

# Sturen met ZZP's

**Een model voor operationele personeelsplanning in  
het verzorgingshuis op basis van ZZP's**

**Afstudeeronderzoek master Zorgmanagement  
Erasmus Universiteit Rotterdam**

Alette Jonkman, 288027  
Hagslagen 100  
7462 KH Rijssen

Begeleider EUR: Prof. Dr. Ir. G. de Vries  
Meelezer EUR: Prof. Dr. Ir. J.H.M. Vissers  
Begeleiders ZGR: Ietje de Jong & Francien Steunenberg

Mei 2008

## 1. Voorwoord

Het afgelopen jaar heb ik mijn studie Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam gecombineerd met het werken bij Zorggroep Raalte. De combinatie van studie en werken was soms pittig maar vooral erg leuk en leerzaam. De opgedane kennis uit mijn studie kon ik bij Zorggroep Raalte direct in de praktijk brengen. En problemen uit de dagelijkse praktijk kon ik vanuit verschillende wetenschappelijke theorieën bekijken. Deze ervaring heeft mij geleerd dat theorie en dagelijkse praktijk niet altijd overeenstemmen.

Tijdens mijn werk bij Zorggroep Raalte ontdekte ik dat er binnen de organisatie een aantal projecten werden uitgevoerd die met elkaar samen hingen maar die nog niet direct aan elkaar gekoppeld waren. Omdat ik met mijn afstudeerscriptie graag een bijdrage wilde leveren aan het oplossen van een praktisch probleem heb ik gekozen om de projecten aan elkaar te koppelen en zo te zoeken naar een onderwerp voor mijn afstuderen. Dit heeft geleid tot het onderwerp 'sturing door ZZP's'. Hierin komen de projecten invoering van ZZP's, capaciteitsplanning en de invoering van vraagsturing binnen Zorggroep Raalte middels het OER-model, samen. Hopelijk kan dit onderzoek voor Zorggroep Raalte en voor andere zorginstellingen in de sector verpleeg- en verzorgingshuissector een bijdrage leveren aan een optimale personeelsplanning door middel van zorgzwaartepakketten.

Graag wil ik mijn begeleider Prof. Dr. Ir. Guus de Vries bedanken voor het begeleiden van mijn afstudeeronderzoek. Ook mijn student-meelezer Christine Roedolf wil ik bedanken voor het meelezen en meedenken bij dit onderzoek. Daarnaast ook dank voor Letje de Jong en Francien Steunenberg van Zorggroep Raalte bij wie ik altijd terecht kon voor alle vragen rondom het onderzoek. Zonder deze goede samenwerking was het uitvoeren van het onderzoek en het trekken van conclusies een stuk lastiger geweest. Tenslotte wil ik alle medewerkers van Zorggroep Raalte bedanken voor de medewerking aan de interviews die de basis vormen van dit onderzoek.

## 2. Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| 1. Voorwoord .....  | 2  |
| 2. Inhoudsopgave .....  | 3  |
| 3. Samenvatting .....   | 5  |
| 3. Summary .....  | 6  |
| 4. Inleiding .....  | 7  |
| 5. Theoretisch kader en conceptueel model .....                             | 9  |
| 5.1 Inleiding .....   | 9  |
| 5.2 Zorgvraag .....   | 9  |
| 5.3 Indicaties .....  | 9  |
| 5.4 Vraaggericht werken .....   | 10 |
| 5.5 Zorgaanbod .....  | 10 |
| 5.6 Logistiek .....   | 10 |
| 5.7 Zorglogistiek .....   | 11 |
| 5.8 Unit-, keten- en netwerklogistiek .....                                 | 11 |
| 5.9 Besturingsraamwerk voor logistiek .....                                 | 12 |
| 5.10 Sturingsraam voor personeelsplanning .....                             | 13 |
| 5.11 Patiëntenlogistiek in ziekenhuizen en thuiszorg .....                  | 13 |
| 5.12 Conceptueel model .....  | 14 |
| 6. Methoden .....   | 17 |
| 6.1 Inleiding .....   | 17 |
| 6.2 Casestudy .....   | 17 |
| 6.3 Literatuuronderzoek .....   | 17 |
| 6.4 Interviews .....  | 18 |
| 6.5 Kwantitatief onderzoek .....  | 19 |
| 6.6 Validiteit .....  | 21 |
| 6.7 Betrouwbaarheid .....   | 22 |
| 7. Huidige methode van personeelsplanning binnen Zorggroep Raalte .....     | 23 |
| 7.1 Inleiding .....   | 23 |
| 7.2 Personeelsverdeling tussen de verschillende locaties .....              | 23 |
| 7.3 Personeelsinzet op de afdeling .....                                    | 24 |
| 7.4 Dienstroosters .....  | 25 |
| 7.5 Conclusie .....   | 26 |
| 8. Vraagsturing in relatie tot personeelsinzet .....                        | 27 |
| 8.1 Inleiding .....   | 27 |
| 8.2 Vraagsturing in de gezondheidszorg .....                                | 27 |
| 8.3 Zorgvraag groter dan budget, de zorgkloof .....                         | 27 |
| 8.4 Invulling van vraagsturing binnen Zorggroep Raalte, het OER-model ..... | 29 |
| 8.5 Invloed van vraagsturing op personeelsplanning .....                    | 29 |
| 8.6 Conclusie .....   | 32 |
| 9. ZZP's .....  | 33 |
| 9.1 Inleiding .....   | 33 |
| 9.2 Standaardisatie .....   | 33 |
| 9.3 Target costing .....  | 33 |
| 9.4 Aanpassing ZZP's januari 2008 .....                                     | 34 |
| 9.5 ZZP-registratiesysteem .....  | 34 |
| 9.6 ZZP's binnen Zorggroep Raalte .....                                     | 35 |
| 9.7 Zorgarrangementen .....   | 39 |
| 9.8 Conclusie .....   | 40 |

|   |    |
|---|----|
| 10. Toekomstmogelijkheden voor de personeelsplanning op afdelingsniveau ..... | 41 |
| 10.1 Inleiding .....  | 41 |
| 10.2 Model voor personeelsplanning .....                                      | 41 |
| 10.3 Flexibiliteit.....   | 43 |
| 10.4 Sturing .....  | 43 |
| 10.5 Zorgplan .....   | 44 |
| 10.6 Conclusie.....   | 45 |
| 11. Conclusie en discussie .....  | 46 |
| 11.1 Conclusies.....  | 46 |
| 11.2 Aanbevelingen .....  | 47 |
| 11.3 Beperkingen van het onderzoek .....                                      | 48 |
| 12. Bronvermelding .....  | 49 |
| Bijlage 1: Afkortingenlijst .....   | 53 |
| Bijlage 2. ZZP's (de pakketten) .....   | 54 |
| Bijlage 3. Topiclijsten interviews/discussie.....                             | 55 |
| Bijlage 4: Planbaarheid van zorg (op basis van OER-model) .....               | 56 |
| Bijlage 5: Urentabel NZA .....  | 57 |
| Bijlage 6: Concept zorgarrangementen .....                                    | 57 |
| Bijlage 7: ZZPScorelijst, versie 2.0 .....                                    | 69 |

### 3. Samenvatting

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: *“In hoeverre is het mogelijk om een personeelsplanning op operationeel niveau op basis van ZZP-scores (zorgzwaartepakketten) en vraaggerichte zorg te realiseren?”* Om tot een antwoord op deze vraag te komen is een casestudy uitgevoerd bij Zorggroep Raalte, een organisatie voor verzorgings- en verpleeghuiszorg in Overijssel. In het onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden.

Omdat er in Nederland sprake is van een toenemende vergrijzing en daardoor een stijgende zorgvraag en zorguitgaven is een doelmatige inzet van de beschikbare middelen van belang om ook in de toekomst de zorg voor ouderen te kunnen bekostigen. Uit onderzoek van Plexus uit 2007 blijkt dat een goede personeelsplanning die afgestemd is op de individuele zorgbehoefte van cliënten, zorgt voor een hogere productiviteit. Personeelsplanning kan dus een bijdrage leveren aan een doelmatiger gebruik van middelen in de ouderenzorg.

ZZP's zijn zorgzwaartepakketten die cliënten in de verpleeg- en verzorgingshuissector (intramurale ouderenzorg) indelen in gestandaardiseerde cliëntgroepen. Een ZZP omvat alle zorg die een cliënt nodig heeft, inclusief het verblijf van de cliënt in een zorginstelling. Vanaf 1 januari 2009 worden zorginstellingen op basis van deze ZZP's bekostigd. Voor de sector V&V zijn er 10 verschillende ZZP's ontwikkeld die variëren in zorgzwaarte en die verschillende accenten op de zorgverlening leggen. De ZZP's zijn door het ministerie van VWS ontwikkeld om onder andere meer vraagsturing in de ouderenzorg mogelijk te maken. Binnen een ZZP is het voor cliënten namelijk mogelijk om, in overleg met de zorgaanbieder, zelf een invulling te geven aan de geïndiceerde zorg. Om deze vraagsturing binnen een zorginstelling te borgen is het belangrijk de gemaakte afspraken vast te leggen in bijvoorbeeld een zorgplan. De afspraken uit het zorgplan kunnen vervolgens dienen als basis voor de personeelsplanning.

Op basis van de standaardisatie die de invoering van ZZP's met zich meebrengt is het mogelijk om vooraf te sturen op de personeelsinzet. Daarvoor is het nodig om zorgarrangementen te ontwikkelen. Zorgarrangementen geven vorm aan sturing op het niveau van patiëntengroep planning en control. In een zorgarrangement kan worden weergegeven welke basiszorg (hoeveel zorg en door welke medewerker uitgevoerd) een zorginstelling per ZZP kan leveren. In deze basiszorg moet een gedeelte gereserveerd worden voor onplanbare zorg per cliënt. Cliënten in het verzorgingshuis kunnen namelijk 24 uur per dag een beroep doen op de zorg. De benodigde personeelsinzet per cliënt kan vervolgens voor alle cliënten op een afdeling bij elkaar worden opgeteld om te komen tot de personeelsplanning voor de afdeling. Omdat er factoren zijn die de personeelsplanning kunnen verstoren (schommeling in zorgvraag van de cliënten op de afdeling door bijvoorbeeld ziekte en de aan- en afwezigheid van cliënten door bijvoorbeeld overlijden, ziekenhuisopname of inhuizing) is het belangrijk dat de afdeling de mogelijkheid heeft om extra personeel in te zetten. Er moet dus voldoende flexibiliteit in het personeelsbestand zijn om schommelingen in de zorgzwaarte op een afdeling op te kunnen vangen. Wanneer aan de eis van flexibiliteit is voldaan kunnen ZZP's en zorgarrangementen een goed sturingsinstrument zijn voor de operationele personeelsplanning binnen de ouderenzorg!

### 3. Summary

The central question of this case study is: "To what extent is it possible to realize a staff planning at operational level based on ZZP's (care dependency packages) and demand-oriented care?". To answer this question we used a case study at Zorggroep Raalte, an organization for elderly care in Overijssel, The Netherlands. In this study we used qualitative as well as quantitative methods.

In the Netherlands, the population is ageing. This results in an increase in demand for care and an increase in costs of care. An efficient use of available resources is therefore of great importance to keep elderly care affordable. In 2007 a study of Plexus concluded that staff planning based on needs of individual clients caused a significant higher productivity. Staff planning provides the opportunity to use the available resources more efficient.

