uit op EUR 33.378 per jaar. Hierbij is uitgegaan van het derde kwartiel van de schaal van de CAO die Fokus hanteert. Voorts wordt er in de berekening uitgegaan van 21,2% sociale lasten.

### *Indirecte kosten*

Voor het vaststellen van de normen voor ADL-assistentie om de *genormeerde* kosten voor ADL-assistentie te kunnen berekenen is een vergelijking gemaakt met de kosten die Fokus maakte in 2011 en wat gebruikelijk is volgens de normen vanuit de ZZP's. De indirecte personele en materiële kosten zijn berekend als opslag op de salariskosten van ADL-assistenten inclusief sociale lasten. Het totaal van kosten voor indirect personeel van Fokus (30,46% ten opzichte van de directe personele kosten) is hoger dan de norm voor de GHZ (19%) en de V&V (25%).

In deze normatieve berekening is, op basis van input van bijeenkomsten bij de NZa en vanuit de expert sessie, uitgegaan van een percentage van 25% indirecte personeelskosten en overhead (conform de norm in de V&V). Tijdens de expertsessie is aangegeven dat er geen reden is om aan te nemen dat de indirecte personeelskosten hoger zouden moeten zijn bij een aanbieder van ADL-assistentie dan een intramurale AWBZ instelling. Voor de algemene materiële lasten en terrein- en gebouw gebonden lasten zijn de percentages van de kosten aangehouden zoals deze blijken uit de jaarrekening van 2011 van Fokus.

### *Productieve uren*

De productiviteit voor ADL-assistentie valt onder te verdelen in:

- **Netto tijd:** Tijd die beschikbaar is na aftrek van niet-werkbare uren. (contracturen minus ziekteverzuim, vakantie, feestdagen verlof, scholing, etc). Hier is voor de productiviteit uitgegaan van 1481 netto uren per FTE.
- **Geleverde uren zorg:** Tijd dat er daadwerkelijk ADL-assistentie wordt geleverd. Hier wordt rekening gehouden met de huidige beschikbaarheidsfunctie. Op basis van eerdere analyses inzake productiviteit, is als uitgangspunt genomen dat 50% van de ingeroosterde tijd (netto tijd) aan directe zorgverlening wordt besteed (cliëntcontact). De overige 50% van de tijd is wachttijd en looptijd.
- Hierdoor bedraagt het aantal uren geleverde zorg 741 uur per FTE.

## **Inhoudsopgave**

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>i</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>vi</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Achtergrond & doelstelling	8
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Aanpak van het onderzoek	9
1.4 Scope van het onderzoek	10
1.5 Leeswijzer	11
<b>2 Omvang, aard en planbaarheid van ADL-assistentie</b>	<b>12</b>
2.1 Omvang van ADL-assistentie	12
2.2 Aard van ADL-assistentie	14
2.3 Planbaarheid ADL-assistentie	17
2.4 Alarmopvolging	22
<b>3 Doelgroepen analyse</b>	<b>23</b>
3.1 Ziektebeeld	23
3.2 Motorische beperkingen	25
3.3 Overige beperkingen	27
3.4 Verpleegbehoefte	27
3.5 Conclusie doelgroepen analyse	28
<b>4 Mogelijke bekostigingsvormen</b>	<b>29</b>
4.1 Mogelijke bekostigingsvormen	29
4.2 Toetsingskader	31
4.3 Toetsing van bekostigingsvormen	31
<b>5 Kostenonderzoek</b>	<b>34</b>
5.1 Aanpak	34
5.2 Uitgangspunten	34
5.3 Wijze van berekenen	35
5.4 Berekende kosten	36
<b>A Aanpak van het onderzoek</b>	<b>40</b>
<b>B Deelnemende partijen</b>	<b>44</b>
<b>C Gespreksonderwerpen interviews</b>	<b>45</b>

D	Clusterselectie	47
E	Vragenlijst cliëntkenmerken	48
F	Aanvullende resultaten	50
G	Resultaten cliëntkenmerken	55

*De in dit document vervatte informatie is uitsluitend bestemd voor de Nederlandse Zorgautoriteit met als doel inzicht te krijgen in de huidige omvang, aard en planbaarheid van de zorgverlening van ADL-assistentie, de mogelijkheid om doelgroepen te onderscheiden, de kosten die met ADL-assistentie gepaard gaan en inzicht in mogelijke bekostigingsvormen voor de toekomst en voor geen ander doel. KPMG advisory N.V. garandeert of verklaart niet dat de informatie in dit document geschikt is voor de doelstellingen van anderen dan de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit betekent dat ons document niet ter vervanging kan dienen van andere onderzoeken en procedures die anderen dan Nederlandse Zorgautoriteit zouden kunnen (of moeten) instellen met als doel toereikende informatie te krijgen aangaande zaken die voor hen van belang zijn. KPMG Advisory N.V. aanvaardt jegens anderen dan Nederlandse Zorgautoriteit geen aansprakelijkheid voor het document.*



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond & doelstelling

Het onderwerp van dit onderzoek is ADL-assistentie. ADL-assistentie is assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Deze assistentie wordt geleverd in ADL-clusters, waarbij meerdere woningen zijn gesitueerd in woonwijken (ca. 12 – 20 ADL-clusterwoningen). Kenmerkend voor ADL-assistentie is dat de zorg extramuraal, op afroep en op basis van een 24-uurs beschikbaarheid wordt geleverd, waarbij de zorgverlening bestaat uit persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en hand-en-spandiensten (H&S). De zorgverlening is erop geënt dat de persoon eigen regie over zijn of haar leven kan en wil behouden.

Momenteel wonen ruim 1.350 mensen in ADL-clusterwoningen, verdeeld over ongeveer 100 ADL-clusters in het hele land. ADL-assistentie wordt geleverd door drie zorgaanbieders: Stichting Fokus Exploitatie (Fokus), Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ) en de Osiragroep (Osira). Fokus is verreweg de grootste zorgaanbieder met ruim 1.300 mensen in ADL-clusterwoningen.

De huidige AWBZ-bekostiging van ADL-assistentie is geregeld door de tijdelijke beleidsregel CA-300-513. Per 2014 vervalt deze beleidsregel en zal een permanente bekostigingsvorm voor ADL-assistentie van kracht worden. Een eerste stap daarvoor is het verkrijgen van inzicht in de huidige omvang, aard en planbaarheid van de zorgverlening, alsmede de mogelijkheid om doelgroepen te onderscheiden. Ook inzicht in de kosten die met ADL-assistentie gemoeid zijn en inzicht in mogelijke bekostigingsvormen is van belang. De doelstelling van dit onderzoek is om deze zaken inzichtelijk te maken.

## 1.2 Vraagstelling

Uit de achtergrond en doelstelling van dit onderzoek volgen de hierna genoemde onderzoeksonderwerpen<sup>1</sup>:

- Analyse van de geleverde ADL-assistentie naar aard en omvang
- Uitspraak over de planbaarheid van de ADL-assistentie
- Doelgroepen analyse
- Analyse van mogelijke bekostigingsvormen (zonder conclusie)
- Kostprijs berekening voor een uur ADL-assistentie (huidige situatie)

In dit rapport worden de mogelijke bekostigingsvormen voor ADL-assistentie uiteengezet met als doel om bijbehorende mogelijke voor- en nadelen in kaart te brengen. In dit rapport worden echter geen concluderende bevindingen ten aanzien van de best passende bekostigingsvorm opgenomen. De opdracht om te komen tot een nieuwe aanspraak is door het ministerie van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgezet bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

---

<sup>1</sup> De vraagstelling van het onderzoek wijkt af van de oorspronkelijke vraagstelling dit is per d.d. 26 juli aan de Nederlandse Zorgautoriteit bevestigd. De exploitbaarheid van ADL-assistentie is niet in deze rapportage opgenomen.

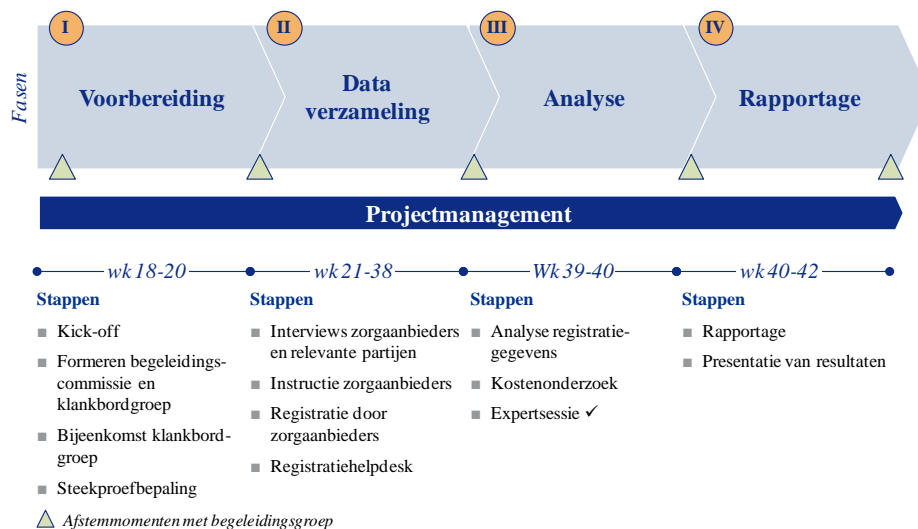
In de initiële opdracht is een ondergrens van 10 uur ADL-assistentie per week meegenomen voor het onderzoeken en analyseren van de resultaten. Uit de registratiegegevens blijkt echter dat 41% van de cliënten minder dan tien uur ADL-assistentie per week ontvangen. In overleg met de opdrachtgever en veldpartijen is daarom besloten om deze groep cliënten wel mee te nemen in de resultaten.

## 1.3 Aanpak van het onderzoek

De aanpak van het onderzoek bestaat uit kwalitatieve (interviews en validatie van kwantitatieve onderzoeksresultaten) en kwantitatieve elementen (verzameling data en analyse van ADL-assistentie in uren en kosten).

Figuur 1.1 geeft het gefaseerde plan van aanpak schematisch weer. Voor een nadere toelichting op de onderzoekselementen kan bijlage A worden geraadpleegd, waar wordt ingegaan op:

- het kwalitatief onderzoek inclusief de expertsessie, en
- het kwantitatief onderzoek inclusief de registratie van gegevens door zorgaanbieders en het kostenonderzoek.



Figuur 1.1: Plan van aanpak

### 1.3.1 Bijdrage van betrokken veldpartijen aan het onderzoek

Bijdrage van de belanghebbende veldpartijen aan het onderzoek is van belang voor de kwaliteit van de uitkomsten van het onderzoek. Vooral voor de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens en voor de analyse van deze gegevens. Deze bijdrage is geborgd door:

- 1 Het opzetten van een klankbordgroep waarin de zorgaanbieders, de CG-raad en NPCF zijn uitgenodigd. Deze klankbordgroep is geïnformeerd over de opzet en aanpak van het onderzoek en de uiteindelijke resultaten. De klankbordgroep heeft daarbij gevraagd en ongevraagd advies kunnen geven.
- 2 Het opzetten van een begeleidingscommissie waarin VWS, CIZ, ZN, VGN en CVZ hebben deelgenomen. Deze commissie is maandelijks bijeengekomen om de voortgang van het

onderzoek te bespreken. Ook de begeleidingscommissie heeft daarbij gevraagd en ongevraagd advies gegeven.

- 3 Interviews met zorgaanbieders (Fokus, Osira, SWZ) en relevante veldpartijen (VWS, CIZ, ZN, VGN en CVZ).
- 4 Participatie van deelnemers uit zowel de begeleidingscommissie als de klankbordgroep in een expertsessie waarin de herkenbaarheid van de onderzoeksresultaten is gepeild en de resultaten door de aanwezigen zijn besproken en bediscussieerd. Waar nodig zijn toelichtingen gegeven die in dit rapport zijn meegenomen.

### **1.3.2 Registratie door zorgaanbieders**

De totale populatie van cliënten die ADL-assistentie ontvangen omvat 1.353 cliënten, verspreid over 100 clusters en drie verschillende zorgaanbieders. Uitgaande van een betrouwbaarheidspercentage van 95% met een foutmarge van 5% bedraagt de minimale omvang van een representatieve steekproef 300 cliënten. De uiteindelijke steekproef bestaat uit 351 cliënten verspreid over 25 clusters. In de geselecteerde clusters is alle ADL-assistentie aan alle cliënten in het ADL-cluster geregistreerd. Het grootste gedeelte van de registraties (22 clusters) is (conform de huidige situatie) uitgevoerd bij één zorgaanbieder. De selectie van de clusters is gerandomiseerd. Hierbij is rekening gehouden met:

- Geografische spreiding
- Verschillende groottes
- Verschillende aanvangsjaren

Een overzicht van de geselecteerde clusters is opgenomen in bijlage D. Er is door de instellingen vier weken geregistreerd. Bij één aanbieder was de afspraak gemaakt om twee clusters te registreren. Later bleek de registratie niet goed te zijn verlopen en is uiteindelijk besloten dit cluster niet meer in het onderzoek te betrekken.

## **1.4 Scope van het onderzoek**

De huidige populatie cliënten die in ADL-clusters wonen, ontvangen in de huidige situatie zorg die vanuit diverse bronnen bekostigd wordt en door verschillende zorgverleners geleverd wordt.

- 1 Ten eerste ontvangen ADL-cliënten ADL-assistentie (persoonlijke verzorging, verpleging en hand-en-spandiensten) in en rond de woning in een ADL-cluster, zoals bekostigd middels de (tijdelijke) beleidsregel inzake ADL-assistentie.
- 2 Aanvullend op deze zorg komt het voor dat ADL-cliënten persoonlijke verzorging ontvangen in en om de woning, bekostigd middels een reguliere AWBZ-indicatie voor persoonlijke verzorging.
- 3 Voor de zorg buiten het ADL-cluster (persoonlijke verzorging en verpleging) wordt doorgaans een PGB budget ingezet.
- 4 Voor verpleging kan een cliënt ervoor kiezen om ofwel de zorgaanbieder van ADL-assistentie de verpleging te laten verlenen (dan valt de verleende zorg onder 1), dan wel een andere zorgaanbieder te contracteren of om de verpleging zelf te regelen en te bekostigen middels PGB.

5 Daarnaast ontvangen veel cliënten huishoudelijke hulp die middels de WMO bekostigd wordt.

Dit onderzoek richt zich uitsluitend op ADL-assistentie in en rond de ADL-clusterwoning, die bekostigd wordt middels de tijdelijke regeling die momenteel van kracht is (zorg vallend onder 1).

Bij het onderzoek worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

Scope van het onderzoek	
Binnen het onderzoek	Buiten het onderzoek
Inzicht verkrijgen in omvang, aard en kosten van de huidige zorgverlening	Eventuele andere (AWBZ) zorg die geleverd wordt aan ADL-cliënten (PGB + natura)
Huidige populatie ADL-assistentie op basis van statistische steekproef	Andere (mogelijke ) cliëntgroepen
De ADL-assistentie in zijn huidige vorm bij de verschillende aanbieders	Evaluatie van de kwaliteit van zorg

*Figuur 1.2: Scope van het onderzoek*

Deze scopebepaling houdt in dat de resultaten zoals weergegeven in dit onderzoek niet het geheel aan zorgverlening zoals ontvangen door ADL-cliënten in kaart brengt.

## 1.5 Leeswijzer

Het rapport is opgedeeld in zes hoofdstukken:

- Hoofdstuk 1: Achtergrond en doelstelling van het onderzoek, vraagstelling die centraal staat, aanpak en scope van het onderzoek
- Hoofdstuk 2: Analyse van omvang, aard en planbaarheid van ADL-assistentie
- Hoofdstuk 3: Doelgroepanalyse
- Hoofdstuk 4: Analyse van mogelijke bekostigingsvormen
- Hoofdstuk 5: Kostenonderzoek

## 2 Omvang, aard en planbaarheid van ADL-assistentie

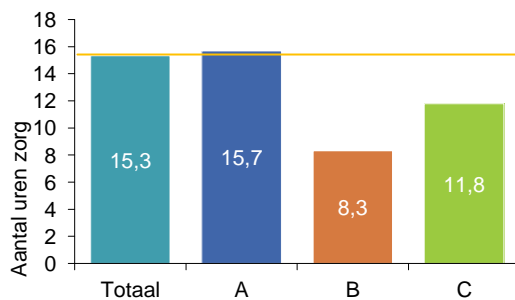
Dit hoofdstuk gaat in op de resultaten en conclusies omtrent de omvang, aard en planbaarheid van ADL-assistentie, zoals in- en om de woning binnen het ADL-cluster verleend wordt. Tot slot wordt ingegaan op alarmopvolging.

### 2.1 Omvang van ADL-assistentie

De omvang van de geleverde ADL-assistentie wordt uitgedrukt in een gemiddeld aantal uren zorgverlening per cliënt per week. Figuur 2.1 toont dit gemiddelde voor de totale steekproef (in de linkerkolom) en per zorgaanbieder. De gemiddelde zorgverlening per cliënt per week voor de gehele steekproef is 15,3 uur. Dit varieert van 15,0 tot 15,6 uur per week. In figuur 2.2 is de steekproef op basis van het gemiddeld aantal uren zorgverlening ingedeeld in oplopende categorieën, elk met een bandbreedte van 5 uur zorgverlening per week. De categorieën met een gemiddelde onder de tien uur, zijn met een lichte kleur weergegeven. Figuur 2.3 laat tot slot de gemiddelde omvang van de zorgverlening zien in de verschillende clusters uit de steekproef.

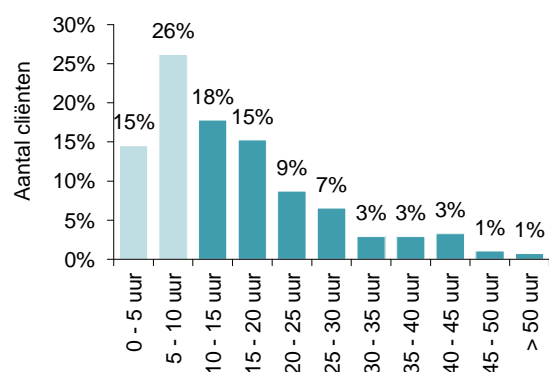
In bijlage F.1 zijn aanvullende figuren opgenomen met betrekking tot de omvang van de zorgverlening. Het gaat om een tabelweergave van alle gemiddelden (F1.1), de spreiding van dit gemiddelde over de weken, zorgaanbieders en clusters (F1.2) en een drietal figuren die inzicht geven in de zorgzwaarte van de cliënten uit de steekproef per zorgaanbieder (F1.3). Ook deze resultaten zijn in de conclusies met betrekking tot de omvang van de zorgverlening meegenomen.

**Gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per zorgaanbieder**



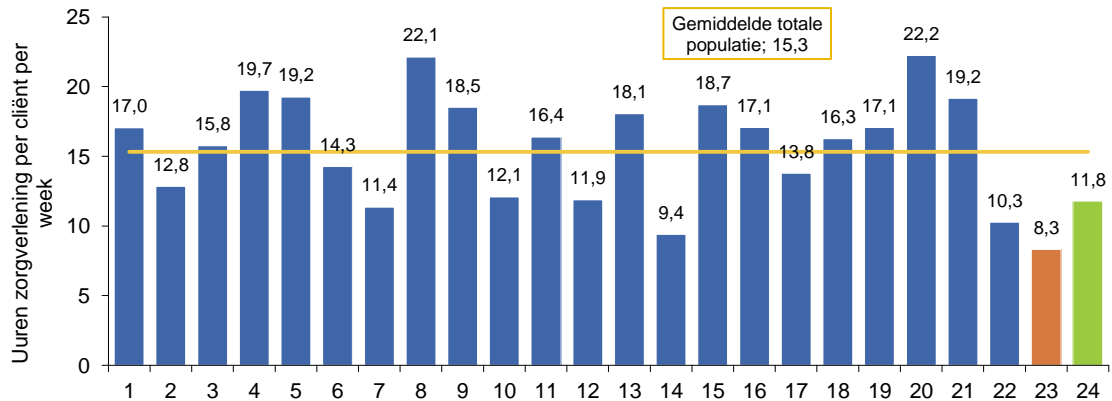
*Figuur 2.1: Omvang ADL-assistentie per zorgaanbieder*

**Percentage cliënten per categorie ADL-assistentie**



*Figuur 2.2: Cliënten verdeeld over categorieën op basis van gemiddelde omvang van zorgverlening*

### ADL-assistentie per cluster (gemiddelde)

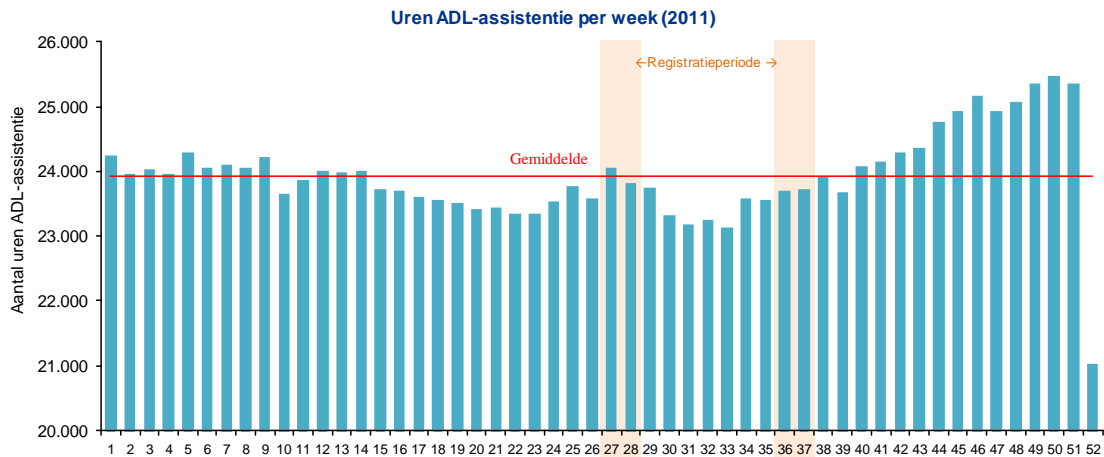


Figuur 2.3: Gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per ADL-cluster

### Conclusies omvang van ADL-assistentie

Uit de resultaten blijken de volgende conclusies:

- De weergegeven resultaten geven uitsluitend de ADL-assistentie weer die in en rond de woning wordt verleend aan ADL-cliënten. Alle overige vormen van zorg die buiten de scope van het onderzoek vallen worden hier niet in meegenomen.
- Het hoogst gemeten gemiddelde bij een zorgaanbieder is 15,7 uur ADL-assistentie per cliënt per week. De andere twee zorgaanbieders meten een gemiddelde van 11,8 en 8,3 uur ADL-assistentie per week. Hieruit blijkt dat de gemiddelde omvang van de zorgverlening in uren verschilt per zorgaanbieder.
- Er zijn veel cliënten met relatief weinig uren zorgverlening per week, 41% van de cliënten in de steekproef ontvangt minder dan 10 uur ADL-assistentie per week 5% van de cliënten ontvangt juist zeer veel uren zorgverlening (meer dan 40 uur ADL-assistentie per week).
- Het verschil tussen de week met het hoogste gemiddelde (15,6 uur/week) en het laagste gemiddelde (15,0 uur/week) is 0,6 uur.
- Zowel in de interviews als in de expertsessie is genoemd dat de zorgverlening in de zomerperiode vaak lager ligt dan in de winter. Dit komt bijvoorbeeld omdat cliënten geen jas aantrekken bij het naar buiten gaan in de zomer. Periodes met extreme hitte kunnen de zorgvraag juist doen stijgen. Een aanvullende analyse op de door één zorgaanbieder verleende ADL-assistentie in 2011 geeft het beeld zoals weergegeven in figuur 2.4. Hieruit blijkt een fluctuatie van het aantal uur zorgverlening per week, waarbij de betreffende registratieweken voor het onderzoek in 2012 (weergegeven in het gearceerde gedeelte) een goede weergave van het gemiddelde zijn).



Figuur 2.4: Uren ADL-assistentie per week 2011, bron CVZ

- De gemiddelde omvang van de geleverde ADL-assistentie per cluster verschilt sterk. Er zijn vier clusters die binnen een bandbreedte van 1,5 uur van het totaal gemiddelde meten (13,8 – 16,8 uur).
- Er zijn diverse clusters die uitschieten naar boven met als uitschieter een cluster met gemiddeld 22,2 uur zorgverlening per cliënt per week. Het cluster met het laagste gemiddelde levert gemiddeld 8,3 uur zorg per cliënt per week.
- De spreiding van de omvang van zorgverlening aan cliënten is relatief groot. De 50% van cliënten rond de mediaan van 12,6 uur valt in een bandbreedte van 6,8 tot 20,6 uur zorgverlening per week. Dit is een bandbreedte die wijst op verschillen in omvang van de zorgverlening tussen cliënten en clusters.

## 2.2 Aard van ADL-assistentie

Om te kijken naar de aard van ADL-assistentie wordt de zorgverlening verdeeld in drie soorten functies; te weten persoonlijke verzorging, verpleging en hand-en-spandiensten. De zorgaanbieders hebben de ADL-assistentie verdeeld over deze drie functies separaat geregistreerd. Voor de onderverdeling naar deze functies zijn de volgende definities aangehouden.

Persoonlijke verzorging en verpleging komen overeen met de AWBZ-functies persoonlijke verzorging en verpleging. Hand-en-spandiensten is een niet bestaande functie in de AWBZ. Deze activiteit is gedefinieerd in overleg met Fokus.

- **Persoonlijke verzorging (PV)**

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aanzelfredzaamheid.

- **Verpleging (VP)**

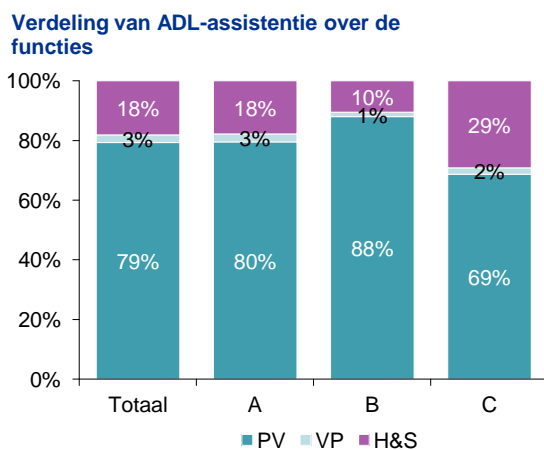
Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap.

- **Hand-en-spandiensten (H&S)**

Diensten die in de verblijfssetting logisch onderdeel zijn van het dienstenpakket, maar in de extramurale zorg niet behoren tot de verzekerde zorg. Deze onplanbare diensten zorgen ervoor dat regie over eigen leven kan worden gevoerd en maken een zelfstandig leven van de cliënt mogelijk.

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de resultaten met betrekking tot de verdeling van de zorgverlening over deze drie functies. Figuur 2.5 toont de gemiddelde verdeling van alle geregistreerde uren ADL-assistentie en vergelijkt deze totaalverdeling met de verdeling per zorgaanbieder. Figuur 2.6 toont de verdeling over de functies in relatie tot de omvang van de zorgvraag. De cliënten zijn ingedeeld in klassen van telkens 5 uur meer zorgverlening en per klasse wordt de verdeling over de functies getoond. Figuur 2.7 geeft tot slot een nader inzicht in de functie persoonlijke verzorging. Alle cliënten zijn ingedeeld naar klassen op basis van de omvang van de geleverde PV. De opbouw van klassen is conform de CIZ-indicatiewijzer 5.0.

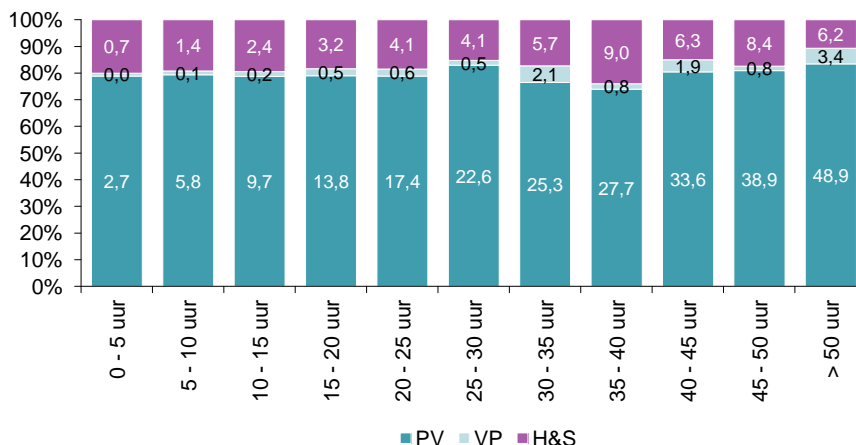
In bijlage F.2 zijn enkele aanvullende figuren opgenomen met betrekking tot de aard van de zorgverlening. Hier is een verdeling van de cliënten over klassen met betrekking tot verpleging (F2.1) en hand-en-spandiensten (F2.2) opgenomen.



Figuur 2.5: Functieverdeling gemiddeld en per zorgaanbieder

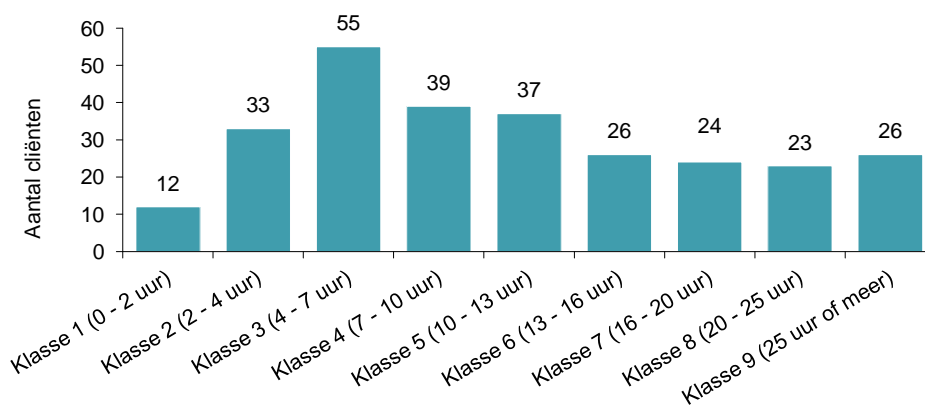


### Percentage PV, VP en H&S per categorie ADL-assistentie



Figuur 2.6: Functieverdeling in relatie tot omvang van de zorgverlening

### Aantal cliënten per klasse - persoonlijke verzorging



Figuur 2.7: Verdeling van steekproef in klassen persoonlijke verzorging

### Conclusies aard van ADL-assistentie

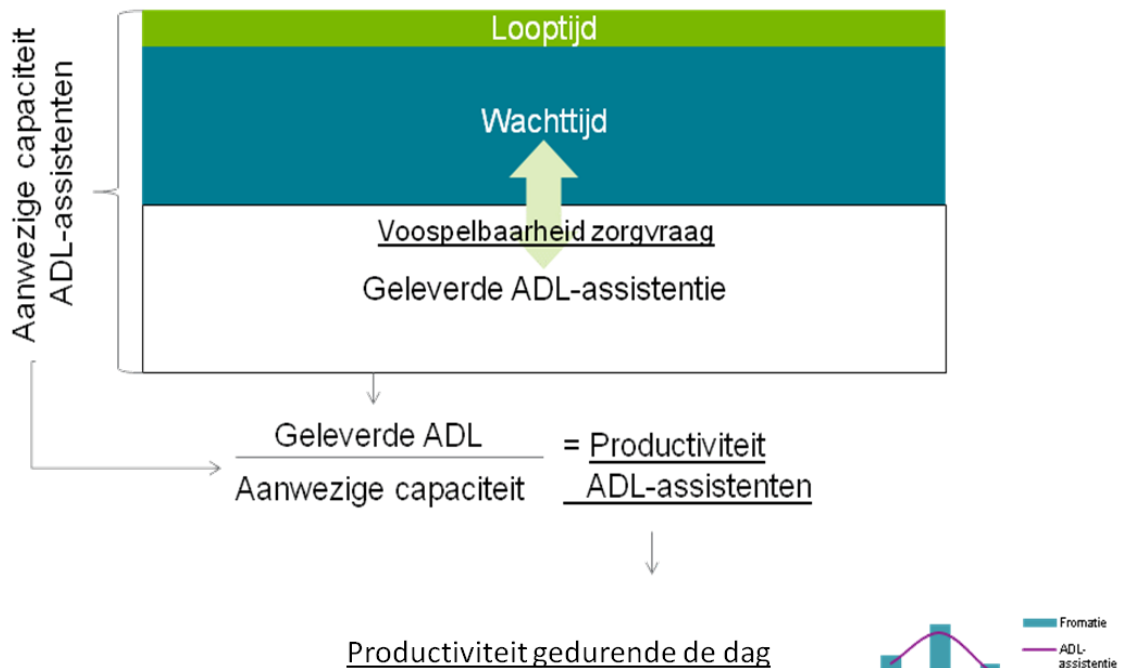
Uit de resultaten blijken de volgende conclusies:

- Circa 79% van de verleende ADL-assistentie bestaat uit persoonlijke verzorging, 3% uit verpleging en de overige 18% uit hand-en-spandiensten. Dit gemiddelde wordt voornamelijk bepaald door één zorgaanbieder. De andere twee zorgaanbieders laten een enigszins afwijkend beeld zien, waarbij het aandeel hand-en-spandiensten kleiner dan wel groter is dan het gemiddelde.
- Het lage percentage verpleging betekent niet dat cliënten geen verpleging ontvangen, alleen dat maar een klein deel verpleging wordt afgenomen bij de aanbieder van de ADL-assistentie. Hier wordt nader op ingegaan in hoofdstuk 3 (verpleegbehoefte).
- De verdeling over de functies is onafhankelijk van de omvang van de totale zorgvraag. Zowel bij cliënten die veel, als bij cliënten die weinig uren ADL-assistentie ontvangen wordt 80% van de assistentie geleverd in de vorm van persoonlijke verzorging.
- 161 cliënten ontvingen ADL-assistentie in de vorm van verpleging. In 135 gevallen ging het om 1 uur of minder per week.

## 2.3 Planbaarheid ADL-assistentie

Naast de omvang en aard van de zorgvraag is behoefte aan inzicht in de planbaarheid van ADL-assistentie. In dit onderzoek wordt onder planbaarheid het volgende verstaan: de mate waarin het mogelijk is om de inzet van de zorgverleners (ADL-assistenten) af te stemmen op de zorgvraag van de ADL-cluster bewoners.

Onderstaande afbeelding laat de samenhang zien van de uitgevoerde analyses:



*Samenhang analyses planbaarheid*

- **Gemiddelde productiviteit van ADL-assistenten**

De gemiddelde productiviteit wordt gemeten door het totaal aantal uur geleverde ADL-assistentie per cluster af te zetten tegen de totaal aanwezige capaciteit van de ADL-assistenten. Het verschil tussen het aantal uren geleverde ADL-assistentie en de aanwezige capaciteit wordt besteed aan wachten op oproepen en looptijd naar cliënten.

- **Verloop productiviteit gedurende de dag**

Deze analyse is gedaan bij één zorgaanbieder (A) en is gebaseerd op de inlogtijden van de contactmomenten. De geleverde ADL-assistentie in uren wordt afgezet tegen de ingeroosterde formatie in uren (de aanwezige capaciteit) gedurende de dag. Op deze manier wordt de productiviteit gedurende de dag inzichtelijk.

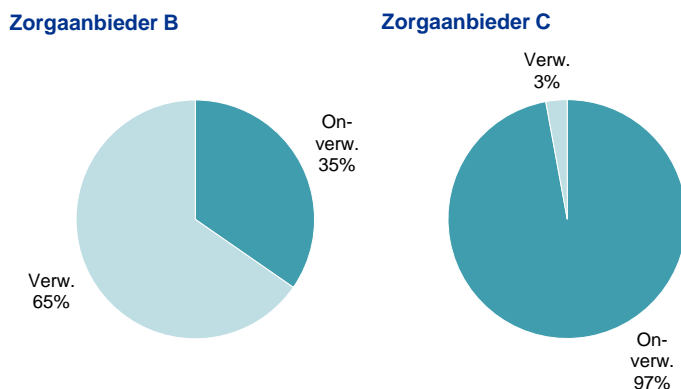
- **Voorspelbaarheid van de zorgvraag**

Voor twee zorgaanbieders is deze analyse gebaseerd op de registratie per contactmoment dat dit contact verwacht dan wel onverwacht was. De voorspelbaarheid van de zorgvraag is van invloed op de wachttijd en daarmee ook de productiviteit.

### 2.3.1 Voorspelbaarheid van de zorgvraag

ADL-assistentie wordt verleend op basis van afroep en 24-uurs beschikbaarheid. Hierbij wordt als norm een maximale reactietijd gehanteerd van 15 minuten. Deze reactietijd is onderdeel van het zorgconcept. Vanuit het onderzoek kunnen geen uitspraken worden gedaan in hoeverre aan deze leveringsvoorwaarde wordt voldaan. Om de beschikbaarheid en de reactietijd te kunnen realiseren, zal altijd voldoende personeel aanwezig moeten zijn die in staat is eventuele pieken in de zorgvraag op te vangen. Hoe groter de voorspelbaarheid van deze pieken is, hoe beter de formatie daarop aangepast kan worden. Om hier inzicht in te krijgen hebben twee van de drie zorgaanbieders per contactmoment aangegeven of het contact met de cliënt verwacht dan wel onverwacht was (Deze twee aanbieders hebben in totaal echter maar drie projecten, waarvan bij de aanbieder met twee projecten één project niet is meegenomen in dit onderzoek). Onder een verwacht contact wordt een oproep op afspraak of een dagelijks terugkerende oproep verstaan. Onverwachte contacten zijn alle contacten waar de ADL-assistent niet op voorhand rekening mee kan houden. Deze indeling is niet eenduidig op activiteitsniveau vast te stellen en zeker voor interpretatie van de ADL-assistenten vatbaar.

Figuur 2.8 geeft inzicht in de voorspelbaarheid van de zorgverlening door het aandeel verwachte contacten en het aandeel onverwachte contacten bij zorgaanbieders B en C.