ZZP's are care dependency packages which distribute clients of nursing homes into standardized client groups. A ZZP includes all needed care of the client, including the residence in the nursing home. Ever since 1 January 2009 nursing homes will be paid by ZZP's. There are 10 different ZZP's for nursing homes developed, which vary in care dependency and which place different accents on the provision of care. ZZP's are developed by the ministry of health (VWS) to increase the possibilities for, among others, client-oriented care.

Within a ZZP, clients receive the possibility to realise the care personally between the lines of the indication and in consensus with the care-giver. To secure this demand-oriented care it is essential to specify the agreements between the care giver and the client into a care plan. The agreements in this care plan can be the basis of the staff planning.

It is possible to steer prospectively on the staff planning on the basis of the standardisation provided by the ZZP's. Therefore developing care arrangements is needed. Care arrangements make to measure steering at the level of patientgroup planning and control. A care arrangement can explore which basic care (quantity of care and through which care giver) can be delivered by the care institution per ZZP. In this care arrangement a part must be reserved for unpredictable care. Clients in nursing homes can make an appeal on care twenty-four seven. Whether clients will do that in reality is unpredictable, but it is possible to estimate a percentage of unpredicted care per client in the care arrangement. The necessary staff per client can be summed for all clients of a unit to make a basic staff planning. Due to inconvenient factors like changes in demand for care caused through illness and presence and absence of clients through death, hospital visits and habitation, it is important to have the possibilities to use flexible staff. Flexibility in staff is therefore essential to moderate changes in demand for care. When this claim on flexibility is guaranteed, ZZP's and care arrangements can be a good steering instrument for the necessary staff in elderly care!

## 4. Inleiding

Nederland vergrijsst. Dit betekent dat zowel het absolute aantal als het percentage ouderen in Nederland toeneemt (RIVM, 2007). In 2004 telde Nederland 2,17 miljoen mensen van 65 jaar of ouder, in 2007 waren dit er 2,37 miljoen. Van deze 2,37 miljoen is 25% (600.000 mensen) 80 jaar of ouder. Deze cijfers wijzen op de zogenaamde dubbele vergrijzing (CBS, 2008). De komende jaren zal het aantal ouderen nog verder en harder stijgen. Verwacht wordt dat er in 2050 3,9 miljoen 65+ ers in Nederland zullen zijn (24% van de bevolking tegen 14% in 2007). Het percentage mensen van 80 jaar of ouder zal stijgen naar 38%.

De vergrijzing zorgt voor een stijgende zorgvraag en daardoor een stijging van de zorguitgaven. De uitgaven aan ouderenzorg stegen in de periode van 2000 tot 2006 jaarlijks met ongeveer 7,4%. De totale uitgaven aan ouderenzorg kwamen in 2006 uit op 11,9 miljard euro (ibid.). Dit vraagt om een doelmatige inzet van de beschikbare middelen om ook in de toekomst de zorg voor ouderen te kunnen bekostigen (Pomp et al., 2006).

Naast doelmatigheid is ook de aandacht voor kwaliteit van zorg toegenomen (ibid.). Uit onderzoek van De Klerk (2005) blijkt dat de meeste cliënten van verzorgings- en verpleeghuizen tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen maar dat er een aantal onderdelen is waarop de huizen minder goed scoren. Hierbij gaven cliënten vooral aan dat de verzorging gehaast plaatsvindt en dat er weinig tijd is voor persoonlijke aandacht. Daarnaast wordt door 30% van de cliënten aangegeven dat zij niet zelf kunnen bepalen wanneer zij opstaan en wanneer zij gebruik maken van het toilet. Deze resultaten kunnen gedeeltelijk worden verklaard door maatschappelijke trends als zelfstandigheid, emancipatie en individualisering. Deze trends hebben geleid tot een maatschappij waarin keuzevrijheid voor individuen een steeds grotere rol speelt (Overbeek & Schippers, 2005). Als gevolg van deze maatschappelijke tendens is de wens van de zorgvrager steeds centraler komen te staan bij de zorgverlening. Er wordt in de gehele zorgsector gestreefd naar zoveel mogelijk vraaggerichte zorg (afgestemd op de wens van de cliënt) in plaats van aanbodgericht te werken.

In de ouderenzorg spelen dus zowel de doelmatigheid van de zorg als de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg een rol. Door de wens van de cliënt centraal te stellen wordt de zorgverlening op een andere manier ingericht. Doel van dit onderzoek is daarom te bekijken hoe principes van doelmatigheid en vraaggericht werken gebruikt kunnen worden om te komen tot een systeem voor personeelsplanning in verzorgingshuizen.

De hoofdvraag die aan het einde van dit onderzoek beantwoord zal worden is:

*In hoeverre is het mogelijk om een personeelsplanning op operationeel niveau op basis van ZZP-scores en vraaggerichte zorg te realiseren?*

Om tot een antwoord op deze vraag te komen, worden de volgende deelvragen beantwoord:

1. *Hoe vindt personeelsplanning binnen Zorggroep Raalte nu plaats en welke criteria worden hierbij gebruikt?*

2. *Welke trends en ontwikkelingen in het kader van vraaggericht werken zijn van belang voor de personeelsplanning van een afdeling van het verzorgingshuis?*
3. *Hoe komen ZZP-scores tot stand, hoe kunnen zij gebruikt worden voor een indeling van cliëntgroepen op basis van de zorgbehoefte en welke elementen van deze scores kunnen gebruikt worden bij de personeelsplanning op operationeel niveau?*
4. *Hoe kan de operationele personeelsplanning binnen een verzorgingshuis er op basis van ZZP's uitzien en welke rol kan het zorgplan daarbij spelen?*

Voordat de deelvragen beantwoord worden, is in hoofdstuk vijf een theoretisch kader geschetst waarin de context van het onderzoek beschreven is en waarin de belangrijkste aspecten van personeelsplanning uiteengezet zijn. Aan het einde van hoofdstuk vijf wordt een conceptueel model gepresenteerd dat als denkkader dient voor het onderzoek. In hoofdstuk zes worden de onderzoekssetting en de gebruikte methoden toegelicht. Hoofdstuk beschrijft de huidige vorm van personeelsplanning binnen Zorggroep Raalte. In hoofdstuk acht wordt de invloed van vraaggerichte zorg op de personeelsplanning beschreven. Uitleg over de ZZP-scores en een indeling in cliëntgroepen op basis van zorgbehoefte komt in hoofdstuk negen aan de orde. Waarna in hoofdstuk tien de mogelijkheden voor een invulling van de operationele personeelsplanning voor een verzorgingshuis en de rol van het zorgplan behandeld worden. Tenslotte komt in hoofdstuk elf de conclusie van dit onderzoek aan bod, bovendien wordt een kritische reflectie vanuit een wetenschappelijke invalshoek op de conclusie en het onderzoek gegeven.



## **5. Theoretisch kader en conceptueel model**

### **5.1 Inleiding**

In het theoretisch kader wordt de achtergrond van het onderzoek beschreven. Relevante factoren, zoals: ouderenzorg in Nederland, de vergrijzing, vraaggerichte zorg, zorglogistiek en personeelsplanning binnen de gezondheidszorg komen in dit hoofdstuk aan de orde. Het hoofdstuk wordt besloten met een conceptueel model dat als denkkader voor het verdere onderzoek fungeert.

### **5.2 Zorgvraag**

Zoals in de inleiding is aangegeven vergrijst Nederland en dit zal de komende jaren steeds verder toenemen. Hierdoor zal ook de vraag naar ouderenzorg stijgen. Uit onderzoek van Jonker et al. uit 2007 blijkt namelijk dat leeftijd een significante invloed heeft op de zorgvraag. Hoe ouder men is hoe meer gebruik men maakt van formele zorg, verleend door een zorginstelling. De zorg voor ouderen zal voor een gedeelte thuis plaats vinden (extramuraal zorg) maar voor een gedeelte van de ouderen zal deze zorg ook plaats vinden in een verzorgings- of verpleeghuis (intramuraal zorg). Deze intramuraal zorg zal vooral plaatsvinden wanneer zorg thuis niet voldoende is, gezien de zorgvraag van de cliënt. Door de toegenomen individualisering en emancipatie zal de vraag naar extramuraal zorg naar verwachting harder stijgen dan de vraag naar verzorgings- en verpleeghuisplaatsen (CBS, 2008). Doordat zorg zo lang mogelijk thuis wordt verleend, komen cliënten in verzorgings- en verpleeghuizen vaak binnen met een zwaardere zorgvraag die in de thuissituatie niet ingevuld kan worden. De zorg aan cliënten van verzorgings- en verpleeghuizen wordt daardoor complexer en leidt tot een stijging van de zorgzwaarte. Gemiddeld verblijft een cliënt momenteel 4,5 jaar in een verzorgingshuis, in 2050 zal dit zijn gedaald tot 3,5 jaar. Gemiddeld ontvangt een cliënt in een verzorgingshuis op dit moment 102 minuten zorg per dag (Wever & Coolen, 2000).

### **5.3 Indicaties**

De vraag naar professionele zorg voor ouderen wordt bepaald door een combinatie van de zorgbehoefte en persoonlijke wensen van de cliënt (zie ook paragraaf 3.4), daarnaast speelt ook de indicatie die een cliënt heeft een belangrijke rol. Sinds 1 januari 2005 bepaalt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) op welke AWBZ-zorg (langdurige zorg, hieronder valt ook de verpleeg- en verzorgingshuiszorg) iemand recht heeft. Vanaf 1 juli 2007 is een omschakeling gemaakt naar indicering in functiegerichte zorgpakketten. Dit betekent dat de zorgvraag van intramuraal cliënten uitgedrukt wordt in verschillende zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een ZZP omvat alle zorg die een cliënt nodig heeft, inclusief het verblijf van de cliënt in een zorginstelling. Vanaf 1 januari 2009 worden zorginstellingen ook op basis van deze ZZP's bekostigd. Dit betekent dat een zorginstelling wordt beloond voor de prestaties die zij levert aan haar cliënten en niet meer voor de capaciteit (aantal bedden) die zij heeft. Een cliënt met een zwaarder pakket vraagt meer zorg, hier tegenover staat een hogere vergoeding voor de zorginstelling vanuit de AWBZ (VWS, 2008). Voor de sector verpleging en verzorging zijn 10 ZZP's ontwikkeld, zie bijlage 2 voor een overzicht van deze pakketten. De indicatie van de cliënt bepaalt daarmee het budget voor de zorginstelling en vormt de basis van de zorgverlening aan de cliënt. Indicaties worden daardoor ook de basis voor personeelsplanning op

operationeel niveau. Hoe de ZZP-scores opgebouwd zijn en hoe deze scores gebruikt kunnen worden bij de personeelsplanning komt aan de orde in hoofdstuk 9 en 10.

#### **5.4 Vraaggericht werken**

Zoals ook al in de inleiding is aangegeven is keuzevrijheid voor de cliënt in de huidige maatschappij steeds belangrijker. Invoering van vraaggerichte zorg is dan ook in alle sectoren van de gezondheidszorg een belangrijk item (Van Wijk, 2006).

Uit onderzoek van Rijckmans et al. (2007) blijkt dat cliënten het van groot belang vinden dat hun mening met betrekking tot de invulling van de zorg gehoord wordt. Cliënten geven als belangrijkste elementen aan dat zij in samenspraak met professionals de beste invulling van de zorgverlening willen bepalen, dat de cliënt op een waardige manier bejegend wordt en dat de cliënt geïnformeerd wordt over de mogelijkheden die binnen de zorgverlening bestaan. In hoofdstuk acht wordt de relatie tussen vraaggericht werken en personeelsplanning verder uitgewerkt.