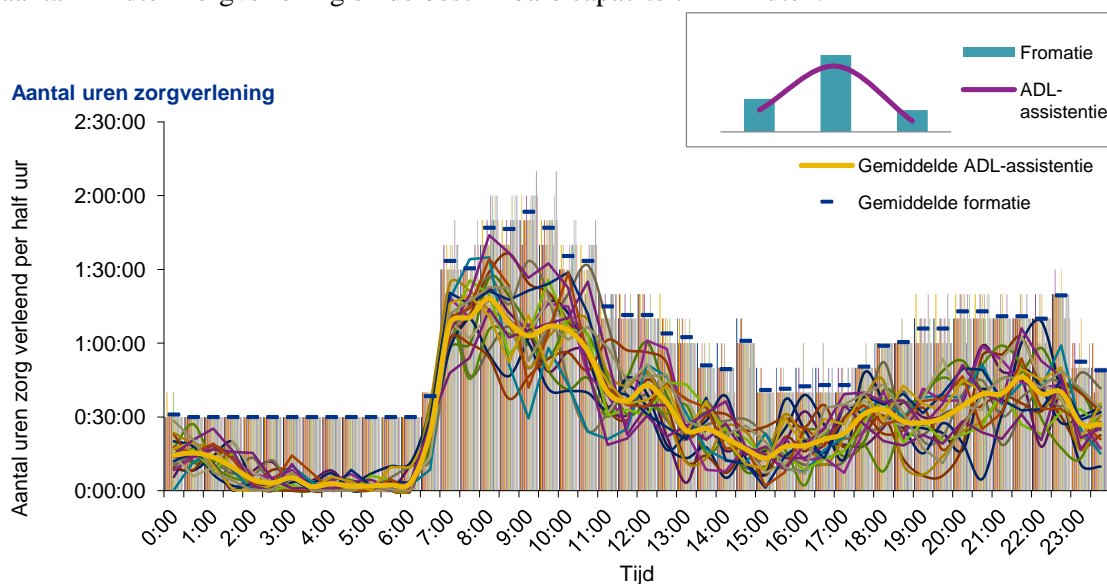
Figuur 2.8: Aantal verwachte versus onverwachte contacten

#### Resultaten voorspelbaarheid van de zorgvraag

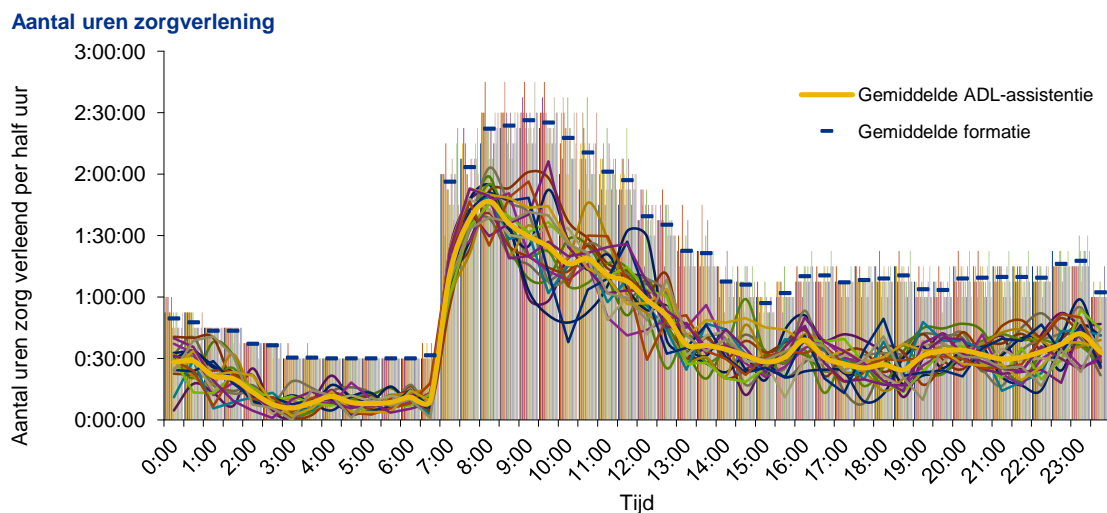
Zorgaanbieders B en C laten een groot verschil zien in verwachte en onverwachte oproepen. Aangezien alle zorgcontacten voortkomen uit een oproep door de cliënt worden er van te voren in principe geen afspraken gemaakt over het moment van zorgverlening. Dit is onderdeel van de (tijdelijke) aanspraak ADL-assistentie en het zorgconcept. Zorgaanbieders geven aan dat zij pas contact zoeken met de cliënt voor zorg wanneer de cliënt dat aangeeft door middel van een oproep. Er zijn echter wel cliënten die elke dag rond dezelfde tijd zorg ontvangen en hier kunnen de ADL-assistenten ook op anticiperen. In deze zin zijn de contacten dus wel te verwachten. Hoewel er heldere instructies zijn verleend is het mogelijk dat er een verschil in interpretatie is geweest tussen de zorgverleners. De belangrijkste conclusie blijft echter dat een grote hoeveelheid van de zorgcontacten niet verwacht wordt door de ADL-assistenten.

## 2.3.2 Verloop productiviteit gedurende de dag

De tweede analyse geeft inzicht in de omvang van de aanwezige ADL-assistenten t.o.v. de geleverde zorg gedurende de gemeten dagen (oftewel, het verloop van de productiviteit gedurende de dag). Figuur 2.9 heeft betrekking op de kleine clusters (9-11 cliënten) en figuur 2.10 op de grote clusters (16-22 cliënten). De twee grafieken tonen per half uur de totale omvang van geleverde ADL-assistentie (lijnen) en de totale omvang van de formatie (staven) zoals ingeroosterd per ADL-cluster. Beide grafieken bevatten aparte lijnen voor elke werkdag in de registratieperiode en een lijn met het gemiddelde over alle werkdagen. Onder zorgverlening wordt alle tijd verstaan die de ADL-assistent besteedt binnen de woning, dus de tijd tussen inchecken bij het binnengaan en uitchecken bij het naar buiten gaan. Zo wordt een patroon zichtbaar in de verleende ADL-assistentie en is het verschil te zien tussen het daadwerkelijk aantal minuten zorgverlening en de beschikbare capaciteit in minuten.



Figuur 2.9: Kleine clusters (9-11 cliënten): uren zorgverlening ten opzichte van formatie per cluster



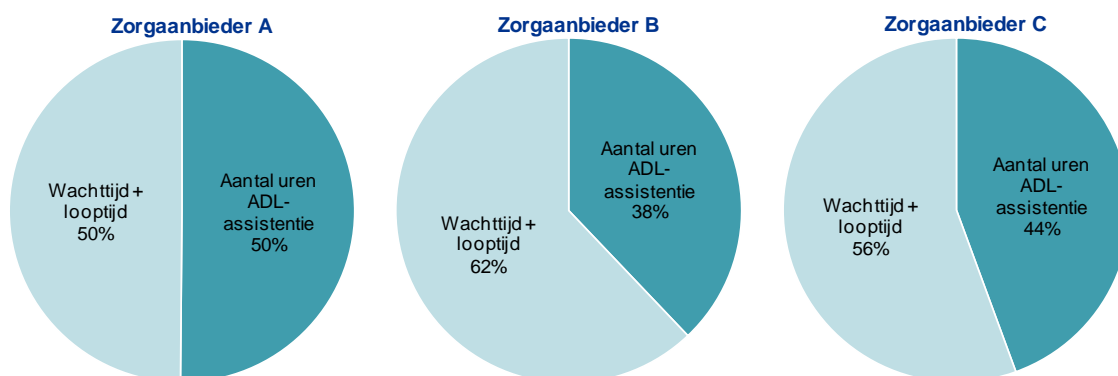
Figuur 2.10: Grote clusters (16-22 cliënten): uren zorgverlening ten opzichte van formatie per cluster

### Resultaten overcapaciteit in formatie

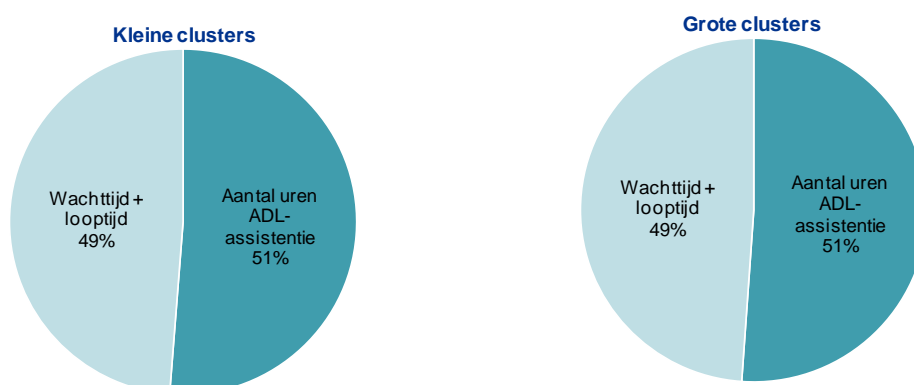
Bij zowel grote als kleine clusters (hierin zijn alleen de clusters van Fokus meegenomen) zijn patronen te ontdekken in de zorgvraag van cliënten binnen een cluster. De formatie wordt hierop afgestemd. Zo is er bijvoorbeeld gedurende de nacht een aanzienlijk lagere formatie aanwezig. Echter, in alle clusters (grote en kleine) is sprake van extra formatie om de beschikbaarheidsfunctie in stand te kunnen houden en om een eventuele piek in de zorgvraag op te kunnen vangen.

### 2.3.3 Gemiddelde productiviteit van ADL-assistenten

De derde analyse om inzicht te verkrijgen in de planbaarheid van ADL-assistentie is de gemiddelde productiviteit van ADL-assistenten bij de verschillende zorgaanbieders. Wanneer een zorgaanbieder een hoge productiviteit van de ingezette medewerkers realiseert, laat dit zien dat zij goed in staat zijn de aanwezige formatie af te stemmen op de zorgvraag. Figuur 2.11 toont de gemiddelde productiviteit van ADL-assistenten bij de verschillende zorgaanbieders. Figuur 2.12 toont de gemiddelde productiviteit van kleine en grote clusters.



Figuur 2.11: Productiviteit van de ADL-assistenten, opgesplitst naar zorgaanbieder



Figuur 2.12: Productiviteit van de ADL-assistenten, opgesplitst naar kleine en grote clusters

### *Resultaten productiviteit ADL-assistenten*

De gemiddelde productiviteit van de drie zorgaanbieders is respectievelijk 50%, 38% en 44%. Er is sprake van een grote onderlinge afwijking tussen de verschillende zorgaanbieders. Uit analyse blijkt dat clusters met een grote zorgvraag gemiddeld een hogere productiviteit hebben dan clusters met een kleine zorgvraag. Het is mogelijk dat de ADL-assistenten in deze clusters efficiënter ingezet kunnen worden. Dit geldt met name in de 'dal-uren' (zoals in de nacht) waarbij het waarschijnlijk is dat een groep 'zwaardere' cliënten vaker zorg nodig zullen hebben dan een groep 'lichtere' cliënten. Hierdoor is de wachttijd in dergelijke 'dal-perioden' waarschijnlijk lager voor een cluster met een grote zorgvraag.

Er is geen verschil gevonden in productiviteit tussen grote en kleine clusters, de gemiddelde productiviteit ligt bij beide groepen op 51%. Uit deze resultaten is af te leiden dat schaalvoordeel niet leidt tot een vermindering van de wachttijden door het efficiënter inzetten van personeel.

## **2.3.4 Conclusies planbaarheid**

### *Conclusies planbaarheid van ADL-assistentie*

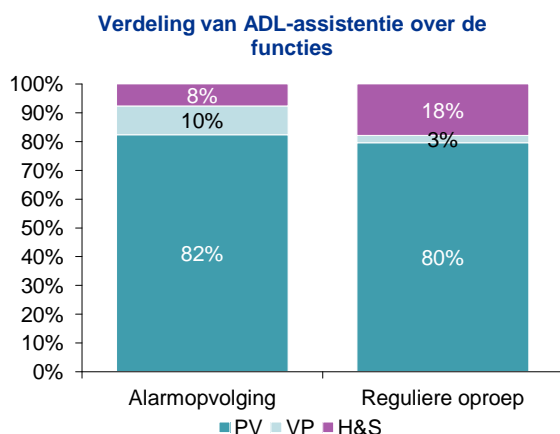
- Er zijn patronen te ontdekken in de zorgvraag van cliënten binnen een ADL-cluster gedurende de dag. Hoewel het gezien de inzet van formatie mogelijk is de bezetting hier (gedeeltelijk) op af te stemmen, blijkt dat de zorgaanbieder structureel meer formatie inroostert dan de zorgvraag. De hoeveelheid hiervan fluctueert gedurende de dag. Een reden hiervoor is ondermeer om de in het zorgconcept van de zorgaanbieders vastgelegde reactietijd van 15 minuten op ieder moment te kunnen garanderen als mede het op tijd kunnen anticiperen op alarmmeldingen.
- De productiviteit van ADL-assistenten verschilt tussen de verschillende zorgaanbieders. Het beeld uit de analyse op voorspelbaarheid is hierin terug te zien, met een groot aandeel wacht- en looptijd bij twee van de zorgaanbieders.
- Er is geen verschil in productiviteit tussen grote en kleine clusters.
- Er is een verschil in productiviteit tussen clusters met 'zware' cliënten (hoge zorgvraag) en clusters met 'lichte' cliënten (lage zorgvraag), waarbij clusters met een hoge zorgvraag een hogere productiviteit (55,2%) hebben ten opzichte van clusters met een lagere zorgvraag (46,1%). Clusters met een gemiddelde zorgvraag hebben een gemiddelde productiviteit van 49,1%.
- De zorgaanbieders geven aan dat zij de formatie zo goed mogelijk afstemmen op de te verwachten zorgvraag. Zij geven aan dat het niet mogelijk is om de inzet van de zorgverleners volledig af te stemmen door schommelingen in de zorgvraag. De zorgverlening laat gedurende de dag wel eenduidige patronen zien die het mogelijk maken om personeel op in te plannen.

## 2.4 Alarmopvolging

Een uniek aspect van ADL-assistentie is de alarmopvolging. Cliënten kunnen in geval van nood een alarmoproep doen en worden dan met spoed geholpen. Van één van de zorgaanbieders is geregistreerd of de oproep een alarmopvolging betrof of niet. Vervolgens is gekeken naar de gemiddelde duur van de oproep en ook de verdeling over persoonlijke verzorging, verpleging en hand-en-spandiensten.

Op 39.666 contactmomenten hebben zich 224 alarmopvolgingen voorgedaan. Dit komt neer op 0,6% van alle oproepen. Deze alarmoproepen zijn gedaan door in totaal 58 cliënten (dit is bij één zorgaanbieder geregistreerd), waarvan 44 cliënten 1-2 keer gedurende de registratieperiode een alarmoproep heeft geplaatst. Zorgaanbieders geven aan dat demogelijkheid voor alarmoproepen voor een aantal cliënten erg belangrijk is. Zonder de mogelijkheid tot een alarmoproep zou een deel van de cliënten niet in staat zijn zelfstandig te wonen.

Figuur 2.13 geeft de verhouding tussen de verschillende activiteiten weer voor reguliere- en alarmoproepen.



Figuur 2.13: Verdeling zorgverlening alarmoproepen over de functies

Het aandeel verpleging is aanzienlijk groter bij alarmopvolging dan bij reguliere oproepen. Noodoproepen hebben namelijk vaak te maken met problemen bijvoorbeeld rondom thuisbeademing, waarbij verpleegkundig handelen vereist is. Het aandeel hand-en-spandiensten is kleiner bij alarmopvolgingen, omdat hand-en-spandiensten over het algemeen niet acuut van aard zijn.

Evenals bij de aard van het contact is ook de duur van het contact een verschil te constateren tussen alarmoproepen en reguliere oproepen. De duur van het contact bij alarmopvolging is gemiddeld korter. Een contact na alarmopvolging duurde gemiddeld 13 minuten en een regulier contact 26 minuten.

Uit een analyse van de cliëntkenmerken van de cliënten die een alarmoproep geplaatst hebben gedurende de registratieperiode blijkt geen eenduidig profiel. Zowel de ziektebeelden, de motorische beperkingen en de gemiddelde zorgverlening verschilt tussen de cliënten die gebruik hebben gemaakt van alarmoproepen.

### 3 Doelgroepen analyse

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de omvang, aard en planbaarheid van ADL-assistentie. Nu wordt ingegaan op de kenmerken van de cliënten die ADL-assistentie ontvangen, door een doelgroepen analyse. Het belang van de doelgroepenanalyse is om te onderzoeken of er cliëntkenmerken en/of -profielen zijn die een direct verband hebben met de omvang van de zorgverlening aan de cliënten. Inzicht in dergelijke kenmerken en profielen is met name van belang bij het vaststellen van een zorgindicatie per cliënt, waarbij een afleiding van de zorgvraag gemaakt wordt.

Een **kenmerk** betreft een enkel onderwerp (bijvoorbeeld: ziektebeeld). Een **profiel** bestaat uit een combinatie van kenmerken die zich bij meerdere cliënten voordoet. Wanneer sprake is van een cliëntprofiel dat op meerdere cliënten van toepassing is en verband houdt met de zorgbehoefte, spreken we van een **doelgroep**.

In deze volgende paragrafen wordt gekeken naar verschillende kenmerken en cliëntprofielen om te onderzoeken of deze verband houden met de zorgbehoefte van de cliënten. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan:

- Ziektebeeld
- Motorische beperkingen
- Overige beperkingen
- Verpleegbehoefte

Per paragraaf wordt inzicht gegeven in de resultaten vanuit de ingevulde vragenlijsten en de mate waarin een verband te vinden is met de omvang van zorgverlening. Aanvullende informatie omtrent de resultaten is opgenomen in bijlage G.

#### 3.1 Ziektebeeld

Voor de analyse van de ziektebeelden zijn in overleg met de zorgaanbieders 17 ziektebeelden vastgesteld: spierziekte, ME, dwarslaesie, MS, reuma, niet aangeboren hersenletsel, parkinson, polio, post traumatische dystrofie, spina bifida, spasticiteit, amputatie van ledematen, aangeboren beperkingen aan ledematen en/of rug, groeistoornissen, obesitas, ernstig hartfalen met ernstig fysieke beperkingen, overige (hiervoor niet genoemd).

De resultaten uit de ingevulde vragenlijsten met betrekking tot ziektebeelden zijn weergegeven in bijlage G.1. Hieruit blijkt dat:

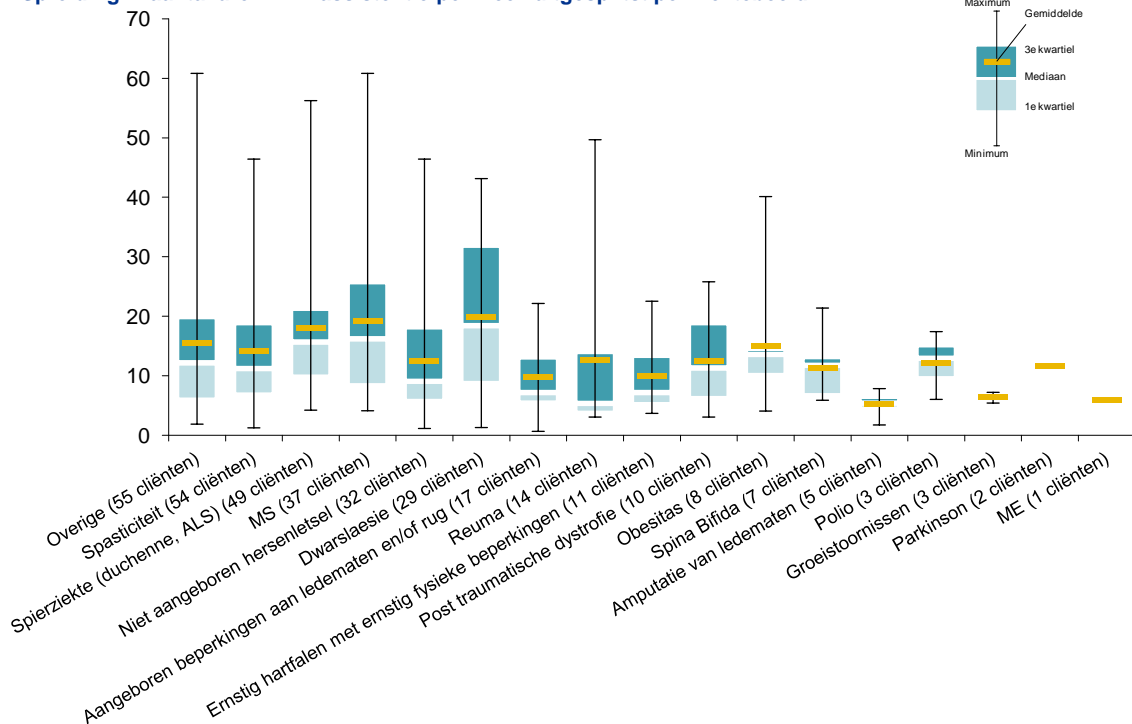
- de huidige populatie ADL-bewoners heterogeen is, met uiteenlopende ziektebeelden.
- bij 24% van de cliënten het ziektebeeld 'overige' is ingevuld.
- er in 35% van de gevallen sprake is van multiproblematiek (meerdere ziektebeelden bij één cliënt). Bij ME, groeistoornissen, amputatie van ledematen, obesitas en ernstig hartfalen is bij 100% van de cliënten ook een ander ziektebeeld van toepassing. Andere ziektebeelden waarbij veel sprake is van multiproblematiek zijn post traumatische dystrofie (90%), aangeboren beperkingen aan ledematen en/of rug (76%), reuma (64%) en spasticiteit (57%). Op 73% van de cliënten waar een ziektebeeld buiten de lijst van toepassing is, is tevens één van de 16 ziektebeelden in de vragenlijst van toepassing.