#### **5.5 Zorgaanbod**

Zoals we hierboven hebben kunnen zien, wordt de zorgvraag door een aantal aspecten beïnvloed. Ook het aanbod van zorg wordt door verschillende factoren bepaald. Zo zijn de financiering van zorg (door middel van ZZP's) en wettelijke regelingen (zoals de kwaliteitswet, wet BIG en andere beleidsregels door bijvoorbeeld de NZA) van groot belang voor het aanbod van zorg. Daarbij komt nog de belangrijkste factor die het zorgaanbod bepaalt, namelijk het personeel. Personeelskosten maken ongeveer 80% uit van de kosten die zorginstellingen maken. Wanneer we het hebben over doelmatig werken heeft dit voor een groot deel dus te maken met de personeelsinzet. De dienstverlening aan cliënten loopt immers via de relatie tussen medewerker en cliënt waardoor de zorg erg arbeidsintensief is (Van Wijk, 2006). Deze relatie bepaalt bovendien de beleving van de dienstverlening voor zowel de cliënt als de medewerker (ibid.). Zonder voldoende gekwalificeerd personeel kan er door zorginstellingen geen zorg worden verleend. Op dit moment werken ongeveer 111.500 mensen in verzorgingshuizen, zij vervullen samen bijna 65.000 fte's (CBS, 2008). Van deze fte's zijn per 100 cliënten 41 fte nodig om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

Uit cijfers van Prismant (2007) blijkt dat de vraag naar personeel in de ouderenzorg de komende jaren flink zal stijgen door de toegenomen zorgvraag van ouderen en de groei van de gemiddelde zorgzwaarte van intramurale cliënten. Bovendien bestaat het personeelsbestand in de ouderenzorg uit oudere werknemers die de komende jaren met pensioen zullen gaan waardoor de vraag naar nieuw personeel nog meer zal stijgen. Daar komt bij dat de Nederlandse arbeidsmarkt krappere wordt en dat steeds minder schoolverlaters kiezen voor een baan in de zorg (Kwartel van der e.a. 2007).

#### **5.6 Logistiek**

De term logistiek komt van oorsprong uit de militaire hoek. De Van Dale, woordenboek der Nederlandse taal, geeft als definitie voor logistiek: *“alle voorbereidingen en handelingen die nodig zijn om de troepen op de meest doeltreffende wijze van goederen en voorraden te voorzien en onder de gunstigste omstandigheden te doen strijden.”* (De Vries & Hiddema, 2001). Logistiek gaat dus om het besturingsproces van de levering van goederen.

De term logistiek wordt behalve in het leger ook in de industrie regelmatig gebruikt. Als gevolg van de toegenomen mogelijkheden voor massaproductie en daardoor grotere voorraden en een inflexibeler organisatie werd het voor bedrijven steeds belangrijker processen anders in te richten (Vries, 1993). Daarbij staat optimalisatie van het productieproces centraal. Hiervoor worden in de industrie verschillende technieken (MRP, JIT, OPT) gebruikt die hier verder niet besproken zullen worden.

### **5.7 Zorglogistiek**

Nadat logistiek haar intrede had gedaan in de industrie is zij langzamerhand ook doorgedrongen tot de zorgsector. In eerste instantie richtte de logistiek zich daar op de goederen in instellingen. Logistiek kwam de zorgsector binnen via leveranciers uit de industrie (De Vries & Hiddema, 2001). Naar aanleiding van wachttijden, personeelstekorten, stijgende zorgkosten en de emancipatie van patiënten en de daarmee gepaard gaande vraag naar snellere behandelingen is er steeds meer aandacht gekomen voor logistiek binnen het primaire proces van de zorg, de zogenaamde patiëntenlogistiek (ibid.). Patiëntenlogistiek omvat het gehele traject dat een patiënt binnen de gezondheidszorg doorloopt naar aanleiding van een specifieke zorgvraag (TPG, 2004). Vissers & Beech (2005) noemen deze vorm van logistiek ook wel *health operations management* waarbij de volgende definitie gehanteerd kan worden: *“het analyseren, ontwerpen, plannen en beheersen van alle stappen die nodig zijn bij dienstverlening aan cliënten.”* Zij geven daarbij aan dat er een duidelijk verschil bestaat tussen de logistiek in de industrie en de gezondheidszorg. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door de complexe processen die in zorginstellingen worden uitgevoerd.

### **5.8 Unit-, keten- en netwerklogistiek**

Binnen de zorglogistiek zijn er drie verschillende benaderingen van logistiek te onderscheiden, namelijk logistiek gezien vanuit de unit, de keten en het netwerk. Bij unitlogistiek zijn afzonderlijke afdelingen het uitgangspunt en staat het doelmatig gebruik van capaciteiten en de werklast van het personeel centraal. Bij het ketenperspectief zijn de verschillende patiëntengroepen die kunnen worden onderscheiden het uitgangspunt. Centraal staat een optimale afstemming van het zorgproces dat de patiënt doorloopt en waarbij een goede service aan de patiënt het doel is. Bij netwerklogistiek wordt een combinatie van unit- en ketenperspectief gebruikt. Zowel doelmatige benutting van capaciteiten als een goede service aan de verschillende patiëntengroepen staat hierbij centraal (Vissers & Beech, 2005).

Dit onderzoek naar de logistiek in verzorgingshuizen richt zich op de unitlogistiek. Centraal staat de planning op een verzorgingsafdeling en een doelmatige inzet van de capaciteiten, in dit geval het personeel, is daarbij het uitgangspunt.

### 5.9 Besturingsraamwerk voor logistiek

Om te kunnen voldoen aan eisen van zowel doelmatigheid als levering van kwalitatief hoogwaardige zorg is het voor zorginstellingen van belang keuzes te maken over de inzet van capaciteiten. Om een duidelijk inzicht te verkrijgen in de besturing en planning van de benodigde capaciteiten hebben Vissers, de Vries en Bertrand (2001) een besturingsraamwerk voor ziekenhuizen ontwikkeld. In dit raamwerk staan beslissingen die op verschillende niveaus binnen de organisatie worden genomen centraal. Het raamwerk bestaat uit zowel operationele, tactische als strategische beslistmomenten. Samengevat bevat het raamwerk van hoog naar laag de volgende vijf onderdelen:

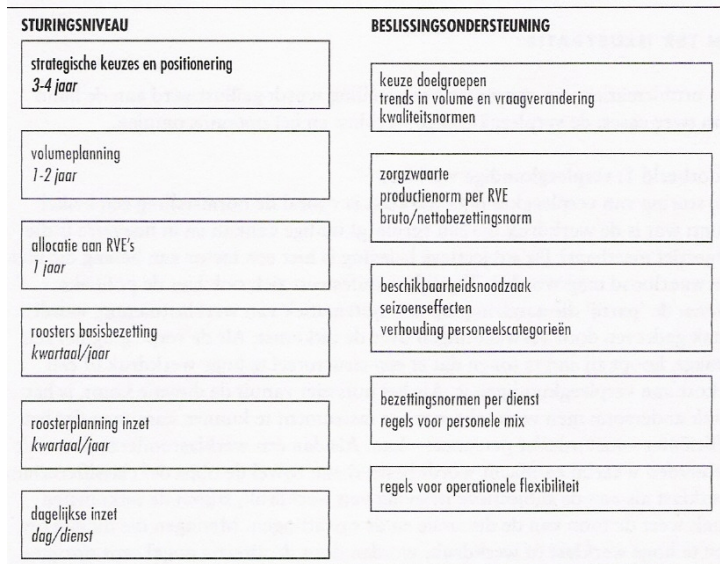
| Niveau                             | Tijdshorizon              | Beslissingsfunctie   |
|------------------------------------|---------------------------|--|
| Strategische planning & control    | Twee tot vijf jaar        | Wat wordt er in de toekomst gedaan?  |
| Patiëntenvolume planning & control | Eén tot drie jaar         | Hoe ziet de doelgroep er in de toekomst uit? (bijv. productieafspraken)                                      |
| Capaciteiten planning & control    | Drie maanden tot één jaar | Capaciteiten toedelen aan specialismen en afdelingen (bijv. OK-tijd). In ouderenzorg personeel aan locaties. |
| Patiëntengroep planning & control  | Eén week tot drie maanden | Hoe moet capaciteit ingezet worden voor een goede service? (gaat over roostering)                            |
| Patiënten Planning & control       | Dagen                     | Hoe kan voor een individuele patiënt het beste gepland worden?   |

*Figuur 1: Besturingsraam voor ziekenhuizen (Vissers, 2001<sup>a</sup>).*

Hoewel dit besturingsraamwerk ontworpen is voor ziekenhuizen is dit model ook toepasbaar in de ouderenzorg. Het niveau van patiëntengroep planning en control is steeds meer in opkomst door de invoering van de ZZP's waardoor het steeds beter mogelijk wordt intramurale cliënten in te delen in verschillende patiëntengroepen. Het niveau van patiëntengroep planning en control vormt daarom ook een belangrijk denkkader voor dit onderzoek. Er zal onderzocht worden hoe een goede inzet van capaciteiten, in dit geval personeel op basis van de verschillende patiëntengroepen (afgeleid van ZZP's) op een termijn van één week tot drie maanden op afdelingsniveau plaats kan vinden. Daarnaast wordt ook het bovenliggende niveau van capaciteiten planning en control bij dit onderzoek gebruikt. Er wordt bekeken hoe de verdeling van het personeel over de verschillende afdelingen en teams van Zorggroep Raalte plaats moet vinden om een goede planning op het niveau van patiëntengroep planning en control mogelijk te maken.

### 5.10 Sturingsraam voor personeelsplanning

Het logistieke besturingsraamwerk voor zorginstellingen is door De Vries (2007) vertaald naar een besturingsraamwerk voor personeelsplanning in zorginstellingen. Dit model ziet er als volgt uit:



Figuur 2: Besturingsraamwerk voor personeelsplanning (Vries, de 2007)

Op basis van het accent op het niveau van patiëntengroep planning en control (besturingsraamwerk voor logistiek in zorginstellingen) en de aandacht voor het niveau van capaciteitenplanning en control, volgt uit bovenstaand model de focus op: beschikbaarheidnoodzaak van personeel, de seizoenseffecten die een rol spelen bij de personeelsplanning en de verhouding tussen de verschillende personeelscategorieën. Daarbij komen dan ook de bezettingsnormen per dienst en regels voor een personele mix aan de orde (Vries, de 2007). Deze thema's bepalen samen het denkkader van dit onderzoek waarbij de aandacht vooral gericht zal worden op de noodzaak van beschikbaarheid van personeel op basis van de zorgvraag van de cliënten. Hiermee kan vervolgens de verhouding tussen de verschillende personeelscategorieën en de bezettingsnormen en personele mix die op de afdeling aanwezig moeten zijn worden bepaald.

### 5.11 Patiëntenlogistiek in ziekenhuizen en thuiszorg

De meeste onderzoeken naar patiëntenlogistiek richten zich op de ziekenhuiszorg. Daarbij komt de patiënt binnen komt met een zorgprobleem dat middels diagnose en behandeling opgespoord en zo goed als mogelijk verholpen wordt waarna de patiënt het ziekenhuis weer verlaat en het zorgtraject wordt beëindigd. Deze benadering van logistiek richt zich op het totale proces dat de patiënt doorloopt vanaf het consult bij een huisarts tot het laatste bezoek dat de patiënt brengt aan het ziekenhuis. Daarbij verplaatst de patiënt zich langs de verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Planning vindt daarbij vooral plaats op basis van de beschikbare capaciteiten. Dit wordt ook wel organisatie van job shops genoemd (Van Merode, 2001).

Voor de ouderenzorg, waar dit onderzoek zich op richt, geldt dit principe niet. Cliënten binnen de ouderenzorg en met name het verzorgingshuis komen binnen met een zorgvraag die vooral gericht is op het behoud en waar mogelijk verbetering van de kwaliteit van leven maar die niet gericht is op genezing. Dit betekent dat cliënten in het verzorgingshuis geen directe behandelingen ondergaan en dat er van te voren geen duidelijk eindpunt van het zorgproces aan te wijzen is. De zorgverlening houdt op wanneer de cliënt verhuist (naar bijvoorbeeld een verpleeghuis) of wanneer de cliënt overlijdt.

De logistiek in een verzorgingshuis is beter vergelijkbaar met thuiszorglogistiek. In de thuiszorg staat niet de organisatie rondom de verschillende capaciteiten (personeelsleden) centraal maar de organisatie rondom de cliënt is het uitgangspunt. Personeel verplaatst zich hierbij naar de cliënt. Ook in een verzorgingshuis geldt dit principe. Personeel verplaatst zich van de ene naar de andere cliënt. Daarbij worden de appartementen van de cliënten gezien als hun eigen huis waar het personeel te gast is (net zoals in de thuiszorg). Uit Zweeds onderzoek (Eveborn et al., 2005) naar een optimale planning van deze thuiszorglogistiek blijkt dat door een betere planning van personeel het mogelijk is om efficiënter te werken en de kwaliteit van zorg mede daardoor te verhogen. Onderzoek van Plexus uit 2007 laat nogmaals het belang van een goede personeelsplanning zien. Uit het onderzoek blijkt dat zorginstellingen die de planning van medewerkers afstemmen op de individuele zorgbehoefte van cliënten productiever zijn dan instellingen die dit niet afstemmen. Op het gebied van logistiek zal dus zeker winst te behalen zijn voor instellingen in de ouderenzorg.

### **5.12 Conceptueel model**

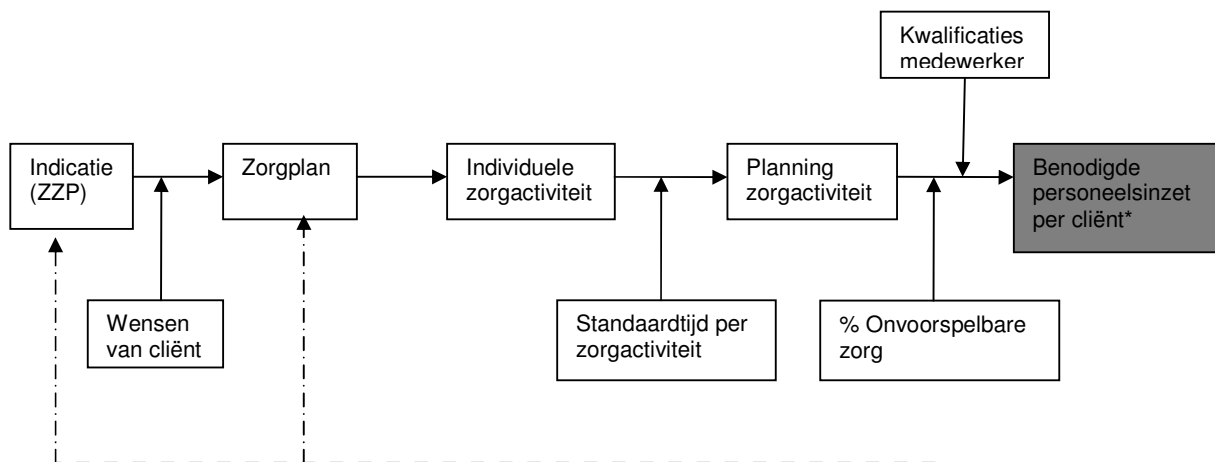
In een Zweeds onderzoek van Eveborn et al. (2005) wordt gebruik gemaakt van een geautomatiseerd dynamisch planningssysteem (LAPS) waarbij de personeelsplanning per dag en per week varieert. Planning van de zorg komt tot stand op basis van de indicatie van de cliënt en het zorgplan dat daaruit voortvloeit. Het zorgplan komt tot stand op basis van de indicatie en de wensen die een cliënt heeft. Hierin komt het vraaggericht werken naar voren. Aan het zorgplan worden de uit te voeren zorgactiviteiten gekoppeld. Wanneer deze zorgactiviteiten getypeerd worden met een standaardtijd per activiteit is het mogelijk een goede planning van de verschillende activiteiten te maken (Rhyne & Jupp, 1988). Uit onderzoek dat het bureau Deloitte (1995) heeft gedaan blijkt dat deze elementen (indicatie en zorgplan met activiteiten) ook voor de planning in de ouderenzorg van groot belang zijn. Voor de koppeling van tijd aan de activiteiten kan een tijdschatting een goede manier zijn om normtijden per activiteit te bepalen (ibid.).

Naast de voorspelbare zorg is ook de onvoorspelbare zorg van belang. Cliënten in het verzorgingshuis kunnen ten alle tijden een beroep doen op de verzorging. Het moment van deze zorg is niet voorspelbaar maar er kan per cliënt en per ZZP wel een percentage onvoorspelbare zorg op basis van ervaring worden geschat. Wanneer de tijd van de individuele zorgactiviteiten plus een percentage voor onvoorspelbare zorg bekend is kan worden bekeken hoeveel personeel nodig is en van welk niveau (kwaliteit en opleidingsniveau). Deze benodigde personeelsinzet per cliënt kan vervolgens voor alle cliënten op een afdeling bij elkaar worden opgeteld om te komen tot de personeelsplanning op de afdeling. Daarbij moet nog wel rekening worden gehouden met de niet cliëntgebonden tijd. Dit is tijd die gebruikt wordt voor scholing van medewerkers en voor tijd voor

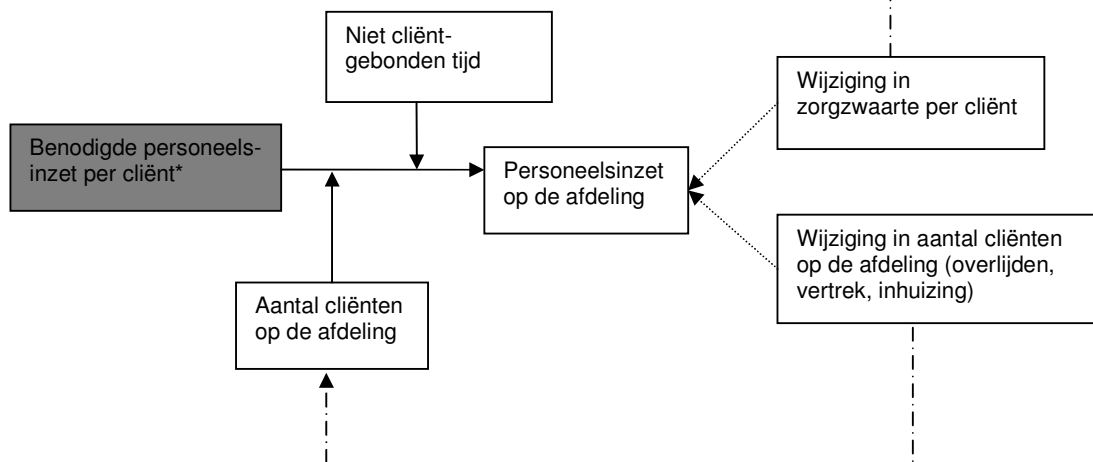
medewerkers zelf (pauze, toilet, enz.). Deze tijd is gemiddeld 15% van de totale personeelsinzet. Wanneer de optimale inzet bepaald is, is het belangrijk rekening te houden met de intermediërende factoren die de personeelsinzet op de afdeling kunnen beïnvloeden. Deze intermediërende factoren op afdelingsniveau zijn: het aantal cliënten dat op de afdeling verblijft en structurele veranderingen in de zorgwaarde van deze cliënten. Door deze factoren kan de personeelsinzet op de afdeling moeten worden bijgesteld. Ook kunnen deze factoren een effect hebben op de elementen 'indicatie en zorgplan van de cliënt' en 'het aantal cliënten op de afdeling' die eerder in het model genoemd staan. Deze terugkoppelingen zijn van belang om bij de volgende periode van personeelsplanning (volgende rooster) goede informatie te hebben om de goede inzet te kunnen bepalen.

In het model op de volgende pagina (figuur 3) is het proces van indicatie van cliënten (op basis van ZZP) tot de personeelsplanning van een verzorgingshuis in een ideale situatie weergegeven. Dit model zal als denkkader fungeren bij de beantwoording van de onderzoeksvraag.

**Personeelsplanning op individueel niveau (patiënten planning)**



**Personeelsplanning op afdelingsniveau (patiëntengroep planning)**



- ▶ Causale relatie
- .....▶ Intermediërend effect
- - - - -▶ Terugkoppeling
- \* , eind van model 1 is begin van model 2

Figuur 3: Conceptueel model



## **6. Methoden**

### **6.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering van het onderzoek toegelicht. De onderzoeksvorm, de organisatie waarin het onderzoek plaats heeft gevonden en de gebruikte methoden worden beschreven. Daarnaast komen de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek in dit hoofdstuk aan de orde.

### **6.2 Casestudy**

Het onderzoek is een empirisch onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van de casestudy. De focus ligt op de omstandigheden, dynamiek en complexiteit van één praktijksituatie, daarbij zijn meerdere onderzoeksmethoden gebruikt om data te verzamelen (Creswell, 2003).

Het onderzoek is uitgevoerd binnen Zorggroep Raalte. Zorggroep Raalte is een zorginstelling met als doelgroep ouderen. Het doel van de organisatie is het bieden van huisvesting, zorg- en dienstverlening, en welzijnsactiviteiten aan ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek. De Zorggroep bestaat uit de locaties Swaenewoerd en Angeli Custodes (56 resp. 75 cliënten, op Angeli Custodes is ook een verpleegafdeling aanwezig er zijn 41 verzorgingshuisplaatsen en 34 verpleeghuisplaatsen) in Raalte, Maria-Oord in Luttenberg (16 cliënten) en Stevenskamp in Heeten (60 cliënten). Daarnaast zijn in de omgeving van de locaties 136 service- en aanleunwoningen, waar zorg- en dienstverlening aan huis wordt geboden.

### **6.3 Literatuuronderzoek**

Om de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende methoden van onderzoek. Als eerste is er een literatuurstudie uitgevoerd om zo een antwoord te vormen op de tweede, derde en vierde deelvraag. De tweede vraag heeft betrekking op trends en ontwikkelingen van vraaggericht werken. Informatie uit de literatuur is gebruikt om de methode van vraaggericht werken die binnen Zorggroep Raalte gebruikt wordt af te zetten tegen landelijke trends en ontwikkelingen. Verder is de literatuur gebruikt om te bekijken welke mogelijkheden er zijn om vraaggericht werken te vertalen naar personeelsplanning op operationeel niveau. De derde deelvraag richt zich op de inhoud van de ZZP's. Er is naar een onderbouwing voor de invoering van ZZP's gezocht in bestaande literatuur en in onderzoeksrapporten van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De inhoud en opzet van ZZP-scores worden in hoofdstuk negen uitgewerkt.