- er in 65% van de gevallen sprake is van enkelvoudige problematiek en dit het meest het geval is bij de ziektebeelden polio (100%), parkinson (100%), dwarslaesie (72%), spina bifida (71%) MS (68%) en spierziekte (63%).
- de gemiddelde zorgverlening in uren per week bij dwarslaesie (19,9 uur), MS (19,1 uur) en spierziekte (18,1 uur) hoger is dan het totaal gemiddelde (15,3uur).
- de gemiddelde zorgverlening in uren per week bij de ziektebeelden amputatie van ledematen (5,2 uur), ME (5,9 uur), groeistoornissen (6,4 uur) en aangeboren beperkingen aan ledematen en/of rug (9,9 uur) minder dan tien uur per week betreft.
- Het gemiddelde aandeel verpleging bij het ziektebeelden spina bifida (12,7%), obesitas (6,7%) en spierziekten (5,5%) beduidend hoger ligt dan bij de andere ziektebeelden.
- Het gemiddelde aandeel hand-en-spandiensten bij de ziektebeelden amputatie van ledematen (27,2%), polio (23,0%), groeistoornissen (22,0%) en dwarslaesie (21,7%) hoger ligt dan het gemiddelde aandeel (18,0%).

Om inzicht te krijgen in het verband tussen het ziektebeeld en de zorgverlening wordt gekeken naar de spreiding van het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week aan verschillende cliënten met eenzelfde ziektebeeld. Figuur 3.1 geeft deze spreiding per ziektebeeld weer. De ziektebeelden zijn gesorteerd van groot naar klein op basis van het aantal cliënten met het betreffende ziektebeeld. Wanneer een ziektebeeld op 10 personen of minder van toepassing is kunnen uit de spreiding geen conclusies worden getrokken. Dit betekent dat uit de ziektebeelden rechts van 'Ernstig hartfalen..' geen conclusies worden getrokken.

**Spreiding in aantal uren ADL-assistentie per week uitgesplitst per ziektebeeld**



Figuur 3.1: Spreiding in zorgverlening per ziektebeeld

Bij de ziektebeelden die op meer dan 10 personen van toepassing zijn, is een relatief grote spreiding van de gemiddelde zorgverlening te zien. Dat wijst erop dat de ziektebeelden geen direct verband houden met het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week.

## 3.2 Motorische beperkingen

De motorische beperkingen zijn in zes categorieën weergegeven (benen, voeten, armen, handen, hoofd en lichaam), waarbij per categorie de mate van beperking ingevuld is (geen beperking, gedeeltelijke beperking of volledige beperking). De resultaten uit de ingevulde vragenlijsten met betrekking tot motorische beperkingen zijn weergegeven in bijlage G.2.

Uit de resultaten ten aanzien van motorische beperkingen blijkt dat:

- (Vrijwel) alle cliënten een zekere mate van beperking (gedeeltelijk dan wel volledig) aan de benen (100%) en/of voeten (97%) hebben.
- Veel cliënten een zekere mate van beperking (gedeeltelijk dan wel volledig) aan het lichaam (78%) armen (89%) en/of handen (90%) hebben.
- Meer dan een derde van de cliënten (38%) een zekere mate van beperking (gedeeltelijk dan wel volledig) aan het hoofd heeft.
- Cliënten met beperkingen aan het hoofd en/of lichaam gemiddeld meer uren ADL-assistentie behoeven dan cliënten met beperkingen aan benen, voeten, armen en/of handen.
- De verdeling van de zorgverlening over de functies PV, VP en H&S voor alle beperkingen vergelijkbaar is.
- De spreiding van de zorgverlening in samenhang met de categorieën motorische beperkingen (met name bij beperkingen aan het hoofd) groot is.
- 91% van de cliënten motorische beperkingen hebben in vier of meer categorieën.

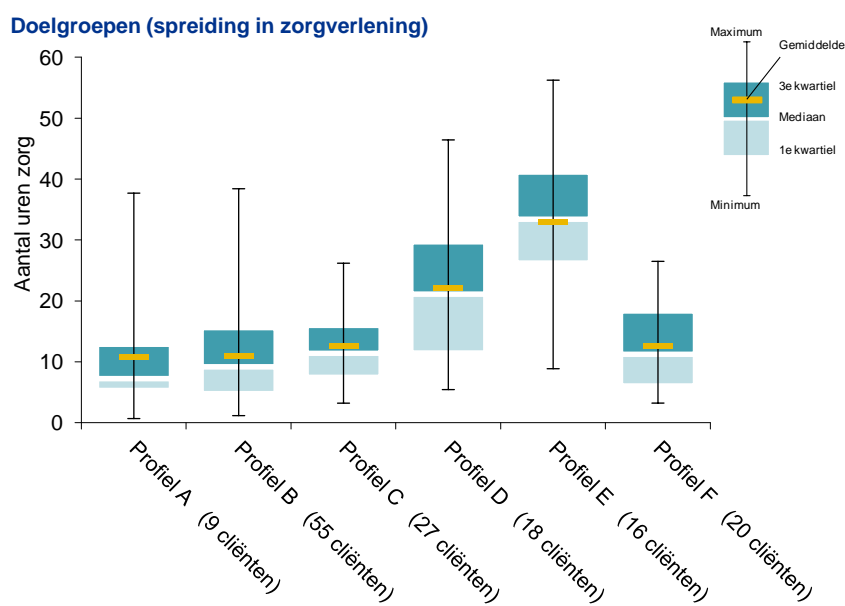
Er blijkt geen direct verband tussen de omvang van de zorgverlening en een enkel kenmerk ten aanzien van de motorische beperking van een cliënt. Daarom volgt nu een analyse waarbij gebruik wordt gemaakt van cliëntprofielen van verschillende combinaties van motorische beperkingen.

In totaal zijn 145 van de 234 cliënten (62%) toebedeeld aan een cliëntprofiel. De resterende cliënten hebben combinaties van verschillende motorische beperkingen die zodanig anders zijn dat deze cliënten niet in homogene groepen ingedeeld kunnen worden met een omvang van meer dan 10 cliënten. Om inzicht te krijgen in die cliëntengroep die geen beperking aan de handen en armen heeft (profiel A) is ondanks het kleine aantal cliënten (9) die binnen deze groep valt toch besloten deze groep mee te nemen in de analyse. Er kunnen beperkt conclusies getrokken worden uit de resultaten van deze groep cliënten.

Figuur 3.2 geeft de gehanteerde profielen weer:

Cliëntprofielen ten aanzien van motorische beperkingen							
Profiel	# cliënten	Benen	Voeten	Handen	Armen	Hoofd	Lichaam
A	9	gedeeltelijk volledig	gedeeltelijk volledig	geen	geen	geen	geen gedeeltelijk
B	55	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	geen	geen gedeeltelijk
C	27	volledig	volledig	gedeeltelijk	gedeeltelijk	geen	geen gedeeltelijk
D	18	volledig	volledig	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk volledig	gedeeltelijk volledig
E	16	volledig	volledig	volledig	volledig	gedeeltelijk volledig	gedeeltelijk volledig
F	20	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	geen gedeeltelijk
<b>Totaal</b>	<b>145</b>						

Figuur 3.2: Cliëntprofielen ten aanzien van motorische beperkingen



Figuur 3.3: Spreiding van de zorgvraag binnen cliëntprofielen

Figuur 3.3 toont de onderlinge vergelijking van het gemiddeld aantal uur ADL-assistentie per week van de cliënten binnen elk profiel.

De spreiding van de individuele zorgverlening van de cliënten binnen elk profiel is groot, wat betekent dat ook de cliëntprofielen geen direct verband houden met het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week.

### 3.3 Overige beperkingen

Naast het ziektebeeld en de motorische beperkingen zijn cliëntkenmerken ten aanzien van overige beperkingen opgevraagd. Het gaat hierbij om zintuiglijke beperkingen (visueel en auditief) en inspanningsintolerantie.

In bijlage G.3 zijn de resultaten ten aanzien van de overige beperkingen opgenomen. Uit de vragenlijsten blijkt dat:

- maar een beperkt aantal cliënten (7 cliënten) een volledige zintuiglijke beperking heeft. (4 auditief en 3 visueel).
- In totaal 50% van de cliënten een gedeeltelijke of volledige zintuiglijke beperking heeft, waarbij het in 15% gaat om een auditieve beperking en in 35% om een visuele beperking.
- er bij 82% van de cliënten sprake is van inspanningsintolerantie, waarbij 17% een volledige beperking en 65% een gedeeltelijke beperking heeft.
- Het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week voor cliënten met een inspanningsintolerantie vergelijkbaar is met het totaalgemiddelde. Bij cliënten met een zintuiglijke beperking ligt dit gemiddelde onder het totaalgemiddelde. De overige beperkingen lijken enige verhouding te houden met het aantal uren zorgverlening per week. Er is echter geen sterk verband.
- de verhouding tussen de functies PV, VP en H&S bij alle cliënten met overige beperkingen nagenoeg gelijk is en vergelijkbaar is met de verdeling over de functies van de totale populatie. De aanvullende beperkingen hebben geen invloed op de verdeling over de functies.
- de spreiding van het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week voor cliënten met een specifieke aanvullende beperking groot is.

Uit deze bevindingen blijkt dat de overige beperkingen geen direct verband houden met de omvang van de zorgverlening.

### 3.4 Verpleegbehoefte

Tot slot is gekeken of de aangegeven verpleegbehoefte gerelateerd is aan het aantal uren verpleging dat per cliënt is geregistreerd. Het is echter niet mogelijk gebleken hier goed inzicht in te krijgen, omdat het beeld uit de registratie van zorg niet volledig is. Het aantal uren verpleging dat geregistreerd wordt is namelijk niet (in alle gevallen) het totaal aan uren verpleging dat een cliënt ontvangt. Dit komt doordat de zorgverlening en declaratie zich op drie manieren voordoet, waarvan twee manieren niet gerepresenteerd zijn in dit onderzoek:

- 1 Verpleging wordt uitgevoerd door de ADL-assistenten en gedeclareerd als 'ADL-assistentie'.
- 2 Verpleging wordt verleend door verpleegkundigen die geen ADL-assistentie verlenen (ingehuurd, dan wel afkomstig van een nabijgelegen intramurale setting). De verpleging wordt dan gedeclareerd als de AWBZ-functie 'verpleging' en niet als ADL-assistentie.
- 3 Verpleging wordt door de cliënt zelf georganiseerd en bekostigd middels een PGB.

### **3.5 Conclusie doelgroepen analyse**

De huidige populatie is een heterogene groep met een variëteit aan (combinaties van) cliëntkenmerken. Vanuit de doelgroepen analyse is geconstateerd dat er op basis van de onderzochte cliëntkenmerken geen doelgroepen samengesteld kunnen worden met overeenkomende kenmerken en een vergelijkbaar gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week.

Wellicht zijn er naast de onderzochte cliëntkenmerken andere onderscheidende factoren die de zorgvraag van een cliënt beïnvloeden. Gedacht kan worden aan de gezinssamenstelling, eventuele aanwezigheid van een mantelzorger, maatschappelijke betrokkenheid en sociale activiteit van een cliënt. Deze kenmerken zijn niet gebonden aan de cliëntkenmerken ten aanzien van ziektebeeld en beperkingen, maar bijvoorbeeld aan persoonlijke voorkeuren, specifieke situaties en unieke omstandigheden per cliënt. De veldpartijen herkennen dit en geven aan dat dit zich bijvoorbeeld ook voordoet bij de zorgverlening aan zintuiglijk gehandicapten.

De conclusie voor indicatiestelling is dat er ook gekeken moet worden naar de individuele omstandigheid en kenmerken van de cliënt. Op die manier kan bij het vaststellen van de benodigde zorg en ondersteuning rekening worden gehouden met zowel de beperkingen van een cliënt, als de persoonlijke voorkeuren en unieke omstandigheden van het individu.

## 4 Mogelijke bekostigingsvormen

Vanaf 1994 werd ADL-assistentie bekostigd door een subsidieregeling binnen de AWBZ. Het ministerie van VWS besloot in 2004 de subsidieregelingen voor ADL-assistentie te beëindigen in het kader van het terugdringen van het aantal subsidieregelingen in de zorg. De nieuwe regelgeving leidde ertoe dat geen premiesubsidie meer wordt verstrekt voor de bouw van ADL-clusters, aanpassingen in ADL-clusters en ADL-assistentie. Hier op volgend is ADL-assistentie in 2012 overgeheveld naar de reguliere AWBZ-bekostiging middels de eerder genoemde tijdelijke beleidsregel die in 2014 vervalt. Per 2014 zal ADL-assistentie door een nieuwe permanente bekostigingsvorm moeten worden bekostigd.

In dit hoofdstuk worden drie mogelijke bekostigingsvormen nader toegelicht als mogelijke bekostigingsvorm voor ADL-assistentie. Deze bekostigingsvormen zijn overeenkomstig de drie mogelijke alternatieven die VWS onderkent in de opdracht aan CVZ inzake 'Uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie'.

- 1 Functiegerichte benadering
- 2 Eén nieuwe functie ADL-assistentie (allesomvattend)
- 3 Extramurale zorgpakket(ten) ADL-assistentie (allesomvattend)

Deze bekostigingsvormen worden vervolgens getoetst aan diverse criteria vanuit verschillende invalshoeken om inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van de bekostigingsvormen. Het CVZ zal in opdracht van VWS de betreffende alternatieven nader uitwerken en een uitspraak doen over de aanspraak. In dit onderzoek wordt derhalve geen conclusie getrokken over de best passende bekostigingsvorm.

In de afrondende fase van het onderzoek werden de uitkomsten bekend van het regeerakkoord 'Bruggen Slaan'. In het regeerakkoord zijn ondermeer plannen opgenomen om alle extramurale zorg over te hevelen naar de Wmo (persoonlijke verzorging en begeleiding) en de Zorgverzekeringswet (verpleging). De plannen in het regeerakkoord zijn in dit onderzoek nog niet betrokken in de afwegingen.

### 4.1 Mogelijke bekostigingsvormen

In deze paragraaf worden de bekostigingsvormen nader toegelicht.

#### *Functiegerichte benadering*

Een eerste bekostigingsmogelijkheid is het onderbrengen van ADL-assistentie in de huidige functies persoonlijke verzorging en verpleging en een nieuwe functie hand-en-spandiensten. Voordeel is dat dit een huidige en bekende systematiek van bekostigen is. Binnen de huidige prestaties voor de bestaande functies is echter geen vorm die aansluit bij de huidige leveringsvorm van ADL-assistentie. In de financiering wordt geen rekening gehouden met 24-uurs zorg, die op afroep beschikbaar met een korte aanlooptijd van 15 minuten bij reguliere oproepen. De continuïteit van de 24-uurszorg op afroep zal door middel van een systematiek van opslagen geborgd kunnen worden. Bij toepassing van deze bekostigingsvorm zal de indicatie (en declaratie) per functie plaatsvinden. Per functie wordt de benodigde zorg bepaald (gemiddelde tijd per handeling x aantal malen per dag/week). De zorgvraag per functie die

hieruit volgt wordt dan vertaald naar een bepaalde klasse met een bandbreedte van uren zorgverlening. Uit deze klassen wordt de bekostiging afgeleid.

#### *Eén nieuwe functie ADL-assistentie*

Een tweede mogelijkheid is één allesomvattende functie ADL-assistentie binnen de AWBZ met een bijbehorende prestatie. Deze wijze van bekostigen lijkt op de huidige wijze. De nieuwe functie ADL omvat in dat geval PV, VP en H&S met 24-uurs beschikbare zorg op afroep beschikbaar met een reactietijd van 15 minuten voor reguliere oproepen. De indicatie van dit zorgproduct zal plaatsvinden op basis van de totale benodigde ADL-assistentie (gemiddelde tijd per handeling x aantal malen per dag/week) vertaald naar klassen per week, met daarin een bandbreedte in uren. Een uitsplitsing in verschillende functies is hierbij niet noodzakelijk. Voorwaarde is wel dat er een goede indicatiestelling mogelijk is op basis van een nieuw gedefinieerde functie. Naast deze functie is het voor een groot aantal cliënten het geval dat zij ook een indicatie nodig hebben voor de zorg die buiten het ADL-cluster wordt geleverd, bijvoorbeeld op het werk van de cliënt. Zorg buiten het ADL-cluster valt namelijk niet onder ADL-assistentie.

#### *Extramurale zorgzwaartepakket(ten)*

Een extramuraal zorgzwaartepakket (EZP) is een product dat alle facetten van de huidige ADL-assistentie omvat. Een EZP is een extramuraal vorm van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) die voor intramurale cliënten zijn samengesteld. In een EZP wordt de hoeveelheid zorg vastgelegd die past bij de zorgbehoefte van de doelgroep. Aan elk EZP is daarom een vast quotum ADL-assistentie gekoppeld, uitgedrukt in uren per week. De zorgaanbieder krijgt hierdoor één geldbedrag per cliënt ter bekostiging van het verlenen van de benodigde zorg eventueel met gebruikmaking van onderaannemers. Voor ADL-assistentie zouden één of meer EZP's geïntroduceerd kunnen worden waarin de hoeveelheid zorg in uren PV, VP en H&S is gedefinieerd samen met een component voor de 24-uurs beschikbaarheid van ADL-assistentie op afroep. De hoeveelheid EZP's is afhankelijk van de heterogeniteit van de huidige populatie en de mogelijkheid tot het formeren van (relatief) homogene doelgroepen met een vergelijkbare zorgvraag. De indicatie voor een ADL-EZP zal op basis van de kenmerken en zorgvraag van een cliënt moeten plaatsvinden, waarbij de cliënt ingedeeld wordt in een EZP. Eventueel kunnen er EZP's gevormd worden op basis van het aantal te verwachten uren zorg. Ook bij deze bekostigingsvorm is er de mogelijkheid om de overige zorg die geen onderdeel is van de EZP middels een separate indicatie te bekostigen. Bij een EZP zal dat met name gaan om de zorg buiten het cluster.

## 4.2 Toetsingskader

Per bekostigingsvorm wordt ingegaan op een aantal criteria die alle of enkele van de betrokken veldpartijen belangrijk vinden bij het maken van een keuze voor een bekostigingsvorm. De criteria tezamen vormen het toetsingskader dat is weergegeven in de tabel op de volgende pagina (in willekeurige volgorde).

Figuur 4.1: Toetsingskader	
criterium	Toelichting
<i>Eenvoud</i>	De bekostigingsvorm is eenvoudig te begrijpen en toe te passen voor alle betrokken partijen.
<i>Eenduidigheid</i>	De bekostigingsvorm is uniform toepasbaar voor alle aanbieders van ADL-assistentie.
<i>Beperkte administratieve lasten</i>	De bekostigingsvorm levert voor de zorgaanbieders en alle betrokken partijen zo laag mogelijke administratieve lasten op.
<i>Cliëntvolgend</i>	Het budget zoals vastgesteld op basis van de bekostigingsvorm volgt de zorgvraag van de cliënt.
<i>In belang van cliënt</i>	De bekostigingsvorm doet recht aan de zorgverlening die de cliënt op basis van de zorgvraag nodig heeft.
<i>Bijdrage aan participatie van de cliënt in de maatschappij</i>	De bekostigingsvorm draagt bij aan het bevorderen van de participatie van de cliënt in de maatschappij.
<i>Aansporing tot doelmatigheid</i>	De bekostigingsvorm spoort zorgaanbieders aan tot het verhogen doelmatigheid (binnen de grenzen van kwaliteit), al dan niet in combinatie met innovatie.
<i>Aansluiting bij bekostiging in de AWBZ</i>	De bekostigingsvorm sluit aan bij de reeds bestaande bekostigingsvormen in de AWBZ en is duurzaam in het licht van voorgenomen ontwikkelingen in de AWBZ (bijv. scheiden wonen zorg, NHC)
<i>Afbakening financieringsstroom</i>	In de bekostigingsvorm is duidelijk afgebakend tot welke financieringsstroom de zorgverlening behoort.
<i>Toegankelijk voor nieuwe aanbieders</i>	De bekostigingsvorm maakt het toetreden van andere (nieuwe) partijen tot het leveren van ADL-assistentie mogelijk.
<i>Maakt goede zorginkoop en –verkoop mogelijk</i>	De bekostigingsvorm sluit aan bij het huidige in- en verkoop regime van zorgverzekeraars en de huidige declaratieprocessen.
<i>Gedragen door veldpartijen</i>	De bekostigingsvorm wordt gedragen door de veldpartijen die betrokken zijn bij ADL-assistentie.
<i>Mogelijkheid tot leveren van totale tijdelijke aanspraak</i>	De bekostigingsvorm biedt mogelijkheden om de zorg te verlenen zoals omschreven in de aanspraak ADL-assistentie (artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ).