De laatste deelvraag gaat over een mogelijk model voor personeelsplanning en de rol van zorgplannen bij de vertaling van ZZP's naar de personeelsplanning. In de literatuur is gezocht naar een goede opzet van zorgplannen, zodat zij bij kunnen dragen aan de personeelsplanning. Daarbij is de aanname gedaan dat bij het maken van een zorgplan rekening gehouden wordt met het vraaggericht werken. Er is aangenomen dat de wensen van de cliënt voldoende opgenomen zijn in het zorgplan.

## **6.4 Interviews**

Om een duidelijk antwoord te krijgen op de deelvragen is daarnaast gebruik gemaakt van interviews. De interviews zijn op een semi-gestructureerde manier gehouden. Dit betekent dat een gedeelte van de vragen vaststond. Deze vragen zijn in alle interviews naar voren gebracht. Naast de vaststaande vragen was er genoeg ruimte voor de respondenten om hun eigen ervaringen en mening kwijt te kunnen (Creswell, 2003). Topiclijsten van de interviews zijn weergegeven in bijlage 3.

Een gedeelte van de respondenten is in één-op-één gesprekken geïnterviewd. Hierdoor kon dieper op de vragen worden ingegaan en was er ruimte om door te vragen naar bepaalde onderwerpen. Bovendien konden respondenten op deze manier duidelijk hun gevoelens, emoties, wensen en ideeën naar voren brengen. De interviews die één-op-één plaatsgevonden hebben, zijn de interviews met de directeur/bestuurder, hoofd P&O en hoofd EAD (interim).

Daarnaast is een groepsdiscussie georganiseerd met de locatiemanagers (4 deelnemers) en zijn er twee dubbelinterviews uitgevoerd met teammanagers (2 interviews met 2 managers per keer). Er is gekozen voor het organiseren van gezamenlijke interviews/discussies om op deze manier een duidelijk beeld te krijgen van de verschillen die tussen de locaties zouden kunnen bestaan. Daarnaast werd verwacht dat door een gezamenlijke discussie een duidelijker beeld van de toekomstmogelijkheden voor personeelsplanning zou kunnen ontstaan. Tenslotte was de verwachting dat een groepsdiscussie de deelnemers aan zou kunnen zetten tot het ontwikkelen van nieuwe ideeën die in een één-op-één gesprek niet naar voren zouden komen.

Naast de interviews op strategisch en tactisch niveau zijn er waar nodig en waar mogelijk interviews gehouden met operationele medewerkers die verantwoordelijk zijn voor onderdelen van de personeelsplanning. Hierbij zijn verzorgenden die verantwoordelijk zijn voor het maken van de OER-routes (Ondersteuning Eigen Regie, zie ook paragraaf 8.3) (3 personen van 2 locaties) en roosteraars (3 personen van 3 verschillende locaties) geïnterviewd.

Tenslotte heeft de onderzoeker gedurende de looptijd van het onderzoek deelgenomen aan de werkgroep capaciteitsplanning. Deze werkgroep bestond uit de projectleider ZZP en OER van Zorggroep Raalte (tevens locatiemanager van één van de locaties), twee medewerkers van de afdeling personeelszaken en de onderzoeker. Daarnaast was er bij de bijeenkomsten van de werkgroep structurele begeleiding door een externe adviseur (Dhr. B. van Hilst). De werkgroep is vanaf januari maandelijks bij elkaar geweest om mogelijkheden voor een andere personeelsplanning binnen Zorggroep Raalte te onderzoeken. Opmerkingen en suggesties uit de werkgroep zijn ook bij de resultaten in de hoofdstukken zeven tot en met tien verwerkt.

De interviews zijn, na toestemming van de respondenten, opgenomen op band. Hierdoor was het mogelijk de transcripten, ter controle, aan anderen voor te leggen (Creswell 2003). Ook was hierdoor een duidelijke registratie en zorgvuldige analyse van de interviews mogelijk ('t Hart et al. 1996). De interviews zijn vervolgens anoniem in dit onderzoek gebruikt (verwijzing middels nummers van respondenten).

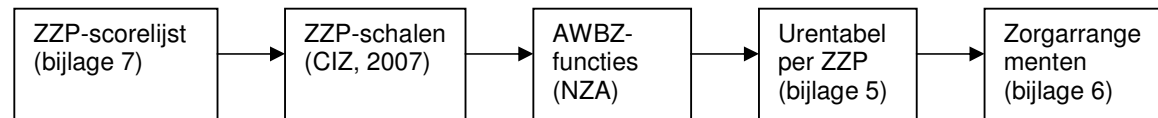
Door gebruik te maken van interviews op verschillende niveaus binnen de organisatie is getracht een zo compleet mogelijk beeld van de huidige personeelsplanning en de mogelijkheden voor de toekomst te verkrijgen. Daarbij lag de focus van het onderzoek hoofdzakelijk op de operationele

planning. Daarnaast is ook een gedeelte van de tactische personeelsplanning (bovenliggend niveau) meegenomen in het onderzoek. In het besturingsraamwerk, paragraaf 5.8, is dit terug te vinden op het niveau van patiëntengroep planning en capaciteiten planning en control.

### **6.5 Kwantitatief onderzoek**

Naast de verschillende onderdelen van het kwalitatieve onderzoek is er ook gebruik gemaakt van een aantal kwantitatieve data. Deze data waren nodig voor een goede beantwoording van de deelvraag over ZZP's. Met behulp van de ZZP-score's, die in januari en februari binnen Zorggroep Raalte door middel van de ZZP-vragenlijst gemeten zijn, is de zorgvraag per cliënt op basis van ZZP's geanalyseerd. De vragenlijst bestaat uit 52 meerkeuzevragen die door de verzorging van de afdeling zijn ingevuld. Voor de volledige vragenlijst zie bijlage 7.

De vragenlijsten zijn per cliënt ingevuld. Om tot de zorgarrangementen (bijlage 6) te komen zijn een aantal bestaande documenten aan elkaar gekoppeld, zie onderstaande figuur 4.



*Figuur 4: Van ZZP-scorelijst naar zorgarrangement*

Ook zijn de antwoorden op de vragen uit de ZZP-vragenlijst met het computerprogramma SPSS geanalyseerd. Op basis van de vragenlijst en de ingevulde scores is een aantal schalen gemaakt. Deze schalen zijn gemaakt aan de hand van een rapportage van het CIZ uit 2007. In dit CIZ-onderzoek zijn de volgende schalen gemaakt: oriëntatie, sociale redzaamheid, sociale relaties, persoonlijke zorg, mobiliteit, motorisch functioneren, verpleging, probleemgedrag, psychosociaal functioneren en psychosociaal welbevinden (CIZ, 2007). In het CIZ-rapport staat echter niet vermeld hoe de verschillende schalen zijn gemaakt. Op basis van de vragenlijst, logisch redeneren en overleg met de projectleider ZZP is bekeken of deze schalen gereconstrueerd konden worden. In onderstaande tabel staan de schalen en de vragen met een korte vermelding van de onderwerpen weergegeven.

| <b>CIZ-schaal</b>          | <b>Onderwerpen vragen</b>   | <b>Opmerking</b>   |
|----------------------------|---|--|
| Oriëntatie                 | Oriëntatie in tijd, plaats, ruimte, persoon (1 t/m 4)   |  |
| Sociale redzaamheid        | Problemen oplossen, dagelijkse routine, geld beheren, administratie, openbaar leven (5 t/m 13)            |  |
| Sociale relaties           | Gesprek voeren, contact onderhouden, hobby, dagtaken, (14 t/m 21)   |  |
| Persoonlijke zorg          | Wassen, aan- uitkleden, in/uit bed, toilet, eten & drinken, verzorging haren, nagels enz. (22 t/m 28)     |  |
| Mobiliteit                 | Verplaatsen, korte afstanden lopen 29 t/m 32)   |  |
| Motorisch functioneren     | Hand en armbeweging (33 en 34)  |  |
| Verpleging                 | Wond/stoma, uitscheiding (35 t/m 37)  |  |
| Probleemgedrag             | Zelfverwonding, agressiviteit, destructie, manipulatie, dwangmatig en/of psychiatrisch gedrag (38 t/m 46) |  |
| Psychosociaal functioneren | Concentratie, geheugen, motivatie, angst, persoonlijke relaties (47 t/m 52)                               | Onderscheid moeilijk te maken, in het onderzoek daarom samengevoegd tot 1 schaal, psychosociaal. |
| Psychosociaal welbevinden  |   |  |

*Figuur 5: Constructie schalen (op basis van ZZP-scorelijst, HHM 2007<sup>a</sup>)*

De vragen kunnen vrijwel allemaal beantwoord worden op een vierpuntsschaal, score 0 (geen hulp nodig), score 1 (af en toe hulp), score 2 (regelmatig hulp) en score 3 (volledige overname). Slechts vraag 37 heeft een andere schaal. Deze vraag is gehercodeerd.

| <b>Vraag</b>                | <b>Score lijst</b>                  | <b>Her codering</b>                         |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| 37, verplegende handelingen | 1: geen behoefte<br>2: wel behoefte | 0: geen hulp nodig<br>3: volledige overname |

*Figuur 6: Her codering vraag 37*

Met behulp van SPSS is de Cronbach's alfa van de gemaakte schalen berekend. De Cronbach's alfa geeft de mate van samenhang tussen de verschillende items weer. De Cronbach's alfa kan waarden aannemen tussen de 0 en de 1, waarbij 0 betekent dat er totaal geen samenhang tussen de verschillende items is en 1 betekent dat de items perfect met elkaar samenhangen. De uitkomsten over de betrouwbaarheid van deze schalen zijn vergeleken met de Cronbach's alfa zoals weergegeven in het onderzoek dat HHM in oktober 2007 heeft uitgevoerd (HHM, 2007<sup>b</sup>).

| Schaal                     | Cronbach's alfa onderzoek | Cronbach's alfa HHM |
|----------------------------|---------------------------|---------------------|
| Oriëntatie                 | 0,93                      | 0,95                |
| Sociale redzaamheid        | 0,93                      | 0,94                |
| Sociale relaties           | 0,89                      | 0,90                |
| Persoonlijke zorg          | 0,91                      | 0,92                |
| Mobiliteit                 | 0,85                      | 0,92                |
| Motorisch functioneren     | 0,88                      | 0,83                |
| Verplegingsbehoefte        | 0,50                      | 0,50                |
| Probleemgedrag             | 0,71                      | 0,72                |
| Psychosociaal functioneren | 0,73                      | 0,86                |
| Psychosociaal welbevinden  |                           | 0,65                |

*Figuur 7: Cronbach's alfa per schaal*

Bij het maken van de schalen zijn de vragen 22, 53 en 54 niet meegenomen bij de schalen. Deze vragen gaan namelijk over de oproepbaarheid en leveringsvoorwaarden van zorg en hebben geen directe relatie met de zorgvraag van de cliënten van Zorggroep Raalte. Alle cliënten die gescoord zijn wonen immers in een verzorgingshuis en kunnen 24 uur per dag een beroep doen op de verzorging.

De schaalscores van alle cliënten per ZZP zijn in hoofdstuk 9 gebruikt om te bekijken of standaardisatie van cliënten binnen een ZZP mogelijk is en welke accenten bij de zorgverlening per ZZP kunnen worden gelegd.

### **6.6 Validiteit**

Onder validiteit wordt verstaan dat er gemeten wordt wat we wilden meten en weten. Het gaat er dus om dat door middel van de data een consistent antwoord wordt verkregen op de onderzoeksvragen. Bovendien zegt de validiteit iets over de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar andere populaties en settings. (Creswell, 2003).