## 4.3 Toetsing van bekostigingsvormen

In de tabel op de volgende pagina worden de resultaten weergegeven van de toetsing van elke bekostigingsvorm aan het toetsingskader. Per criterium en per bekostigingsvorm is weergegeven in hoeverre er aan het criterium voldaan wordt. De mogelijkheden zijn: + (aan het criterium wordt door deze bekostigingsvorm voldaan) +/- (neutraal) en – (aan het criterium wordt door deze bekostigingsvorm niet voldaan). Op de tabel volgt een toelichting per bekostigingsvorm met de belangrijkste bevindingen. Om een best passende bekostigingsvorm af te leiden uit de scores van de criteria in het toetsingskader is een zekere prioritering van de criteria benodigd. Sommige criteria wegen zwaarder in de afweging voor bekostiging dan andere. De resultaten



zoals weergegeven in figuur 4.2 zijn daarom ook niet bedoeld als basis voor selectie van de best passende bekostigingsvorm. De opdracht om te komen tot een uitvoeringstoets over de aanspraak is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgezet bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

**Figuur 4.2: Toetsingskader bekostigingsvormen**

Toetsingskader	Functiegerichte benadering	Nieuwe functie ADL-assistentie	Extramuraal zorgpakket
<i>Eenvoudig</i>	+/-	+	+
<i>Eenduidig</i>	+	+	+
<i>Beperkte administratieve lasten</i>	-	+	+
<i>Cliëntvolgend</i>	+/-	+/-	+
<i>In het belang van de cliënt</i>	+/-	+/-	+/-
<i>Bijdrage aan participatie cliënt</i>	+/-	+/-	+/-
<i>Aansporen tot doelmatigheid</i>	+/-	+/-	+
<i>Aansluiting bij bestaande bekostigingsvormen in AWBZ</i>	+	+/-	-
<i>Afbakening financieringsstroom</i>	+/-	+/-	+/-
<i>Toegankelijk voor nieuwe zorgaanbieders</i>	+/-	+/-	+/-
<i>Maakt goede zorginkoop en -verkoop mogelijk</i>	+/-	+	+/-
<i>Gedragen door veldpartijen</i>	-	+	+/-
<i>Mogelijkheid tot leveren van totale tijdelijke aanspraak</i>	+	+	+

Onderstaand worden per mogelijke bekostigingsvorm de meest belangrijke overwegingen weergegeven.

#### *ADL-assistentie inpassen in de huidige functies*

Om ADL-assistentie in zijn huidige vorm te kunnen vatten in de AWBZ-functies moeten prestaties of een systematiek van opslagen ontwikkeld worden die de 24-uursbeschikbaarheid borgen. Wanneer de huidige ADL-assistentie aangeboden wordt, moet er een nieuwe functie worden ontwikkeld voor hand-en-spandiensten. In de praktijk is de opdeling naar de diverse functies, volgens de aanbieders van ADL-assistentie, niet eenvoudig en eenduidig te maken. De contactmomenten bestaan vaak uit diverse gecombineerde activiteiten die onder verschillende functies vallen, waardoor de tijdsbesteding per functie niet altijd even eenduidig is. Deze wijze van bekostiging vergt hierdoor een hogere administratieve belasting dan de andere vormen, maar is in essentie niet anders dan de huidige wijze waarop thuiszorg organisaties op dit moment hun registraties uitvoeren. Veldpartijen hebben aangegeven geen voorstander te zijn

van deze bekostigingsvorm, vanwege de integrale benadering van ADL-assistentie als één product.

#### *Eén nieuwe functie ADL-assistentie*

Bekostiging middels één functie ADL-assistentie sluit goed aan bij de huidige vorm van ADL-assistentie en de integrale benadering van het product ADL-assistentie. De indicatie, registratie en declaratie vindt in dit geval plaats op basis van één activiteit. Dit maakt deze bekostigingsvorm eenvoudig en eenduidig. Daarnaast zijn er relatief lage administratieve lasten mee gemoeid en is goede zorg in- en verkoop mogelijk.

#### *Extramurale zorgzwaartepakket(ten)*

Een extramuraal zorgzwaartepakket bestaat momenteel nog niet binnen de AWBZ, maar lijkt op de huidige wijze van bekostigen binnen de intramurale AWBZ. Bij het samenstellen van de EZP's zal, gezien vanuit het huidige concept, ook gekeken moeten worden hoe de 24-uurs beschikbaarheid hierin wordt opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld door een extra component toe te voegen voor de beschikbaarheidsfunctie van ADL-assistenten. Op dit moment vindt nog geen bekostiging middels EZP's plaats. De wijze van in- en verkoop van de extramurale zorg is in dit geval geheel nieuw.

Een EZP is eenvoudig en eenduidig. Doordat er minder hoeft te worden geregistreerd beperkt dit ook de administratieve last. Immers het aantal uren is een gegeven uit de EZP en hoeft niet apart geregistreerd te worden. Het ontvangen van een vaste bekostiging per cliënt geeft een prikkel tot doelmatigheid, om de cliënt zo efficiënt mogelijk in zijn zorgbehoefte te ondersteunen.

Een nadeel, dat niet is opgenomen in het beoordelingskader, is dat er vanuit de doelgroepen analyse geen homogene groepen gevormd kunnen worden waarbij de cliëntkenmerken een samenhangend geheel vormen met de zorgvraag. Eventueel kunnen er EZP's gevormd worden op basis van het aantal te verwachten uren zorg.

## 5 Kostenonderzoek

In dit onderzoek is de huidige kosten berekend voor het leveren van 1 uur ADL-assistentie, zonder een onderverdeling in de onderliggende functies. Hiervoor is gekozen omdat alle clusters hebben aangegeven dat ADL-assistentie (PV, VP en H&S) wordt geleverd door één type medewerker. Deze medewerkers bevinden zich allen in dezelfde schaal. Aangezien de personele kosten het grootste deel van de kosten vormt, is in dit kostenonderzoek geen onderscheid gemaakt in de kostprijzen van de verschillende functies die onderdeel zijn van ADL-assistentie.

De berekende (werkelijke) kosten per uur is hoger dan het huidige tarief, omdat zorgaanbieders in de praktijk meer tijd schrijven (declareren) dan de 741 waar in de berekening van is uitgegaan (dus worden in de praktijk de kosten over meer uren omgeslagen, hetgeen tot een lager tarief leidt). De meeruren voor ADL-assistentie zitten met name in:

- looptijd
- afrondingen naar boven van bij client bestede tijd (op 15 minuten)

De genoemde uurkosten is normatief berekend en is niet het nieuwe tarief is voor een eventuele nieuwe prestatie in 2014. Het uiteindelijke tarief zal worden gebaseerd op het advies van CVZ, de NZa en is uiteindelijk afhankelijk de besluitvorming van VWS.

### 5.1 Aanpak

Als basis voor het kostenonderzoek is de kostenopbouw van Fokus opgevraagd, als zijnde grootste aanbieder van ADL-assistentie. Van de andere instellingen die ADL-assistentie leveren, maken de kosten voor ADL-assistentie een klein deel uit van de totale kosten. Vooral de toerekening van kosten voor overhead wordt hierdoor arbitrair voor de overige zorgaanbieders. Daarom is ervoor gekozen om uitsluitend de kostenopbouw zoals aangeleverd door Fokus mee te nemen in het kostenonderzoek.

Bij het berekenen van de kosten per uur is gekozen voor een normatieve benadering. Voor de totstandkoming van de in het kostenonderzoek gehanteerde normen zijn verschillende sessies georganiseerd bij de NZa. Daarnaast is de berekening van de kostprijzen voorgelegd aan de begeleidingscommissie en zijn een aantal uitgangspunten getoetst in de expertsessie. In de normatieve berekening is de kostenopbouw en productiviteit van Fokus vergeleken met (intramurale) normen die gelden voor de zorgzwaartepakketten. Deze normen zijn gepubliceerd in het rapport indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten van de NZa (2007). Er is gekozen voor een vergelijking met de intramurale AWBZ, omdat de wijze van zorgverlening inzake ADL-assistentie en de bijbehorende kostenstructuur beter aansluit bij de intramurale AWBZ dan de extramurale AWBZ.

### 5.2 Uitgangspunten

De kosten per uur zijn berekend met inachtneming van een aantal uitgangspunten:

- Er wordt een integrale prijs per uur berekend, waarin ook indirecte kosten en overhead worden meegenomen.

- Er is uitgegaan van de kosten prijspeil 2011.
- De kosten voor een uur ADL-assistentie berekend, waarin wachttijd en de looptijd is meegenomen.
- De kosten is niet hetzelfde als het tarief. In de tariefsstelling worden extra opslagen berekend ter dekking van diverse risico's. Daarnaast moet in het tarief rekening worden gehouden met gewenste prikkels en de systematiek waarmee wordt afgerekend (bijvoorbeeld afrondingen en het al dan niet mogen declareren van reistijd).
- De kosten zijn gebaseerd op alle kosten. Dit betekent dat ook kosten die door andere regelingen zoals zorginfrastructuur bekostigd worden in de kosten per uur zijn meegenomen.

### **5.3 Wijze van berekenen**

De normatieve kosten voor één uur ADL-assistentie wordt in een aantal stappen berekend. Het grootste gedeelte van de kosten van ADL-assistentie bestaan uit directe personeelskosten, daarom is dit component de basis van de berekening. Eerst is gekeken hoe ADL-assistenten zijn ingeschaald en welke periodiek in de schaal gebruikelijk is, wat leidt tot de salariskosten van één FTE ADL-assistent. Hierbij is ook rekening gehouden met toeslagen, zoals onregelmatigheidstoelage (ORT), vakantiegeld en eindejaarsuitkering.

Vervolgens is de opslag berekend ten aanzien van de indirecte kosten ten opzichte van de directe personele kosten. Hiertoe is de kostenopbouw van Fokus vergeleken met de normen die gebruikt wordt bij berekening van de tarieven voor de zorgzwaartepakketten.

Salariskosten plus (personele en materiële) indirecte kosten leiden tot de integrale kosten van één FTE ADL-assistent. Om te komen tot de kosten per uur voor ADL-assistentie worden deze kosten gedeeld door de productiviteit in uren van één ADL-assistent.

## 5.4 Berekende kosten

In dit onderzoek zijn de werkelijke kosten berekend voor het leveren van een uur ADL-assistentie op basis van het huidige zorgconcept en productiviteit. Bij de berekening is geen onderverdeling in de onderliggende functies gemaakt, omdat alle werkzaamheden door hetzelfde type medewerker worden geleverd. De in dit onderzoek berekende kosten per uur is EUR 75,30. In dit bedrag zijn kosten die door eventuele andere regelingen worden gedekt meegenomen, zoals bijvoorbeeld kosten voor zorginfrastructuur.

Kostensoort	Perc	EUR
<b>Salariskosten FTE</b>		€ <b>33.378</b>
<b>Sociale lasten</b>	<b>21,2%</b>	€ <b>7.076</b>
Zorggebonden materiële kosten	0,0%	€ -
Overige zorggebonden materiële lasten	0,0%	€ -
<b>Subtotaal zorggebonden kosten</b>	<b>0,0%</b>	€ <b>-</b>
Leidinggevenden	↓	↓
Overhead Staf	↓	↓
Algemene salaris lasten	↓	↓
<b>Subtotaal indirecte personeelskosten</b>	<b>25,0%</b>	€ <b>10.113</b>
Algemene materiële lasten	5,5%	€ 2.225
Terrein- en gebouw gebonden lasten	6,3%	€ 2.549
Kapitaallasten	1,0%	€ 405
<b>Subtotaal materiële kosten en kapitaallasten</b>	<b>12,8%</b>	€ <b>5.178</b>
<b>Totale kosten per FTE</b>		€ <b>55.746</b>
Geleverde uren ADL-assistentie		741
<b>Kosten ADL assistentie per uur</b>		€ <b>75,30</b>

Figuur 5.1: Genormeerde kosten ADL-assistentie per uur

### 5.4.1 Salariskosten ADL-assistenten

De salariskosten zijn gebaseerd op de CAO van de betreffende aanbieder. Voor de berekening van de directe salariskosten is uitgegaan van de eigen CAO van Fokus. Bij de overige aanbieders zijn de ADL-assistenten ingeschaald in FWG 25 van de sector CAO (VVT of GHZ). Dit komt vrijwel overeen met de inschaling van ADL-assistenten in de CAO van Fokus. Er wordt uitgegaan van een uursalaris van EUR 13,56. Dit komt overeen met het derde kwartiel van de schaal. Na de opslagen voor vakantiegeld, ORT en een eindejaarsuitkering komt dit uit op EUR 33.378 per jaar salariskosten voor één ADL-assistent (figuur 5.2).

Uitgangspunten kostprijs zorgverlenend personeel	
<b>Salarisgroep</b>	<b>CAO fokus</b>
Periodiek (gemiddeld)	9
Vakantiegeld in salaris CAO	Ja
Vakantiegeld	8,0%
Eindejaarsuitkering in salaris CAO	Ja
Eindejaarsuitkering	4,7%
Onregelmatigheidstoeslag	18,8%
Uursalaris ADL assistent	€ 13,56
Opslag vakantiegeld	€ 1,08
Opslag eindejaarsuitkering	€ 0,63
Opslag ORT	€ 2,55
Salariskosten per uur	€ 17,83
Aantal uur CAO	1872
<b>Salariskosten FTE ADL-assistent</b>	<b>€ 33.378</b>

Figuur 5.2: Salariskosten één ADL-assistent

## 5.4.2 Indirecte kosten (personeel en materieel)

Aan de salariskosten voor een FTE ADL-assistent worden vervolgens sociale lasten, indirecte kosten toegerekend om te komen tot de integrale kosten van één FTE ADL-assistent per jaar. Hiertoe zijn de opslagen zoals berekend bij Fokus, de (intramurale) normen vanuit de GHZ en de V&V en de gehanteerde norm voor ADL-assistentie naast elkaar gezet. In figuur 5.3 zijn deze opslagen weergegeven<sup>2</sup>.

Kostensoort	Fokus 2011	Norm GHZ	Norm V&V	Norm ADL
<i>Sociale lasten</i>	21,2%	20,6%	21,0%	21,2%
Zorggebonden materiele kosten	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Overige zorggebonden materiële lasten	0,0%	2,1%	1,0%	0,0%
Subtotaal zorggebonden kosten	0,0%	2,1%	1,0%	0,0%
Leidinggevenden	10,3%	4,0%	0,0%	?
Overhead Staf	13,6%	5,0%	11,0%	?
Algemene salaris lasten	6,5%	10,0%	14,0%	?
Subtotaal indirecte personeelskosten	30,5%	19,0%	25,0%	25,0%
Algemene materiele lasten	5,5%	7,0%	8,0%	5,5%
Terrein- en gebouw gebonden lasten	6,3%	9,0%	9,0%	6,3%
<i>Kapitaalslasten</i>	1,0%	-	-	1,0%
Subtotaal materiele kosten en kapitaallasten	12,8%	16,0%	17,0%	12,8%

Figuur 5.3: Opslag op salariskosten

Er is een vergelijking gemaakt van de kosten die Fokus maakte in 2011 en hetgeen gebruikelijk is volgens de norm vanuit de intramurale AWBZ. Het totaal van indirecte personele kosten van Fokus (30,46%) is hoger dan de norm voor de GHZ (19%) en de V&V (25%). De zorgaanbieders geven aan dat deze meerkosten veroorzaakt wordt door de beperkte schaalomvang van de clusters en de spreiding van de clusters over het hele land, wat ondermeer extra aansturing vergt. Tegenover deze mogelijke meerkosten staan echter specifieke functies

<sup>2</sup> Voor de opslagen is uitgegaan, zoals genoemd in het rapport: "indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten" van de Nederlandse Zorgautoriteit (2007) voor persoonlijke verzorging.

die niet werkzaam zijn bij Fokus en die wel werken binnen een reguliere V&V of GHZ instelling. Gedacht kan worden aan functies die ondersteunend zijn aan de zorg.

Voor deze normatieve berekening is mede op basis van de uitkomsten van experts van de NZa uitgegaan van een percentage van 25% indirecte personeelskosten conform de norm in de V&V. Tijdens de expertsessie is aangegeven dat er geen reden is om aan te nemen dat de indirecte personeelskosten en personele overhead hoger zouden zijn bij een aanbieder van ADL-assistentie dan een intramurale AWBZ instelling. Voor alle andere kosten (algemene materiële lasten en terein- en gebouwgebonden lasten) in de normatieve berekening zijn de percentages van Fokus overgenomen.

### 5.4.3 Productiviteit

De productiviteit voor ADL-assistentie valt onder te verdelen in:

- **Netto tijd:** Tijd die beschikbaar is na aftrek van niet-werkbare uren. (contracturen minus: ziekteverzuim, vakantie, feestdagen verlof, scholing, etc).
- **Geleverde uren zorg:** Tijd dat er daadwerkelijk ADL-assistentie wordt geleverd. Hier wordt rekening gehouden met de huidige beschikbaarheidsfunctie. Dit houdt ondermeer tijd in dat wordt besteed aan wachten op een oproep en looptijd.

In de productiviteitsberekening is na overleggen met een aantal experts van de NZa gesteld dat er geen reden is om aan te nemen dat de netto tijd inzake ADL-assistentie afwijkt van de netto tijd bij een V&V instelling<sup>3</sup>. Dit bedraagt 1481 uur per FTE per jaar.

Op basis van eerdere analyses inzake productiviteit, is als uitgangspunt genomen dat 50% van de ingeroosterde tijd (netto tijd) aan directe zorgverlening wordt besteed (cliëntcontact). De overige 50% van de tijd is wachttijd en looptijd. In vergelijking in de gehandicaptenzorg en V&V wordt gerekend met respectievelijk 31,2% en 26,5% van de netto tijd die besteed wordt aan indirecte en niet cliëntgebonden tijd. Dit betekent dat uiteindelijk 741 (dit is 50% van de netto tijd) uur per FTE ADL-assistent daadwerkelijk wordt besteed aan cliëntcontact.

	Norm GHZ	Norm V&V	Norm ADL
Aantal contract uren per FTE	1872	1872	1872
Ziekteverzuim	130	130	
Subtotaal	1742	1742	
Vakantieuren	216	217	
Feestdagen			
Overig verlof			
Scholing	35	44	
Intern overleg (niet cliëntgebonden)			
<b>Netto tijd</b>	<b>1491</b>	<b>1481</b>	<b>1481</b>
geleverde ADL-assistentie			50%
looptijd en wachttijd			50%
Indirect en niet-cliantgebonden tijd	31,2%	26,5%	
Correctie uren	465	393	741
<b>Geleverde uren zorg</b>	<b>1026</b>	<b>1089</b>	<b>741</b>
<i>Productiviteit t.o.v. contracturen</i>	<i>55%</i>	<i>58%</i>	<i>40%</i>

<sup>3</sup> Voor de productiviteit is uitgegaan van de productiviteitsberekening zoals genoemd in het rapport: “indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten” van de Nederlandse Zorgautoriteit (2007) voor persoonlijke verzorging.

Figuur 5.4: Productiviteit

Hieronder ter illustratie verschillende percentages loop- en wachttijd t.o.v. de uren geleverde zorg en de daarbij behorende kostprijzen.

Looptijd en wachttijd	Uren wacht en looptijd	Uren geleverde zorg	Kosten per uur
Scenario 75%	1111	370	€ 150,56
Scenario 50%	741	741	€ 75,30
Scenario 40%	592	889	€ 62,73
Scenario 30%	444	1037	€ 53,77
Scenario 20%	296	1185	€ 47,05

Figuur 5.5: Scenario's wacht en looptijd.

#### 5.4.4 Beschikbaarheid 24-uurszorg

Gebruikmakend van eerder genoemde salariskosten, percentages voor sociale kosten, indirecte kosten en overhead en de productiviteit laat dit genormeerde kosten per uur zien voor ADL-assistentie van EUR 75,30. De beschikbaarheid van 24-uurszorg op afroep en daarmee lagere productiviteit bepaalt de helft van de kosten. Onderstaande figuur illustreert dit.

Kosten beschikbaarheidsfunctie per uur	Aantal uur/FTE	Kostprijs per uur
Kostprijs als alle netto tijd declarabel is	1481	€ 37,64
Kostprijs daadwerkelijk geleverde uren ADL-assistentie	740,5	€ 75,30
Kostprijs beschikbaarheidscomponent	740,5	€ 37,66

Figuur 5.6: Kosten component voor beschikbaarheid



## A Aanpak van het onderzoek

De aanpak van het onderzoek bestaat uit kwalitatieve elementen (interviews en validatie van kwantitatieve onderzoeksresultaten) en kwantitatieve elementen (verzameling en analyse van de gegevens).

### A.1 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op interviews en een expertsessie.

#### *Interviews*

In mei en juni zijn in totaal acht interviews gehouden met de verschillende betrokken partijen. Het gaat om de volgende partijen:

#### **Zorgaanbieders**

- Osira
- Fokus
- Stichting Wassenaarse Zorgverlening

#### **Overige partijen**

- Ministerie van VWS
- Centraal Indicatieorgaan zorg
- College van zorgverzekeraars
- Zorgverzekeraars Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

In de interviews zijn de volgende onderwerpen besproken:

- Rol van de betrokkene en de organisatie bij het onderwerp ADL-assistentie
- Cliëntgroep(en)
- Zorgverlening (omvang en aard)
- Bekostigingsmogelijkheden: EZP('s), VPT, nieuwe functie, bestaande functies
- Besliskader voor bekostigingsmogelijkheden

Op basis van deze onderwerpen is meer inzicht verkregen in kenmerken van de doelgroep en de zorgverlening bij ADL-assistentie en de mogelijke voor- en nadelen van mogelijke bekostigingsvormen vanuit verschillende perspectieven. Een volledige lijst met gespreksonderwerpen is opgenomen in bijlage C. Van alle interviews zijn verslagen gemaakt die zijn afgestemd met de geïnterviewden.

#### *Expertsessie*

Bij de expertsessie waren de partijen uit de begeleidingscommissie en klankbordgroep aanwezig, aangevuld met een zorginkoper van zorgverzekeraar Menzis. Tijdens deze sessie zijn de (voorlopige) onderzoeksresultaten gevalideerd en is om aanvullende toelichtingen gevraagd. Door de resultaten te peilen bij de veldpartijen is inzicht verkregen in de herkenbaarheid van de resultaten. De toelichtingen zijn gebruikt om dit onderzoeksrapport verder aan te scherpen.

### A.2 Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op registraties omtrent ADL-assistentie door de drie betrokken zorgaanbieders. Daartoe is een steekproef geselecteerd die representatief is voor de

totale populatie die ADL-assistentie ontvangt. Naast deze dataverzameling heeft een kostenonderzoek plaatsgevonden.

### A.2.1 Selectie van de steekproef

De totale populatie van cliënten die ADL-assistentie ontvangen bestaat uit 1.353 cliënten verspreid over 100 clusters van drie verschillende zorgaanbieders. Uitgaande van een betrouwbaarheidspercentage van 95% met een foutmarge van 5% bedraagt de minimale omvang van een representatieve steekproef 300 cliënten. Vanuit de totale populatie is een steekproef genomen als basis voor de registratie. De selectie van de clusters is gerandomiseerd. Hierbij is rekening gehouden met:

- Geografische spreiding
- Verschillende groottes
- Verschillende aanvangsjaren

De steekproef bestaat uit 351 cliënten verspreid over 25 clusters. Een overzicht van de clusterselectie is opgenomen in bijlage D.

Figuur A.1 geeft een overzicht van de aantallen clusters en cliënten in de totale cliëntgroep voor ADL-assistentie in Nederland en in de steekproef voor dit onderzoek:

Steekproefoverzicht				
Zorg-aanbieders	Totaal aantal cliënten	Totaal aantal clusters	Aantal cliënten in registratie	Aantal clusters in registratie
Fokus	1.301	97	304	22
Osira	36	2	31	2
SWZ	16	1	16	1
<b>Totaal</b>	<b>1.353</b>	<b>100</b>	<b>351</b>	<b>25</b>

Figuur A.1: Steekproefoverzicht

### A.2.2 Zorgregistratie

Over een periode van twee keer twee weken hebben de zorgaanbieders voor de 351 cliënten in de steekproef alle contacten met betrekking tot ADL-assistentie vastgelegd. De eerste periode besloeg 2 juli tot en met 15 juli, de tweede periode 3 september tot en met 16 september. Er is voor gekozen om ook buiten de zomerperiode te registreren om te kunnen analyseren of de vakantieperiode leidt tot een ander beeld. De steekproef is geschoond voor structurele afwezigheid.

De zorgaanbieders is gevraagd om de geleverde zorg per bezoek aan de woning, in minuten te registreren, uitgesplitst naar de verschillende functies (PV, VP en H&S). Deze geregistreerde tijd is exclusief looptijd en eventuele afrondingen. Door SWZ en Osira is daarnaast vastgelegd of het bezoek verwacht of onverwacht plaatsvond. Fokus leverde als basis voor een analyse op verwachte en onverwachte contacten het inlogtijdstip per contactmoment aan. Figuur A.2 geeft de invulsheet weer, dat de basis vormde van de registraties.

## Registratie ADL-Assistentie

Zorginstelling	

Cluster	

Legenda aard contact	
VW	Verwacht
OV	Onverwacht

Legenda cliëntgebonden tijd	
PV	Persoonlijke verzorging
VP	Verpleging
H&S	Hand & spandiensten

Cliëntinformatie				Cliëntgebonden tijd			Toelichting
Cliënt ID	Datum	Aard van het contact	Zorgverlening in minuten	Verdeling over prestaties			
				PV	VP	H&S	
VOORBEELD	2-jul	VW	21	12	5	4	

Figuur A.2: Invulsheet registratie

### A.2.3 Vastlegging cliëntprofielen

Om zicht te krijgen op de cliëntgroep en vast te stellen of er verbanden zijn tussen cliëntprofielen en de zorgzwaarte is de aanbieders gevraagd per cliënt eenmalig veertien vragen te beantwoorden. Waar noodzakelijk is de cliënten zelf gevraagd deze vragen te beantwoorden. Het gaat om vragen over de volgende onderwerpen:

- Ziektebeeld
- Aard en mate van de motorische beperking
- Aard en mate van aanvullende beperkingen
- Verpleegbehoefte

Een volledig overzicht van de vragen en antwoordcategorieën is opgenomen in bijlage E.

### A.2.4 Wekelijkse validatie van de zorgregistratie

Na afloop van iedere registratieweek zijn de gegevens uit de zorgregistratie teruggelegd bij de aanbieders en is hen gevraagd of zij zich in de uitkomsten herkennen en grote uitschieters of verschillen tussen clusters en ten opzichte van de andere zorgaanbieders kunnen verklaren. De reacties zijn gebruikt in de aanscherping van deze rapportage.

### A.2.5 Verwijdering afwezige cliënten en foutieve registraties

Voor de analyse van de verzamelde gegevens is de steekproef geschoond voor structurele afwezigheid. In dit onderzoek is structurele afwezigheid aangenomen, wanneer cliënten 7 dagen of meer (25% van de registratieperiode) geen ADL-assistentie ontvingen. Afwezigheid van minder dan 7 dagen wordt gezien als incidentele afwezigheid, door bijvoorbeeld werk of familiebezoek.

Als gevolg van een foutieve registratiemethode (er werd structureel afgerond naar kwartieren) in het cluster Park de Meer zijn de cliënten uit dit cluster niet meegenomen in de analyse. A.3

geeft een overzicht van de in totaal 76 verwijderde cliënten uit de steekproef, inclusief de reden van verwijdering.

Overzicht verwijderde cliënten		
Aantal dagen geen zorg	Aantal cliënten	Opmerking
7 - 10 dagen	16	
11 - 15 dagen	26	
16 - 20 dagen	11	
meer dan 20	4	
Foutieve registratie	18	
Verwijderd om andere reden	1	Logé uit ander cluster
<b>Totaal</b>	<b>76</b>	

*Figuur A.3: Overzicht verwijderde cliënten*

## **A.2.6 Steekproef doelgroepen analyse**

Voor de doelgroepen analyse is gebruik gemaakt van de ingevulde vragenlijsten met betrekking tot cliëntkenmerken in combinatie met de registratie van de zorgverlening. Na de verwijdering van gegevens van afwezige cliënten en van cliënten met onvolledig ingevulde vragenlijsten, bleven 234 cliënten over die in de doelgroepen analyse zijn meegenomen.

## B Deelnemende partijen

Deelnemende partijen	
Organisatie	Gremium
Fokus	<i>Klankbordgroep</i>
Osira	<i>Klankbordgroep</i>
SWZ	<i>Klankbordgroep</i>
CG-Raad	<i>Klankbordgroep</i>
NPCF	<i>Klankbordgroep</i>
CIZ	<i>Begeleidingscommissie</i>
CVZ	<i>Begeleidingscommissie</i>
NZa	<i>Opdrachtgever</i>
VGN	<i>Begeleidingscommissie</i>
VWS	<i>Begeleidingscommissie</i>
ZN	<i>Begeleidingscommissie</i>
Menzis	<i>Aanwezige expertsessie</i>

## C Gespreksonderwerpen interviews

### Interview vragen

#### Rol van de betrokkene:

- 1) Wat is de huidige rol van u/uw werkgever m.b.t. ADL-assistentie?

#### Cliëntgroep

- 2) Hoeveel cliënten (binnen uw instelling) ontvangen ADL-assistentie?
- 3) Hoeveel clusters ADL zijn er binnen uw instelling en hoeveel cliënten wonen er (gemiddeld) in één cluster?
- 4) Herkent u verschillende groeperingen binnen de doelgroep die ADL-assistentie ontvangt? (Zo ja, naar 2a&2b)
  - a. Wat zijn de onderscheidende kenmerken tussen de doelgroepen? (zowel in cliëntkenmerken als aard van de zorgverlening)
  - b. Kunt u een indicatie geven hoeveel uren ADL-assistentie gemiddeld wordt geleverd aan de verschillende doelgroepen?.

#### Zorgverlening

- 1) Wat is de visie op zorg m.b.t. ADL-assistentie (kenmerken van de zorgverlening vanuit uw perspectief (beleid dan wel zorgverlenend)?
- 2) Uit welke onderdelen bestaat de zorgverlening op het gebied van ADL-assistentie (activiteiten / prestaties / soorten bekostiging)?
- 3) Welke verschillende soorten aard van contact zijn er te onderscheiden (planbaar, op afroep, alarmopvolging) en hoe is de invulling van de aard van het contact ten opzichte van de onderdelen van zorgverlening?
- 4) Welk personeel (verschillen in competenties / inzet voor verschillende taken) is betrokken bij de verschillende onderdelen van zorgverlening op het gebied van ADL-assistentie?

#### Bekostiging

In dit onderzoek worden drie mogelijke vormen van bekostiging nader uitgewerkt: 1) bekostiging in een extramuraal zorgpakket (EZP) en 2) bekostiging via afzonderlijke functies 3) volledig pakket thuis

- 5) Welk voor- en nadelen ziet u met betrekking tot de mogelijke bekostigingsvormen? (bijvoorbeeld op het gebied van praktische werkbaarheid, aansluiting bij huidige bekostigingsvormen, belang van de cliënt etc.)
- 6) Welke alternatieve vormen van bekostiging ziet u (slimme mengvormen)?

#### Besliskader bekostiging

De mogelijke vormen van bekostiging worden getoetst aan de hand van een besliskader. In dit besliskader zijn de volgende punten reeds opgenomen:

- Eenvoudig
- Eenduidig

- Aansluiting bij bestaande bekostigingsvormen in AWBZ
  - Cliëntvolgend
  - Aansporen tot doelmatigheid
  - Ruimte voor ondernemerschap
  - Toepasbaar voor andere zorgaanbieders
  - Maakt goede zorginkoop en –verkoop mogelijk
  - In het belang van de cliënt
  - Zo laag mogelijke administratieve lasten
  - Gedragen door veldpartijen
- 7) Hebt u toevoegingen naar aanleiding van dit besliskader?
- 8) Welke vorm van bekostiging heeft uw voorkeur naar aanleiding van de genoemde voor- en nadelen, met inachtneming van het genoemde besliskader?
- 9) Hebt u overige vragen of opmerkingen naar aanleiding van dit onderzoek?
- 10) Hoe ziet de huidige registratie van ADL-assistentie eruit?

## D Clusterselectie

Steekproef voor registratie				
Selectie	Aanbieder	Naam cluster	# cliënten	Aanvang
1	Fokus	ALKMAAR Oudorp	11	1980
2	Fokus	AMERSFOORT Foortse Brug	13	2011
3	Fokus	AMERSFOORT Graaf Janlaan	16	1985
4	Fokus	AMSTERDAM Osdorp	14	1985
5	Fokus	APELDOORN La Ronde	12	1994
6	Fokus	DORDRECHT Crabbefhof	12	1995
7	Fokus	EINDHOVEN Grasrijk	22	2007
8	Fokus	EINDHOVEN Hof van Eden	12	1994
9	Fokus	EMMELOORD Revelsant	15	1981
10	Fokus	ENSCHEDA Roombeek	13	2004
11	Fokus	NIJMEGEN Hatert	13	2009
12	Fokus	OSS Ussen	15	1981
13	Fokus	PUNACKER Nootdorp	15	2009
14	Fokus	SCHIEDAM Nieuw e Tuinen	14	2007
15	Fokus	UDEN St. Annastraat	15	2008
16	Fokus	UTRECHT Antonius	17	1987
17	Fokus	UTRECHT Wittevrouw en	14	1993
18	Fokus	VELSEN Velsbroek	11	1992
19	Fokus	VLAARDINGEN Babberspolder	12	1996
20	Fokus	WAALWIJK Rode en Witte Wijk	12	2004
21	Fokus	ZAANDAM De Waaier	10	2005
22	Fokus	ZWOLLE Stadshagen	16	2008
23	Osira	AMSTERDAM - IJburg Daguerre	13	2008
24	Osira	AMSTERDAM - Park de Meer	18	2001
25	SWZ	WASSENAAR de Bonte Os	16	2007
<b>Totaal aantal cliënten</b>			<b>351</b>	



## E Vragenlijst cliëntkenmerken

Hieronder een overzicht van de vragen en antwoordcategorieën die zijn ingevuld teneinde de cliëntkenmerken van de cliënten in de steekproef in kaart te brengen:

1. Wat is de oorzaak van de behoefte aan ADL-assistentie? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
  - Spierziekte (Duchenne, ALS)
  - ME
  - MS
  - Reuma
  - Dwarslaesie
  - Niet aangeboren hersenletsel
  - Parkinson
  - Polio
  - Post traumatische dystrofie
  - Spina Bifida
  - Spasticiteit
  - Amputatie van ledematen
  - Aangeboren beperkingen aan ledematen en/of rug
  - Groeistoornissen
  - Obesitas
  - Ernstig hartfalen met ernstig fysieke beperkingen
  - Overige (hierboven niet genoemd)
  - Cliënt wenst aandoening niet aan te geven

**Antwoordcategorie:** Geen beperking / gedeeltelijke beperking / volledige beperking

- 2 Welke mate van beperking ervaart de cliënt bij het gebruik van de handen?
- 3 Welke mate van beperking ervaart de cliënt bij het gebruik van de armen?
- 4 Welke mate van beperking ervaart de cliënt bij het gebruik van de benen?
- 5 Welke mate van beperking ervaart de cliënt bij het gebruik van de voeten?
- 6 Welke mate van beperking ervaart de cliënt bij het draaien, bewegen of stil houden van het hoofd?
- 7 Welke mate van beperking ervaart de cliënt bij het draaien, bewegen of stil houden van het lichaam (romp)?
- 8 In welke mate is er bij de cliënt sprake van een beperking ten aanzien van inspanningsintolerantie?
- 9 In welke mate is er bij de cliënt sprake van een visuele beperking?
- 10 In welke mate is er bij de cliënt sprake van een auditieve beperking?

**Antwoordcategorie:** Ja/Nee

- 11 Heeft de cliënt behoefte aan wond- en/of stomaverzorging (niet intacte huid)?
- 12 Heeft de cliënt behoefte aan ondersteuning bij uitscheiding? (manueel verwijderen van faeces, inbrengen van rectum canule, geven van klysma (hoog), darmspoelen, katheteriseren (eenmalig), inbrengen katheter (verblijf), blaasspoelen via katheter)
- 13 Heeft de cliënt behoefte aan ondersteuning bij de beademing?

- 14 Heeft de cliënt dagelijks behoefte aan gespecialiseerd verpleegkundig handelen ten aanzien van bijv. epidurale/spinale pijnbestrijding, intraveneuze vocht- en voedingstoediening, uitzuigen trachea, mond/-keelholte?

## F Aanvullende resultaten

In deze bijlage worden aanvullende figuren gepresenteerd ten aanzien van de omvang van:

- Omvang van de zorgverlening
- Aard van de zorgverlening

### F.1 Aanvullende figuren omvang van de zorgverlening

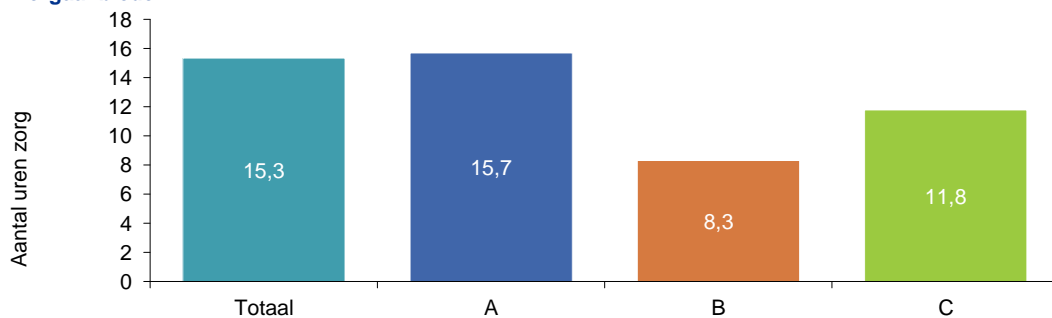
Deze paragraaf geeft een totaaloverzicht van de omvang van de zorgverlening aan cliënten die ADL-assistentie ontvangen.

#### F.1.1 Gemiddelde omvang

Hieronder is een overzicht opgenomen van de gemiddelde omvang van de zorgverlening op cliëntniveau per dag en per week. De bovenste rij bevat de waarden voor de totale populatie. Daarnaast zien we de waarden voor de verschillende aanbieders en de omvang van de zorgvraag over de verschillende registratieweken. De gemiddelde omvang van de zorgverlening is 15,3 uur, met een gemiddelde per dag van 2,2 uur.