De interne validiteit is gericht op het consistent opbouwen van argumenten door middel van de verzamelde data (Hutjes, 1999). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie van methoden om de interne validiteit te verhogen. Er is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Verder is er een zogenaamde 'membercheck' toegepast, dit betekent dat de uitgewerkte interviews voorgelegd zijn aan de geïnterviewden zodat deze hier nog op konden reageren zodat eventueel onjuiste conclusies weerlegd konden worden. Waar nodig zijn de transcripten aangevuld (Creswell, 2003).

De externe validiteit richt zich op de generaliseerbaarheid van dit onderzoek naar andere populaties en andere settings ('t Hart et. al., 1996). Representativiteit is hierbij het sleutelwoord. Binnen dit onderzoek is de externe validiteit verhoogd door een zorgvuldige selectie van de respondenten. Door gebruik te maken van interviews op verschillende niveau's binnen de organisatie is een zo breed mogelijk beeld over de personeelsplanning verkregen. Hierdoor is de werkelijkheid zo goed mogelijk benaderd. Daarnaast draagt ook de triangulatie van methoden bij aan de externe validiteit. De conclusies die worden getrokken zijn namelijk op verschillende bronnen gebaseerd. Hierdoor is een

goed beeld over de relatie tussen personeelsplanning op operationeel niveau en de samenhang met ZZP's ontstaan. In grote lijnen zal deze conclusie niet alleen gelden voor een organisatie als Zorggroep Raalte maar zal dit ook bruikbaar zijn voor andere organisaties die verzorgingshuiszorg aanbieden (intramuraal zorg binnen V&V sector).

### **6.7 Betrouwbaarheid**

Onder betrouwbaarheid wordt verstaan dat de resultaten betrouwbaar zijn. De betrouwbaarheid van een onderzoek is afhankelijk van de methoden die worden gebruikt. De betrouwbaarheid van een onderzoek zegt iets over de interpretatie van de verzamelde data (Creswell, 2003).

Interne betrouwbaarheid richt zich op een consistente manier van dataverzameling. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde vragenlijsten als basis voor de interviews en discussies. Hierdoor hebben de respondenten voor een groot deel dezelfde vragen beantwoord. Dit komt de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede (Hutjes, 1999).

Externe betrouwbaarheid gaat er vanuit dat wanneer het onderzoek door andere onderzoekers uitgevoerd zou worden, de resultaten vergelijkbaar zijn. Het vastleggen van de methoden en verzamelde data is daarom van belang om de externe betrouwbaarheid te verhogen (ibid.). De topiclijsten van het onderzoek zijn bijgevoegd in bijlage 3 van dit verslag. Daarnaast zijn de tapes van de interviews verzameld zodat de resultaten door anderen ingezien kunnen worden.

## **7. Huidige methode van personeelsplanning binnen Zorggroep Raalte**

### **7.1 Inleiding**

In de vorige hoofdstukken is beschreven dat het onderzoek zich richt op het ontwikkelen van een model voor personeelsplanning op operationeel niveau binnen het verzorgingshuis. Om te komen tot een werkbaar en effectief model is het noodzakelijk eerst de situatie te beschrijven waarop personeelsplanning en de roostering van personeel op dit moment tot stand komt. Deze gegevens zijn verzameld door middel van de interviews die binnen Zorggroep Raalte zijn gehouden. In dit hoofdstuk zal eerst gekeken worden naar de verdeling van personeel tussen de locaties (niveau van capaciteiten planning en control) om vervolgens een beschrijving te geven van de personeelsinzet op de verschillende afdelingen (niveau van patiëntengroep planning en control).

### **7.2 Personeelsverdeling tussen de verschillende locaties**

De personeelsplanning begint binnen Zorggroep Raalte op centraal niveau (capaciteiten planning en control). Jaarlijks worden productieafspraken gemaakt met het zorgkantoor. Deze productieafspraken bepalen het budget dat de Zorggroep heeft. Dit leidt weer tot mogelijkheden voor de personeelsinzet. De productieafspraken worden per locatie gemaakt en op basis van deze cijfers kan men op de locaties personeel inzetten.

*“Formatie en personeelsplanning komen nu tot stand op basis van productieafspraken. Productieafspraken worden per locatie en zelfs per afdeling gemaakt. Daarop wordt het budget bepaald en dat vormt de basis van personeelsinzet. We weten per doelgroep wat we hebben afgesproken en welke prijs we daarvoor krijgen.” (Respondent 5, 2008)*

De verdeling naar de locaties toe komt dus op basis van de productieafspraken tot stand. Bij de productieafspraken wordt verder gedeeltelijk rekening gehouden met de zorgzwaarte van cliënten. Hierbij hanteert het zorgkantoor een aantal doelgroepen waarvoor de locaties aanvullende middelen ontvangen om te kunnen voldoen aan de zorgvraag.

*“Het budget komt tot stand op basis van productieafspraken, hierbij worden tarieven gehanteerd voor ligdagen/verblijfdagen en zijn er toeslagen voor aanvullende verpleeghuiszorg en toeslagen voor cliënten met een bepaalde aandoening zoals Korsakov en psychogeriatric.” (Respondent 1, 2008)*

Hoe de locatiemanagers hun beschikbare budget inzetten is hun eigen verantwoordelijkheid. Doordat zij integraal verantwoordelijk zijn voor de zorg die op de locatie wordt geleverd worden zij afgerekend op de resultaten van de locatie. Hoe de resultaten behaald worden is niet direct interessant voor de directeur/bestuurder. Een gedeelte van het budget per locatie moet wel worden ingezet voor de bekostiging van centrale diensten zoals administratie, P&O en staffunctionaris beleid en kwaliteit, aldus een respondent.

Op basis van bovenstaande citaten kan worden geconcludeerd dat de personeelsinzet op basis van de productieafspraken met het zorgkantoor tot stand komt. Iedere locatie krijgt op basis van het aantal plaatsen dat zij heeft een budget. Van het budget moet een gedeelte worden ingezet voor de centrale diensten die de organisatie heeft. De rest van het budget kan de locatiemanager naar eigen inzicht jaarlijks inzetten voor alle andere doelen. Eén daarvan is het personeel. Daarbij is er geen duidelijke financiering van zorgzwaarte per cliënt. Voor een aantal doelgroepen krijgt men een toeslag maar binnen de groepen wordt er geen onderscheid gemaakt. Over de inzet van deze toeslagen moet directe en specifieke verantwoording worden afgelegd aan het zorgkantoor.

### **7.3 Personeelsinzet op de afdeling**

Per locatie (patiëntengroep planning en control) wordt het budget dus naar eigen inzicht ingezet. De locatiemanager is verantwoordelijk voor het budget en een goede besteding hiervan. Daarbij zijn de teammanagers per afdeling weer verantwoordelijk voor een goede inzet van de middelen op hun afdeling.

*“Teammanagers moeten kijken of de personeelsinzet en het budget dat daarvoor beschikbaar is overeenkomt met de zorgvraag die er bij de cliënten bestaat.” (Respondent 3, 2008)*

*“De personeelsinzet is nu grotendeels historisch bepaald. Zoveel personeel zetten we altijd in en dat doen we nu nog steeds. En soms zie je dat het te veel wordt en ga je extra personeel inzetten.” (Respondent 8, 2008)*

*“We hebben nu nog onvoldoende kaders om mee te kunnen geven aan het middenkader om te kunnen sturen op personeelsinzet. Sturen is alleen achteraf mogelijk (...). Het middenkader heeft criteria nodig om te kunnen bepalen wanneer zij extra personeel in zouden kunnen zetten.” (Respondent 6, 2008).*

Op basis van bovenstaande uitspraken kan worden geconcludeerd dat teammanagers verantwoordelijk zijn voor de personeelsinzet. Deze personeelsinzet komt veelal op basis van historie tot stand. De roosters worden al jaren op dezelfde manier gemaakt, dit heeft ook te maken met werktijden en lengtes van diensten die vaststaan en waar rekening mee gehouden moet worden. Wanneer teammanagers merken dat de personeelsinzet onvoldoende is om te kunnen voldoen aan de zorgvraag van cliënten kan extra personeel worden ingezet, dit is afhankelijk van het budget van de locatie. Duidelijke criteria voor de extra inzet van personeel bestaan echter niet.

*“Extra personeel inzetten doe ik nu op basis van gevoel. Wanneer het personeel aangeeft dat er een hoge werkdruk is probeer ik af en toe extra personeel in te zetten. (...) Deze extra personeelsinzet probeer ik dan wel zo beperkt mogelijk te houden. Dus iemand een uurtje langer laten blijven of een kortere dienst dan normaal inzetten, bijvoorbeeld 2 uur in plaats van de normale 4 uur. Hierdoor probeer ik de kosten van extra personeelsinzet te beperken” (Respondent 8, 2008)*



*“Er zijn geen duidelijke richtlijnen wanneer extra zorg ingezet mag worden. Er wordt niet direct rekening gehouden met de zorgvraag. Het is echt op basis van gevoel en dan ga je heel voorzichtig wat extra inzetten.” (Respondent 9, 2008)*

*“Keuzes voor extra inzet maak je dus op basis van je gevoel en op basis van overzichten zoals de begroting en de productiecijfers. Ik kijk hoe de afdeling de afgelopen tijd gedraaid heeft en of er ruimte is om wat extra in te zetten. Daarvoor is leesbare en tijdige managementinformatie nodig. Dat is nu niet altijd het geval, dat is wel een grote frustratie.” (Respondent 9, 2008)*

Criteria voor de extra inzet van personeel bestaan dus niet. Teammanagers zetten op basis van de werkdrukbeleving van het personeel op de afdeling soms extra in. Daarbij probeert men zo efficiënt mogelijk extra personeel in te zetten door te kijken naar de kwalificaties van het personeel (zo goedkoop mogelijk personeel inzetten) en naar de duur van de extra inzet (zo kort mogelijk extra inzetten). Op basis van de resultaten achteraf kan men sturen, vooraf sturen is op dit moment erg lastig. Bovendien is de managementinformatie over de productiecijfers nu vaak laat zodat sturen achteraf bemoeilijkt wordt.

#### **7.4 Dienstroosters**

Wanneer we kijken naar het roosterbeleid (patiëntengroep planning en control) zoals dat nu binnen Zorggroep Raalte gehanteerd wordt, kan, mede op basis van onderstaande citaten, geconcludeerd worden dat roostering gebeurt volgens het dienstroosterbeleid zoals dat een aantal jaren geleden opgesteld is. Daarbij worden historische gegevens gebruikt om de roosters in te vullen. Roosters worden gemaakt voor een periode van zes weken. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de zorgzwaarte van cliënten op de afdeling. Pas wanneer de zorgzwaarte te hoog is en er een hoge werkdruk is, kan in overleg met de leidinggevende worden besloten tot de inzet van extra personeel.