	Totale registratieperiode	Gemiddelde per dag	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Totale populatie	15,3	2,2	15,4	15,6	15,0	15,3
Zorgaanbieder A	15,7	2,2	15,6	15,9	15,5	15,8
Zorgaanbieder B	8,3	1,2	9,9	9,3	7,2	6,8
Zorgaanbieder C	11,8	1,7	12,9	13,6	10,2	10,4

Gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per zorgaanbieder

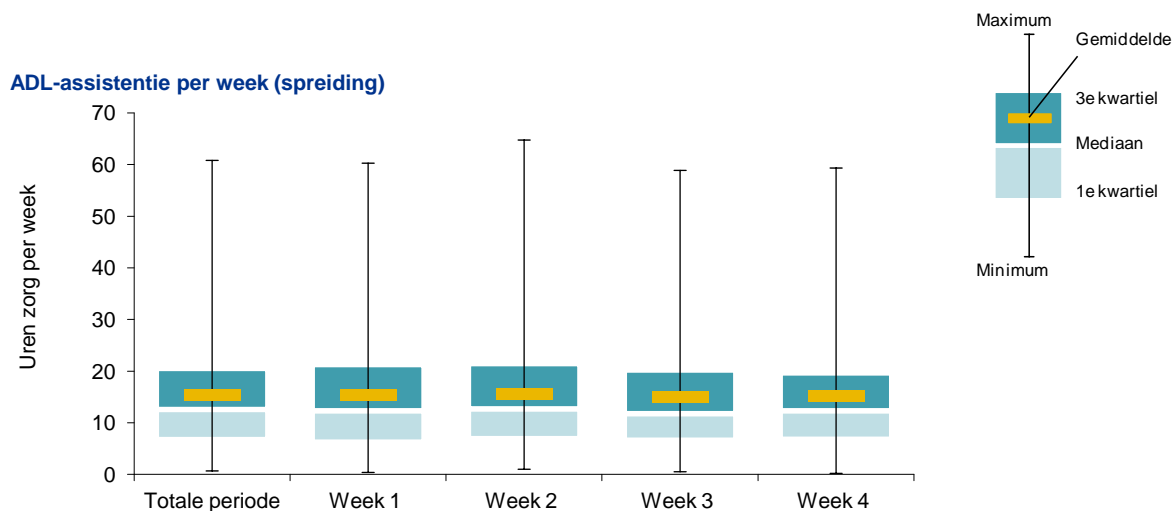


#### F.1.2 Spreiding van het gemiddelde

Om de bruikbaarheid van deze gemiddeldes te beoordelen voor de het bepalen van een nieuwe bekostigingsmethode is de spreiding van belang. Er is gebruik gemaakt van boxplots teneinde de spreiding van het gemiddelde over **de weken**, over **de zorgaanbieders**, en over **de clusters** weer te geven.

### Spreiding over de weken

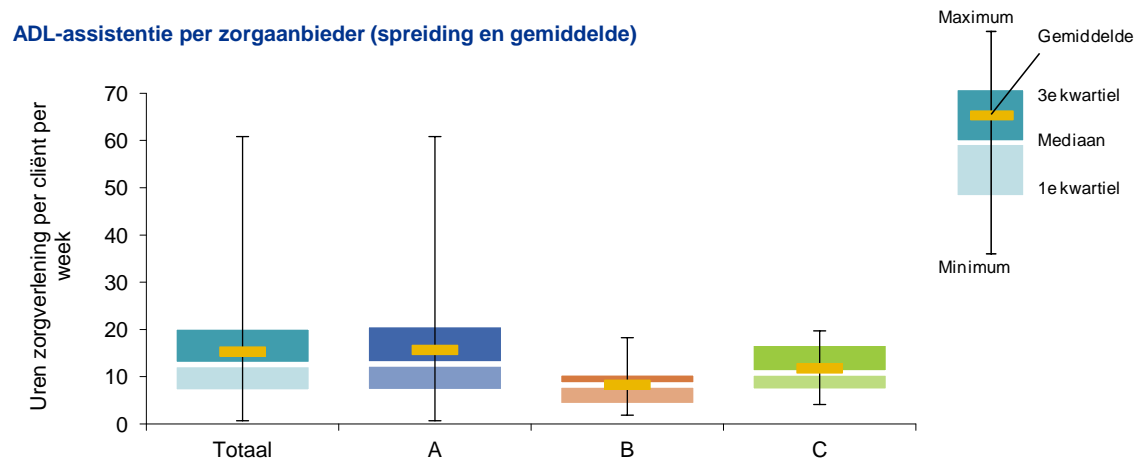
Onderstaande figuur geeft een nader inzicht in de spreiding van het gemiddeld aantal uren zorgverlening per cliënt per week over de verschillende weken.



Het is te zien dat de gemiddelde omvang van de zorgverlening nauwelijks wisselt over de vier weken. Het laagst gemeten gemiddelde is 16,1 uur en het hoogste gemiddelde 16,8. Dit geeft een bandbreedte van 0,7 uur.

### Spreiding over de zorgaanbieders

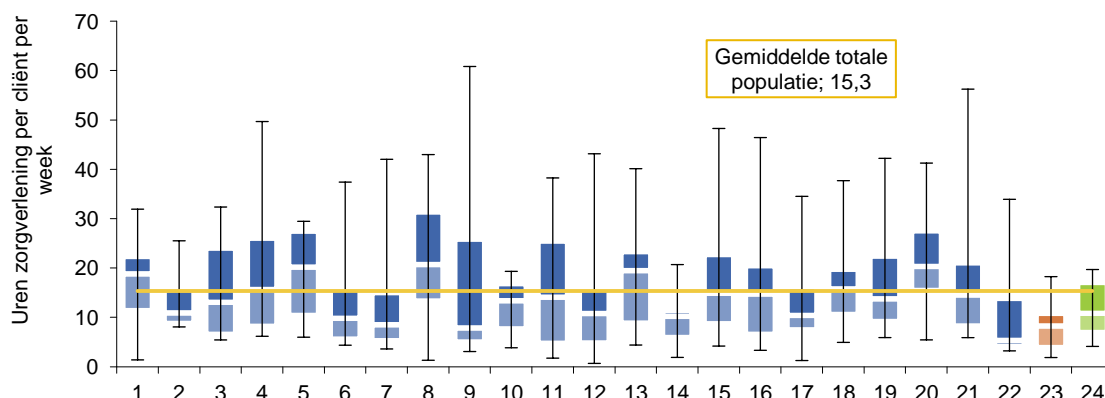
Onderstaande figuur geeft een nader inzicht in de spreiding van het gemiddeld aantal uren zorgverlening per cliënt per week over de drie zorgaanbieders.



### Spreiding over de clusters

Onderstaande figuur geeft een nader inzicht in de spreiding van het gemiddeld aantal uren zorgverlening per cliënt per week over de verschillende clusters:

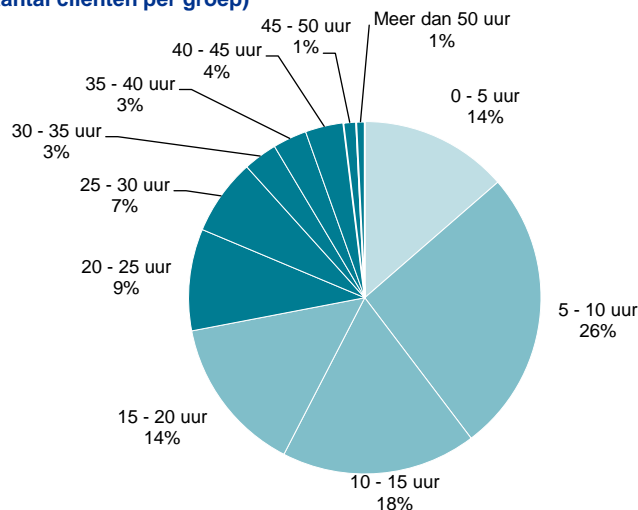
**ADL-assistenti e per cluster (spreiding en gemiddelde alle clusters)**



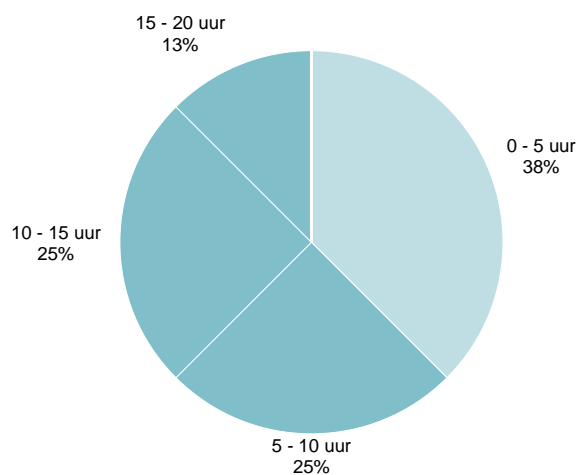
### F.1.3 Casemix zorgaanbieders

In aanvulling op de verdeling van de totale populatie in klassen op basis van omvang van de zorgvraag tonen onderstaande per aanbieder hoeveel cliënten zich in welke klasse bevinden. De klassen die zich ruim onder het totaal gemiddelde van 15,3 uur zorg per week bevinden zijn licht gekleurd. De klassen die zich rond het gemiddelde bevinden zijn regulier geleurd en de klassen die zich ver boven het gemiddelde bevinden zijn donker gekleurd.

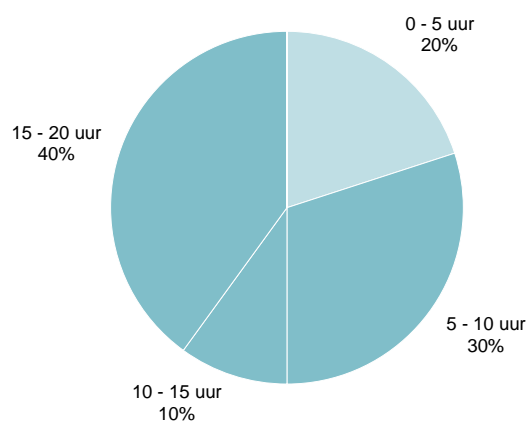
**Zorgaanbieder A (aantal cliënten per groep)**



### Zorgaanbieder B (aantal cliënten per groep)



### Zorgaanbieder C (aantal cliënten per groep)

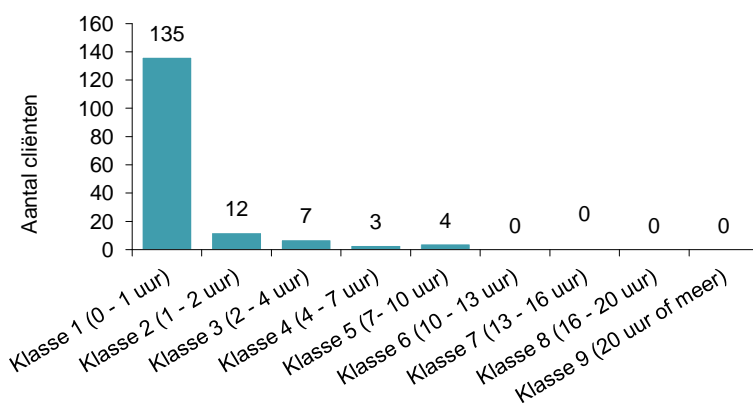


## F.2 Aanvullende figuren aard van de zorgverlening

### F.2.1 Indeling naar klassen: verpleging

Het CIZ deelt cliënten in naar verschillende klassen op basis van de omvang van de zorgvraag per AWBZ-functie. Hieronder wordt ingegaan op de onderverdeling van de cliënten naar de klassen van VP.

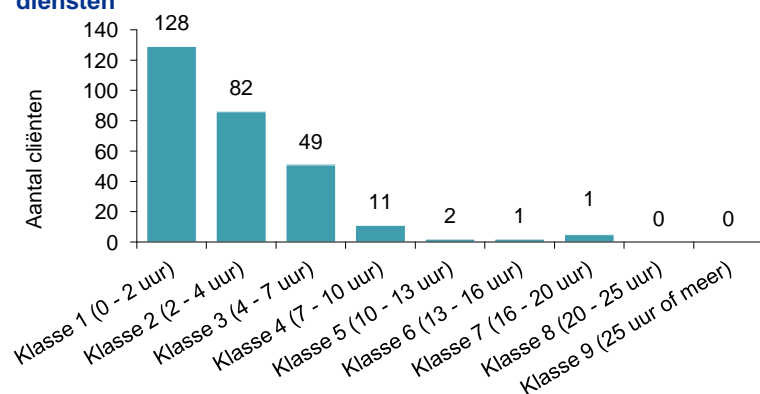
### Aantal cliënten per klasse - verpleging



### F.2.2 Indeling naar klassen: hand-en-spandiensten

Aangezien er geen AWBZ-functie hand-en-spandiensten bestaat wordt voor deze groep dezelfde indeling naar klassen gebruikt als voor de functie persoonlijke verzorging.

### Aantal cliënten per categorie - hand & span diensten

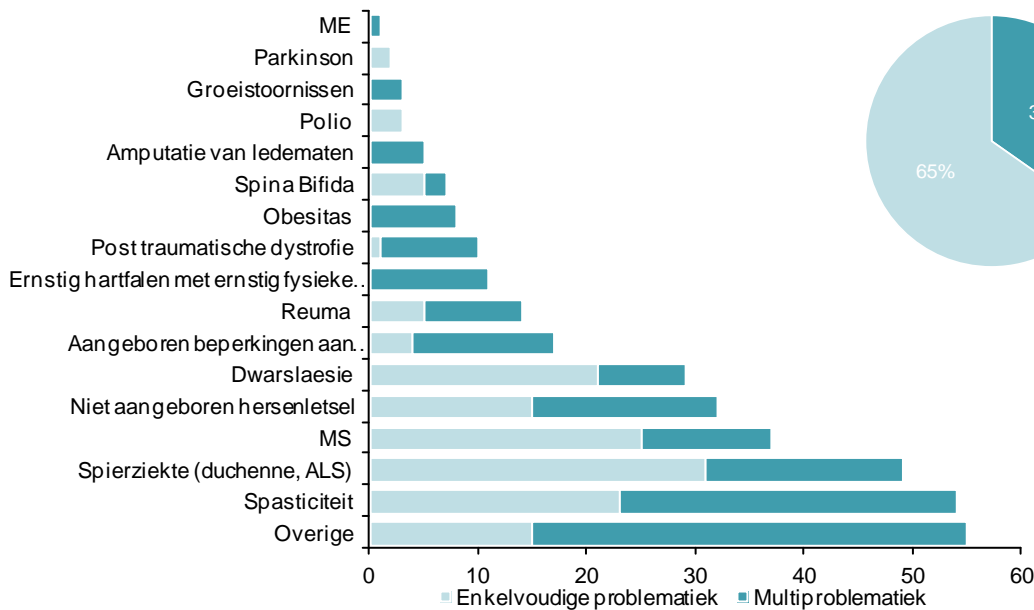


## G Resultaten cliëntkenmerken

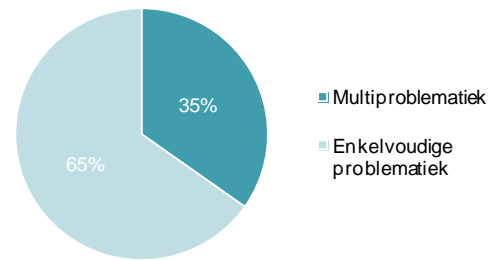
In deze bijlage worden de resultaten van de ingevulde vragenlijsten ten aanzien van cliëntkenmerken weergegeven.

### G.1 Ziektebeeld

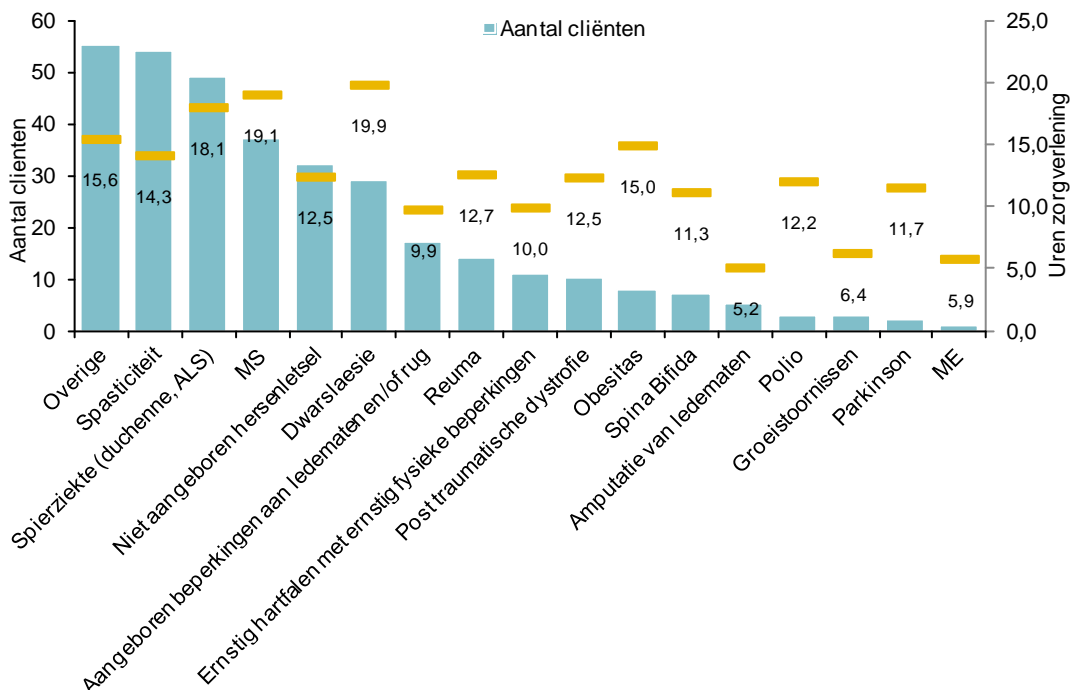
Aantal cliënten per ziektebeeld



Enkelvoudige/meervoudige problematiek

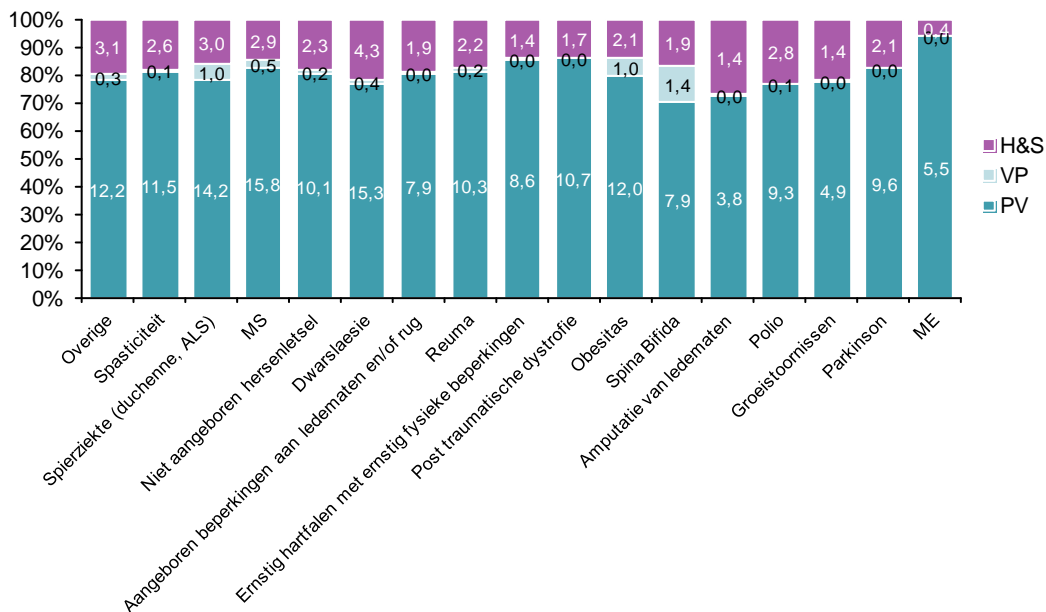


Aantal cliënten en gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week per ziektebeeld

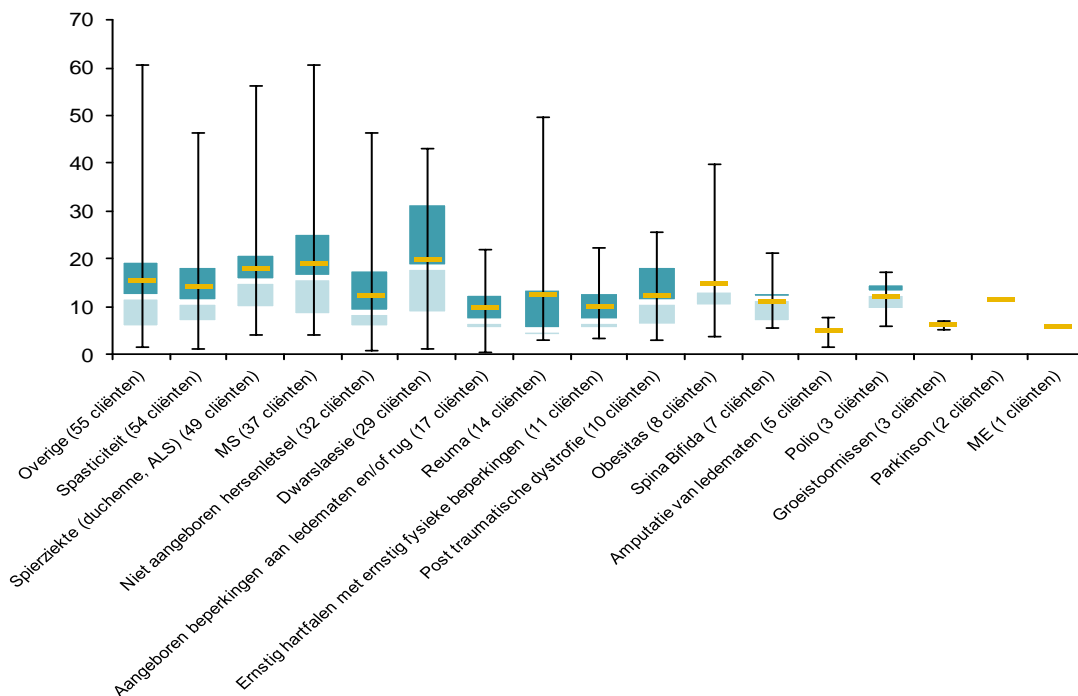




### Zorgvraag uitgesplitst naar functieper ziektebeeld

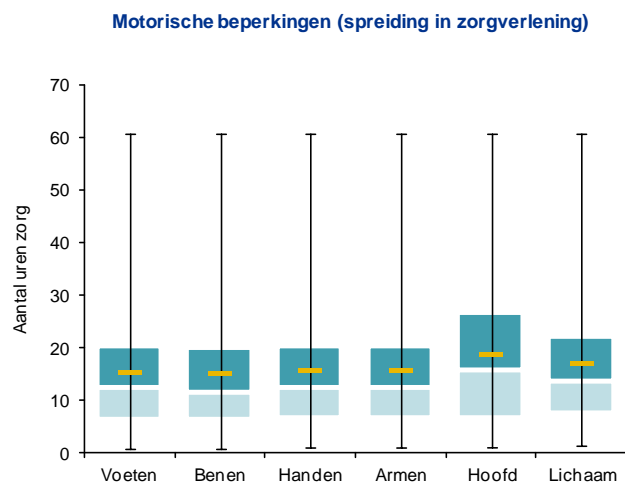
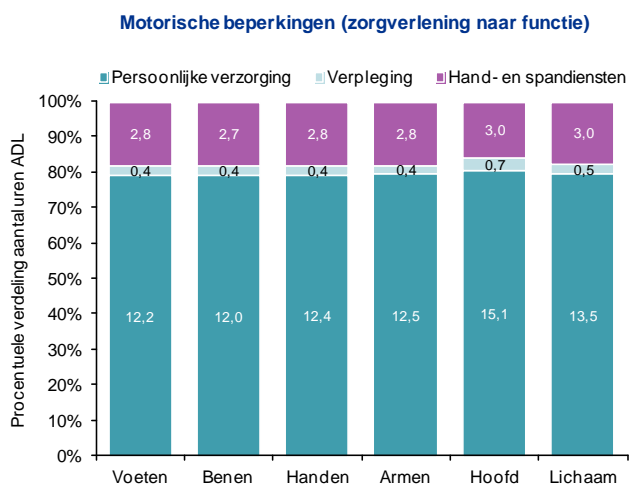
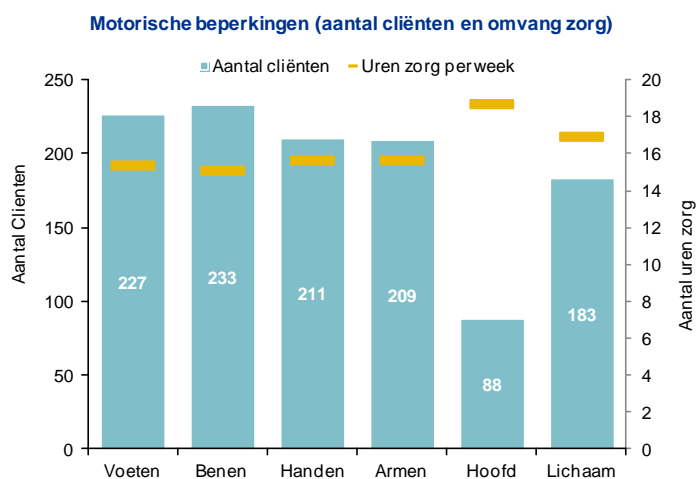
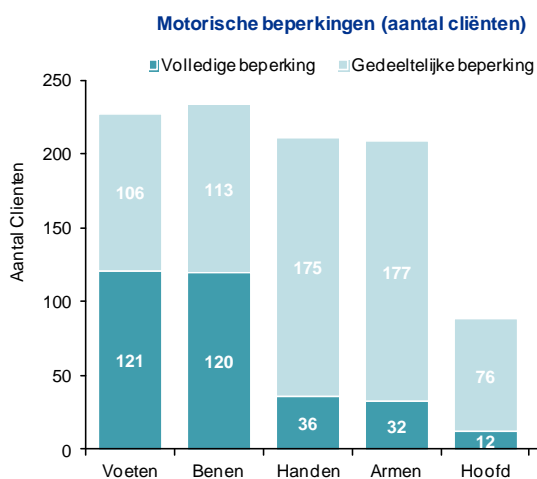


### Spreading in aantal uren ADL-assistentie per week uitgesplitst per ziektebeeld



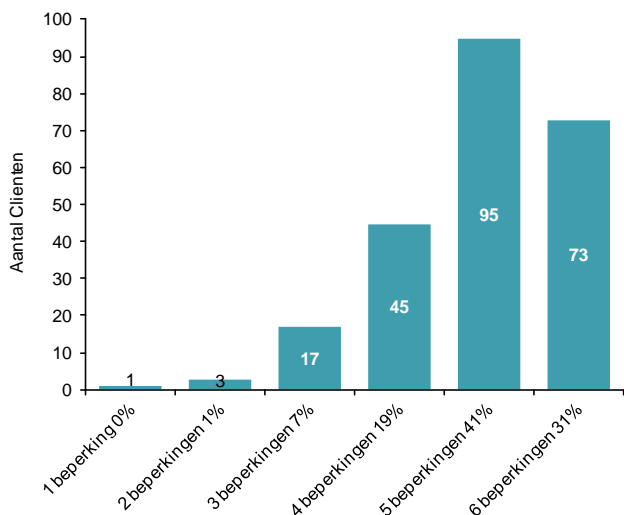
## G.2 Motorische beperkingen

### G.2.1 Enkelvoudige resultaten motorische beperkingen

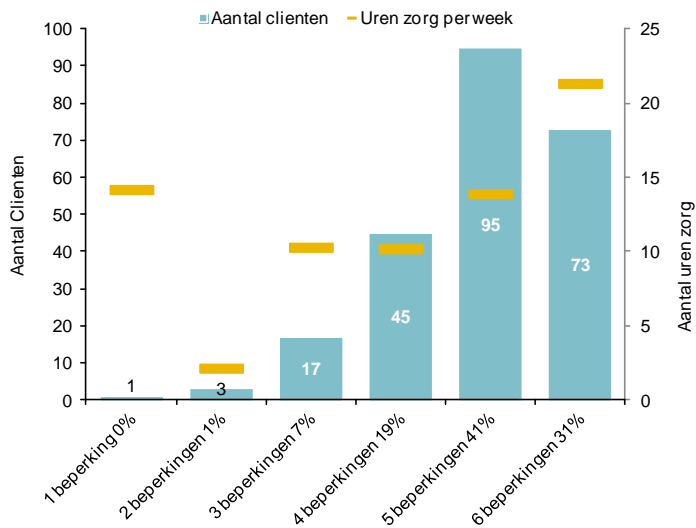


## G.2.2 Meerdere motorische beperkingen

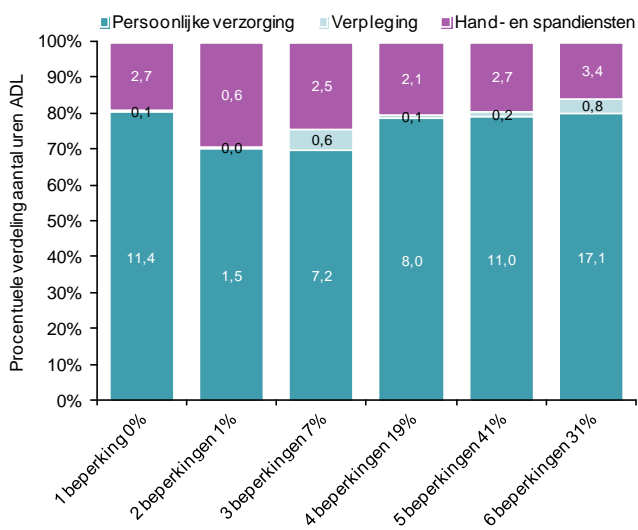
Meerdere motorische beperkingen (aantal cliënten)



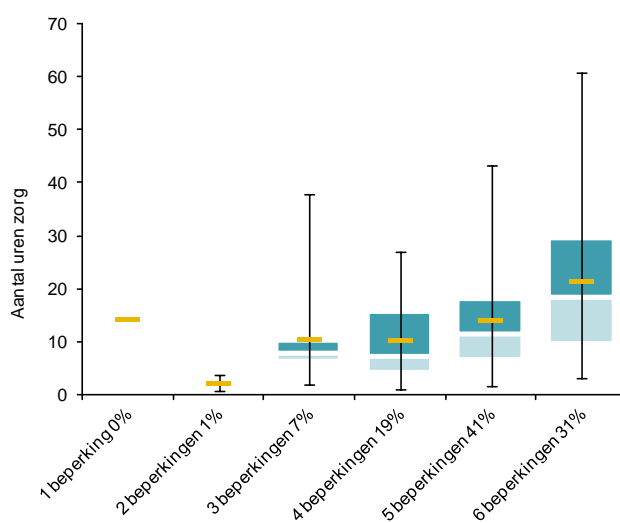
Meerdere motorische beperkingen (aantal cliënten en omvang zorg)



Meerdere motorische beperkingen (zorgverlening naar functie)



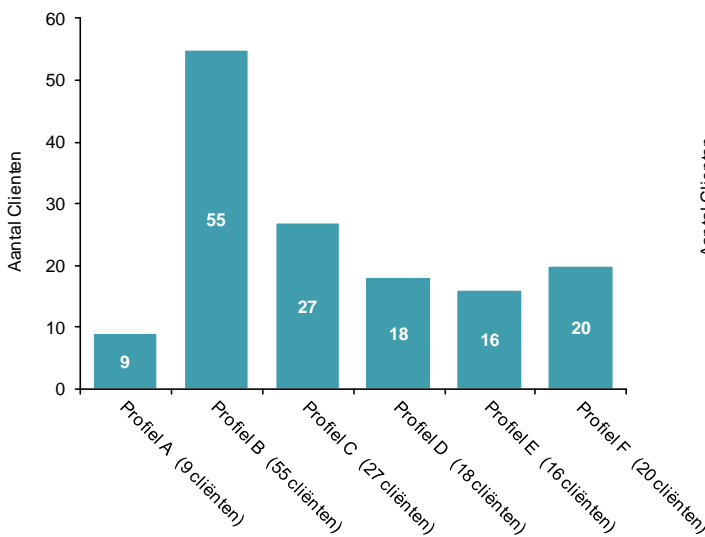
Meerdere motorische beperkingen (spreiding in zorgverlening)



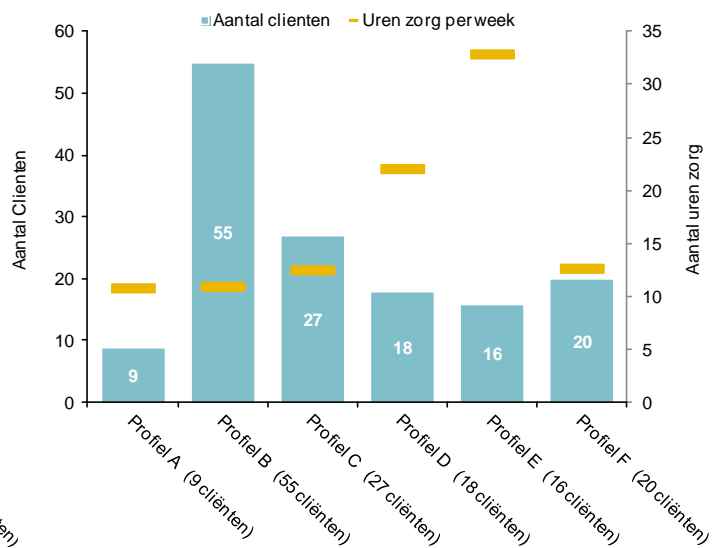
## G.2.3 Combinaties van motorische beperkingen

Cliëntprofielen ten aanzien van motorische beperkingen							
Profiel	# cliënten	Benen	Voeten	Handen	Armen	Hoofd	Lichaam
A	9	gedeeltelijk volledig	gedeeltelijk volledig	geen	geen	geen	geen gedeeltelijk
B	55	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	geen	geen gedeeltelijk
C	27	volledig	volledig	gedeeltelijk	gedeeltelijk	geen	geen gedeeltelijk
D	18	volledig	volledig	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk volledig	gedeeltelijk volledig
E	16	volledig	volledig	volledig	volledig	gedeeltelijk volledig	gedeeltelijk volledig
F	20	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	geen gedeeltelijk
<b>Totaal</b>	<b>145</b>						

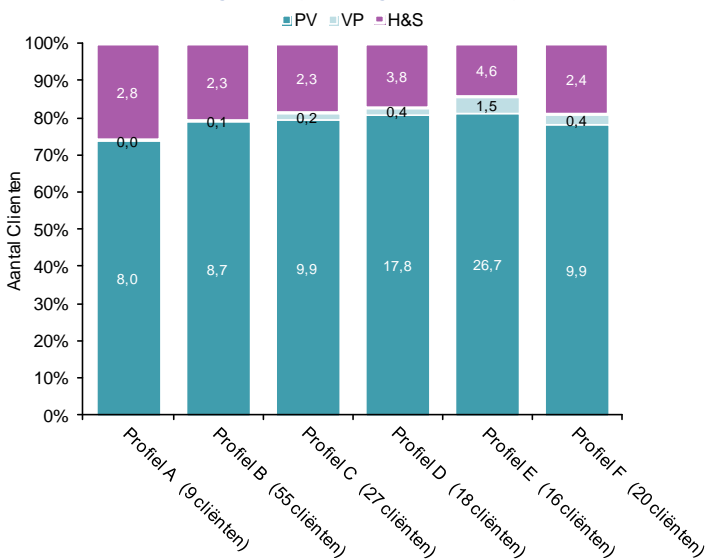
Doelgroepen (aantal cliënten)



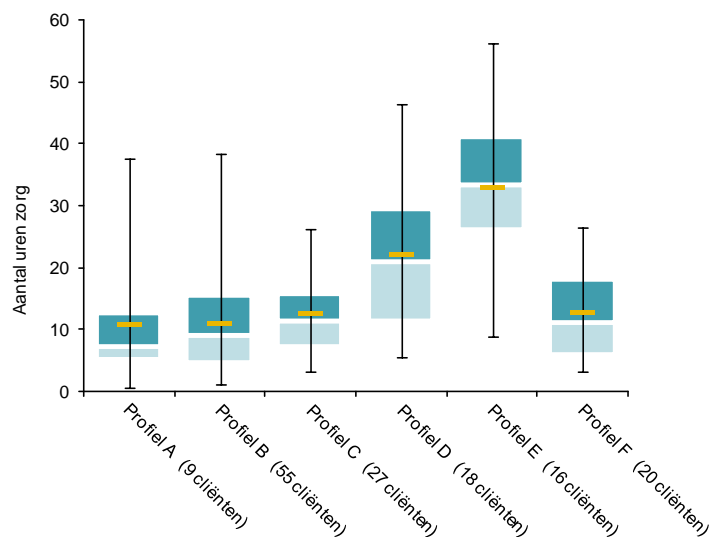
Doelgroepen (aantal cliënten en omvang zorg)



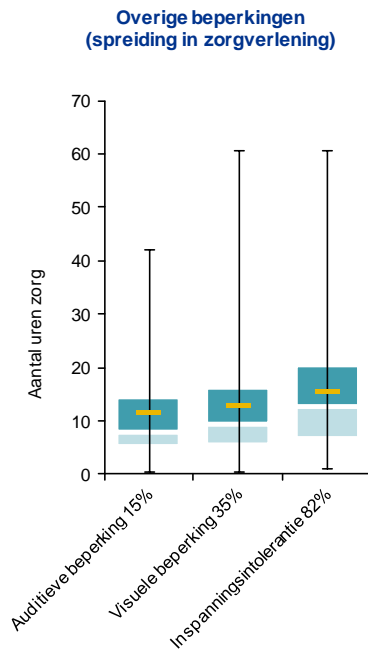
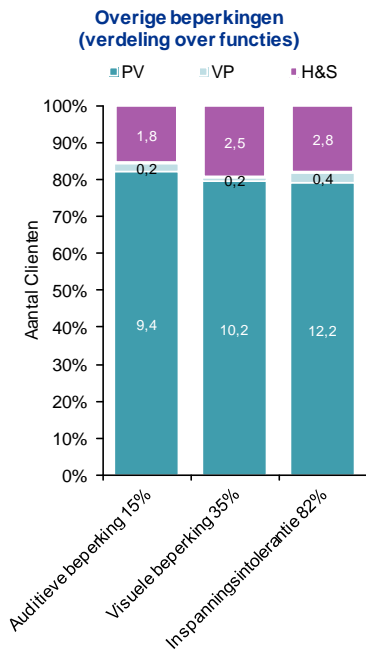
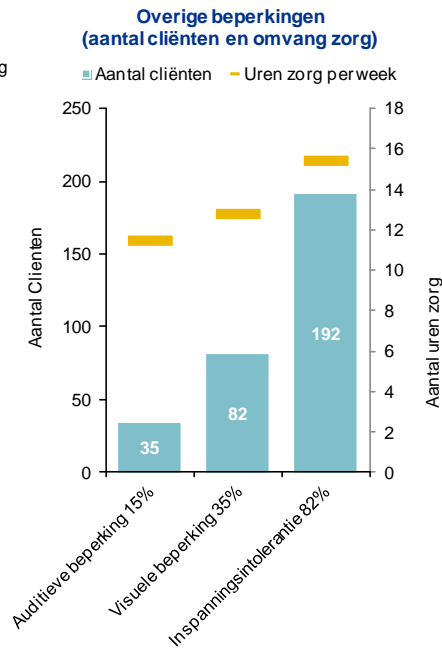
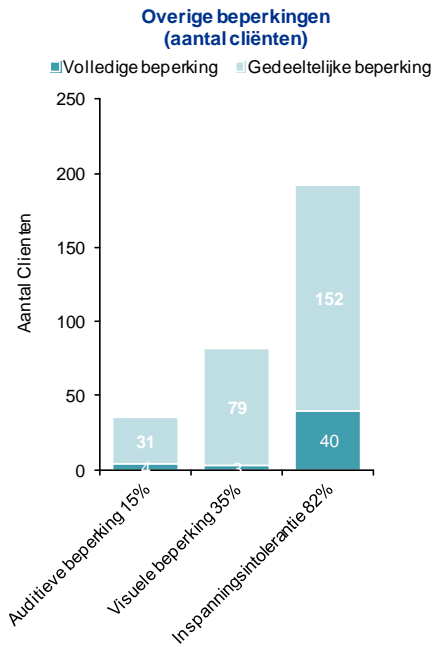
Doelgroepen (verdeling over functies)



Doelgroepen (spreiding in zorgverlening)



### G.3 Aanvullende beperkingen



## G.4 Verpleegbehoefte