*“Roosterbeleid zoals het nu binnen de Zorggroep gehanteerd wordt is erg aanbodgericht en sluit niet meer aan bij de huidige zorgverlening. In het rooster zitten veel vaste diensten waar nu af en toe wel vanaf geweken wordt. We moeten dit beleid bij gaan stellen.” (Respondent 7, 2008)*

*“We zijn ooit begonnen met een dienstrooster, nu proberen we een slag te maken om dienstroosters aan te passen en te screenen aan de eisen van nu.” (Respondent 2, 2008)*

*“De dienstroosters worden gevuld op basis van het aantal FTE dat begroot is. Daar moeten we het over het algemeen mee doen. Als de zorgvraag erg hoog is overleg ik met de leidinggevende over de inzet van extra personeel.” (Respondent 15, 2008)*

*“We gebruiken altijd dezelfde formatie en pas wanneer de werkdruk te hoog is gaan we kijken of er extra personeel ingezet kan worden. Dit is dan vaak van korte duur.” (Respondent 16, 2008).*

*“Wij maken op de afdeling een rooster op basis van het minimum aantal mensen dat nodig is. Wanneer de zorgvraag te hoog wordt gaan we extra inzetten.” (Respondent 17, 2008).*

### **7.5 Conclusie**

Wanneer we kijken naar het niveau van capaciteiten planning en control kan worden geconcludeerd dat de personeelsinzet centraal tot stand komt. Dit gebeurt op basis van de productieafspraken die centraal met het zorgkantoor worden gemaakt. Op basis van het aantal plaatsen dat iedere locatie heeft wordt het budget per locatie bepaald. Per locatie zijn de locatiemanagers integraal verantwoordelijk voor alles wat betrekking heeft op zorgverlening, financiën, personeelszaken en huisvesting. Teammanagers spelen wat betreft de personeelsinzet per afdeling een cruciale rol.

Op het niveau van patiëntengroep planning en control kan worden geconcludeerd dat per afdeling dienstroosters worden gemaakt. De roosters komen voornamelijk op basis van historische gegevens (aantallen personeel en dienstitijden) tot stand. Bij de inzet wordt nog weinig rekening gehouden met de zorgwaarde en de wensen van cliënten. Voor de extra inzet van personeel zijn teammanagers en locatiemanagers gezamenlijk verantwoordelijk. De extra inzet gebeurt nu op basis van gevoel en werkdrukbeleving van medewerkers. Er zijn geen criteria die worden gehanteerd, terwijl daar wel behoefte aan is. Op het gebied van personeelsinzet bestaat verder de behoefte aan kaders voor de personeelsinzet op afdelingsniveau, dit heeft vooral te maken met sturing vooraf. Ook De Vries (2007) geeft kaders voor de personeelsinzet aan als belangrijk element van personeelsplanning. Daarnaast is goede en tijdige managementinformatie achteraf van belang zodat sturen achteraf makkelijker en beter mogelijk wordt.

## **8. Vraagsturing in relatie tot personeelsinzet**

### **8.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt vraagsturing in de gezondheidszorg van verschillende kanten benaderd. Als eerste gaat het over vraagsturing in het algemeen en het effect van vraagsturing op de zorgvraag. Vervolgens wordt bekeken hoe vraagsturing binnen Zorggroep Raalte vormgegeven wordt en welk effect dit heeft op de personeelsplanning.

### **8.2 Vraagsturing in de gezondheidszorg**

De laatste jaren komt er binnen de gezondheidszorg steeds meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt. Zo staat in het SER-advies *“Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen”* aangegeven dat vraagsturing ingevoerd moet worden waar dat mogelijk en verantwoord is (SER, 2000). Trends die hiervoor gezorgd hebben zijn onder andere mondigheid van de patiënt, autonomie en de marktwerking binnen de gezondheidszorg. Ook de starheid van zorgaanbieders heeft bijgedragen aan de roep om vraagsturing (Jochemsen et. al., 2002). Gevolg hiervan is dat zorg steeds meer aangepast moet worden aan de wens van de patiënt zonder daarbij de professionele standaarden uit het oog te verliezen. Om aan deze vraag te kunnen voldoen kan er op drie verschillende manieren worden gestuurd, namelijk:

- Sturing van de vraag: de overheid houdt bij toelating en regulering rekening met de wens van de patiënt.
- Sturing op de vraag: verzekeraars houden bij de contractering (zorginkoop) rekening met de wensen van de patiënt.
- Sturing door de vraag: de patiënt/cliënt stuurt zelf middels een budget dat hij/zij ontvangt (ibid.).

Wanneer we kijken naar de ouderenzorg zijn vooral de laatste twee manieren van vraagsturing herkenbaar. Van sturing op de vraag is binnen de intramurale ouderenzorg nog steeds sprake. Instellingen worden gecontracteerd voor het aantal plaatsen dat zij hebben en voor de hoeveelheid ZZP's die zij gedurende een jaar verwachten te leveren (afhankelijk van het aantal beschikbare plaatsen en de verblijfsduur van cliënten wordt een schatting per jaar gemaakt). Sturing door de vraag, dus door de cliënt zelf vindt plaats door de keuzevrijheid die een cliënt heeft tussen zorgaanbieders en bij de inzet van de middelen binnen het ZZP (ZZP maakt keuze voor cliënt mogelijk, cliënt kan zelf accenten binnen de zorgverlening leggen). Ook het Persoonsgebonden budget bij de extramurale zorg is een goed voorbeeld van sturing door de vraag.

### **8.3 Zorgvraag groter dan budget, de zorgkloof**

In Nederland is de vraag naar zorg de afgelopen jaren zo gestegen dat er een gat is ontstaan tussen de vraag naar zorg en het aanbod van zorg. De vraag is groter dan het aanbod. Dit wordt ook wel de zorgkloof genoemd. Oorzaken van deze zorgkloof zijn de toegenomen vraag (door vergrijzing en daardoor toename van chronisch zieken), toegenomen welvaart (burgers zijn bereid een groter deel van hun inkomen aan zorg uit te geven) en technologische mogelijkheden binnen de zorg. Om de

toegenomen zorgvraag op te kunnen vangen en te kunnen blijven financieren zal het zorgstelsel aangepast moeten worden (Jochemsen et.al., 2002).

Wanneer we kijken naar de financiering op basis van ZZP's is hier ook sprake van een zorgkloof. Uit de interviews blijkt dit ook:

*“Probleem is de zorgkloof die er bestaat en die ook zal blijven. Op dit moment kan niet volledig aan de zorgvraag van alle cliënten worden voldaan omdat het budget dat niet dekt. ZZP's worden budgetneutraal ingevoerd, waardoor de zorgkloof blijft bestaan.” (Respondent 1, 2008)*

*“We kijken bij de zorgverlening en de planning van zorg gedeeltelijk naar de indicatie maar gezien de werkdruk is het niet mogelijk alle cliënten de zorg te geven waar zij gezien hun indicatie recht op hebben.” (Respondent 13, 2008)*

*“De link tussen financiën en wat je daarvoor kunt leveren is nu nog onduidelijk. (...).Die kloof zal steeds groter worden gezien de toekomstige generatie ouderen. Zij hebben een steeds grotere vraag en meer wensen dan de huidige cliënten. De kloof zou je eventueel kunnen financieren met een derdegeldstroom. Eigen bijdragen van de cliënt voor bepaalde activiteiten/handelingen kun je dan gebruiken om wel te voldoen aan de wens van de cliënt.” (Respondenten 4 en 5, 2008).*

Uit bovenstaande citaten kan dus geconcludeerd worden dat de financiering niet voldoende is om te kunnen voldoen aan alle wensen van de cliënt. Ook wanneer de aanbevolen formatie op basis van ZZP's en het ZZP-registratieprogramma wordt vergeleken met de huidige formatie, die gezien het budget mogelijk is, blijkt er een kloof te bestaan. Dit wordt duidelijk uit onderstaande tabel (figuur 8). In de tabel staan de formaties per locatie weergegeven. Daarbij zijn de gescoorde ZZP's als basis gebruikt. Deze aanbevolen formatie (gemiddeld, waarbij 100% van de geïndiceerde zorg kan worden geleverd) is hoger dan de daadwerkelijk ingezette formatie in 2007. Hieruit blijkt nogmaals de zorgkloof.

| Locatie                 | FTE obv ZZP<br>(minimaal, 80%) | FTE obv ZZP<br>(gemiddeld, 100%) | FTE ov ZZP<br>(maximaal, 120%) | Werkelijk ingezette<br>FTE 2007 |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Angeli<br>Custodes (vz) | 12,35                          | 15,43                            | 18,52                          | 13,51                           |
| Maria-oord              | 5,80                           | 7,25                             | 8,70                           | 5,76                            |
| Stevenskamp             | 20,74                          | 25,92                            | 31,10                          | 22,58                           |
| Swaenewoerd             | 19,02                          | 23,78                            | 28,54                          | 25,36                           |

*Figuur 8: Formatie op basis van ZZP's vergeleken met werkelijk ingezette formatie*

Vanuit de overheid is niet voldoende geld beschikbaar om te kunnen voldoen aan alle vragen van cliënten (macroniveau) en als gevolg hiervan is binnen instellingen niet voldoende personeel om te kunnen voldoen aan de indicatie van de cliënt (meso-niveau). Verder is de wens van de cliënt soms groter dan de indicatie en de financiering die de instelling krijgt (microniveau). Als oplossing voor het probleem op microniveau zou het vragen van een eigen bijdrage kunnen zijn. Van deze vorm van financiering wordt binnen Zorggroep Raalte op dit moment nog geen gebruik gemaakt. Voor het knelpunt op macroniveau is voor een individuele instelling geen oplossing. De enige mogelijkheid is om het probleem onder de aandacht te brengen van de landelijke politiek en van het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft immers een zorgplicht en moet er daarom voor zorgen dat de zorginstelling voldoende middelen heeft om de zorg te kunnen leveren die geïndiceerd is (Actiz, 2008<sup>b</sup>)

#### **8.4 Invulling van vraagsturing binnen Zorggroep Raalte, het OER-model**

Er zijn verschillende methoden waarmee een zorginstelling invulling kan geven aan vraaggerichte zorg. Een van deze methoden is het Ondersteuning Eigen Regie model (OER-model) van Verkooijen & Beima (Verkooijen, 2006). Dit model gaat er vanuit dat zorgaanbieders en cliënten vraaggestuurde zorg vorm willen geven maar dat cliënten te weinig mogelijkheden en inzichten hebben om ook echt vorm te geven aan deze vraagsturing. Het OER-model wil daarom een praktische handleiding zijn om vraaggericht werken wel mogelijk te maken. In dit model staat de eigen regie van cliënten centraal. Hierbij is als definitie voor eigen regie gekozen: *“het organiseren en/of coördineren van het eigen leven, met eventuele hulp van professionals, met als doel een goed leven in eigen ogen”*. (ibid.)

Uit het model volgt dat de onderhandeling/samenspraak tussen cliënt en de professional over de gewenste zorgverlening de basis vormt van de zorgverlening. De cliënt heeft hierbij zijn/haar persoonlijke wensen en daarbij heeft een zorgverlener een professionele verantwoordelijkheid. Niet alles wat een cliënt wenst is immers binnen de context van een zorginstelling mogelijk. Zo kunnen wettelijke regelingen, kwaliteitseisen, personele capaciteit, budget en beperkingen door de ruimte waarin de cliënt leeft belemmeringen vormen bij de uitvoering van de door de cliënt gewenste zorgverlening. Door hierover in gesprek te gaan met cliënten kan een zorgaanbieder/hulpverlener achterhalen wat de wens van de cliënt is en kan men samen, binnen de kaders van de instelling, zoeken naar een mogelijke en gewenste vorm van zorgverlening.

#### **8.5 Invloed van vraagsturing op personeelsplanning**

Met de invoering van OER is er binnen Zorggroep Raalte het één en ander veranderd voor zowel de cliënten als voor medewerkers. Afspraken tussen cliënten en de zorginstelling zijn geëxpliciteerd en wensen van cliënten zijn in kaart gebracht om daar vervolgens de zorgverlening zo goed mogelijk op af stemmen. Medewerkers geven echter aan dat er niet direct grote veranderingen te merken zijn:

*“Voor de invoering van OER hielden we ook al rekening met de wensen van cliënten. We maakten alleen niet zulke duidelijke afspraken als nu. Toen had je een grotere bandbreedte die je naar eigen inzicht invulde, maar van veel cliënten wist je wel of ze liever vroeg of later werden geholpen en daar hielden wij zoveel mogelijk rekening mee.” (Respondent 11, 2008).*

Om te kunnen voldoen aan de wensen van cliënten wordt gewerkt met zorgroutes. Naar aanleiding van de wens(tijd) van een cliënt en een tijd per zorgactiviteit wordt hij/zij ingedeeld op een bepaalde route die de zorgmedewerkers gedurende de verschillende diensten lopen. Op deze manier wordt geprobeerd te voldoen aan de wens van de cliënt om op een bepaalde tijd te worden geholpen en wordt structuur aangebracht in de werkzaamheden van verzorgenden en helpenden. Deze manier van werken sluit aan bij het conceptueel model van dit onderzoek waarbij de indicatie samen met de wens van de cliënt de benodigde zorgactiviteiten en bijbehorende zorgtijd de personeelsplanning beïnvloedt. De routes worden vooral in de ochtenduren op alle locaties gebruikt, op andere momenten van de dag wordt nog niet altijd en vooral niet zo strak gebruik gemaakt van de routes.

*“Voordeel is dat je de coördinatie weghaalt bij medewerkers. Mensen krijgen meer duidelijkheid over hun werkzaamheden, hierdoor gaat personeel iets relaxter aan het werk.” (Respondent 8, 2008)*

*“Vooral bij de middag- en avondroute wordt er regelmatig afgeweken van de geplande tijden. Er wordt dan vooral afgeweken wanneer cliënten een andere wens hebben. Zo wil niet iedereen elke dag op dezelfde tijd naar bed. Gedurende de dag zijn er voor cliënten voldoende mogelijkheden om af te wijken van eerdere afspraken. Vraagsturing blijft hierdoor goed mogelijk.” (Respondenten 10 en 11, 2008)*

Op de vraag waar de knelpunten van het werken met het OER-model en de bijbehorende routes op dit moment liggen kwamen de volgende knelpunten naar voren: schatting van de tijd per zorgactiviteit, incidentele veranderingen kunnen onmogelijk in een route worden opgenomen, cliënten die hard roepen krijgen vaak meer dan cliënten die bescheidener zijn en ook zorgt de onplanbare zorg ervoor dat het moeilijk is om te blijven werken volgens de routes.

*“Het is lastig de tijd die nodig is per zorgactiviteit te schatten. De ene collega kent de cliënt beter en kan hem/haar daardoor sneller verzorgen dan de ander. Ook is iedere dag met een cliënt anders, de ene dag kan hij/zij meer zelf dan de andere dag.” (Respondent 12, 2008)*

*“Het is onmogelijk om incidentele veranderingen bij een cliënt, bijvoorbeeld cliënt moet eerder klaar zijn in verband met een ziekenhuisbezoek, op te nemen in de routes. Collega's moeten dus per dag soms puzzelen om te zorgen dat cliënten op tijd klaar zijn en daarbij zoveel mogelijk rekening houden met andere cliënten.” (Respondent 14, 2008)*

*“Bij het maken van routes blijkt steeds weer dat cliënten die het meest mondig zijn veel meer voor elkaar krijgen dan cliënten die niet zo'n duidelijke mening hebben. Cliënten die veel en hard roepen worden toch vaak eerder geholpen.” (Respondent 13, 2008)*

*“Op papier heb je allerlei tijden maar je hebt altijd te maken met onplanbare zorg, dat gooit je hele schema in de war.” (Respondent 9, 2008)*

Daarbij geven verzorgende en management ook aan dat vooral cliënten met een indicatie voor kortdurend verblijf zorgen voor een hogere werkdruk en voor puzzelwerk bij het maken van de routes.

*“KDO cliënten moeten veel geholpen worden, dit kost tijd. Helemaal omdat je de cliënt minder goed kent. (...) KDO cliënten plaatsen we meestal achteraan de route zodat we de routes niet helemaal om hoeven te gooien, zij blijven immers maar tijdelijk.” (Respondent 13, 2008)*

Een ander aspect dat komt kijken bij het maken van routes is dat de organisatie zo efficiënt mogelijk wil werken. Er wordt daarom gekeken welke activiteiten door welke medewerker ingevuld kunnen worden. Daarbij wordt zoveel mogelijk gekozen voor het inzetten van zo laag mogelijk, en dus goedkoop mogelijk, personeel. Functiedifferentiatie vloeit voort uit het inzichtelijk maken van de wensen van de cliënt en de personeelsinzet. Tijdens de interviews werd ook de keerzijde van functiedifferentiatie duidelijk naar voren gebracht.

*“Taakdifferentiatie (bedoeld wordt functiedifferentiatie, AJ) leidt er toe dat het appartement van een cliënt soms een zoete inval van medewerkers wordt. Dit sluit niet aan bij de wens van de cliënt, die juist zoveel mogelijk zorg van dezelfde medewerker wil ontvangen. Het is een spagaat tussen efficiëntie en service.” (Respondent 8, 2008)*

Wanneer het OER-model naast het dienstrooster wordt gezet kan worden geconcludeerd dat het dienstrooster nog niet voldoet aan de eisen die vraagsturing aan het rooster stelt.

*“De behoefte van een cliënt kan soms niet vervuld worden omdat onze dienstenstructuur daar niet op aansluit. Bijvoorbeeld wanneer er behoefte is aan extra handen tijdens de piekuren zul je eigenlijk een gebroken/korte dienst in moeten zetten. Nu kan dit officieel niet vanwege het dienstroosterbeleid.” (Respondent 2, 2008)*

*“Het roosterbeleid zoals wij nu hebben is aanbodgericht met vaste diensten terwijl er vaak van het beleid afgeweken wordt omdat er te weinig flexibiliteit in het rooster zit. We hebben eigenlijk een heel andere systematiek nodig. (...) Door vraagsturing is er meer vraag naar personeel in de piekuren ('s ochtends en 's avonds) en daar kunnen we met het huidige rooster niet aan voldoen.” (Respondent 7, 2008)*

Tenslotte gaf een aantal respondenten aan dat het belangrijk is om rekening te houden met de wensen van de cliënt zonder daarbij de eigen grenzen en mogelijkheden uit het oog te verliezen. OER betekent namelijk niet dat alles wat een cliënt wenst ook mogelijk is. Het is soms moeilijk hierover te praten met cliënten.

*“OER is iets anders dan ‘u roept en wij draaien’. Dat kan namelijk nooit en moet je ook niet willen!” (Respondent 2, 2008)*

*“Medewerkers vinden het lastig om weerstand te bieden aan cliënten die veel meer vragen dan andere cliënten. Het werken met OER wordt door velen nu nog gevoeld als ‘u vraagt en wij moeten draaien’. Medewerkers worden nu geschoold daar beter mee om te gaan.” (Respondent 8, 2008)*

## **8.6 Conclusie**

Op basis van de literatuur kunnen we concluderen dat vraagsturing de afgelopen jaar steeds belangrijker is geworden in de gezondheidszorg. Door middel van ZZP's is het voor cliënten en instellingen beter mogelijk geworden zelf te bepalen op welke manier de zorg ingezet wordt. Zorggroep Raalte heeft er voor gekozen het OER-model te gebruiken om vorm te geven aan vraagsturing. Het OER-model legt het accent op overleg tussen de cliënt en zorgverleners om samen te komen tot een best passend en gewenst zorgaanbod. OER is daarmee een middel om vorm te geven aan vraagsturing binnen de ouderenzorg.

Om het OER-model in de praktijk te brengen wordt gewerkt met zorgroutes per afdeling gedurende de dag. Bij het maken van deze routes wordt rekening gehouden met de indicatie van de cliënt, de wens van de cliënt en daaruit voortvloeiende zorgactiviteiten die middels standaardtijden (aangepast op individuele cliënt) verwerkt worden in de route. Bij het maken van de routes worden een aantal knelpunten ervaren, namelijk: het inschatten van de tijd per activiteit en de onplanbare en incidentele activiteiten die de planning verstoren. Bovendien is ook de toegenomen mondigheid van cliënten voor de verzorging soms een struikelblok. OER is namelijk niet hetzelfde als ‘U vraagt en wij draaien.’ In de praktijk wordt dit soms wel zo ervaren.

Daarnaast moet de inzet van verschillende diensten (lengte en aantal van diensten) flexibeler worden om nog meer tegemoet te kunnen komen aan de vraag van cliënten. Daarbij is het aantal kortdurende opnames dat een locatie heeft erg bepalend voor de flexibiliteit die nodig is bij de zorgverlening. KDO-clieñten vragen namelijk veel zorg en het kost telkens weer tijd deze cliënt te leren kennen. Om dit proces beter te laten verlopen kan meer gebruik worden gemaakt van ketenzorg. Immers wanneer meer ketenzorg georganiseerd wordt in samenwerking met ziekenhuizen kan de zorgvraag van KDO-clieñten beter voorspelbaar worden. Wanneer er een ketenzorgafpraak is kan worden vastgelegd dat inhuizing van KDO-clieñten al bij opname in het ziekenhuis wordt geregeld, waardoor de onvoorspelbaarheid voor het verzorgingshuis afneemt.

Een laatste punt dat in dit hoofdstuk aan de orde is gekomen is de zorgkloof die bestaat en waar instellingen zo goed mogelijk mee om moeten gaan. Tijdens de interviews is gebleken dat financiering middels een derdegeldstroom een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om toch te kunnen voldoen aan de wensen die cliënten kunnen hebben.



## 9. ZZP's

### 9.1 Inleiding

Zoals in het theoretisch kader aangegeven indiceert het CIZ sinds 1 juli 2007 niet meer met behulp van de functiegerichte zorgklassen maar met de zorgzwaartepakketten zoals vastgesteld door het ministerie van VWS in samenspraak met Actiz (branchevereniging V&V), zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, College voor Zorgverzekeringen (CVZ), HHM (onderzoeksbureau dat deelneemt namens VWS), Landelijk overleg Cliëntenraden (LOC) en de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (VWS, 2007<sup>b</sup>). De invoering van ZZP's moet leiden tot meer afstemming en overleg tussen zorgaanbieders/zorgverleners en de cliënt. Vanaf 1 januari 2009 vormen de ZZP's ook de basis voor de bekostiging van zorginstellingen. Er zijn 10 verschillende ZZP's binnen de ouderenzorg, hierbij is ZZP 1 het minst zware pakket en ZZP 8 het zwaarste pakket, ZZP 9 richt zich op kortdurende opnames en ZZP 10 op terminale zorg, voor een overzicht van de ZZP's zie bijlage 2. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de ZZP's en theorie daar achter. Daarnaast wordt op basis van kwantitatief onderzoek bekeken welk aspect van zorgverlening het meeste aandacht vraagt per ZZP. Deze accenten bepalen immers de zorgverlening die nodig is en dit vormt de basis voor de personeelsplanning.

### 9.2 Standaardisatie

De invoering van de ZZP's deelt de gebruikers van AWBZ-zorg en in dit geval van verpleging en verzorging in verschillende categorieën in. Voor deze verschillende categorieën zijn een gemiddelde zorgzwaarte en de gemiddelde kosten voor adequate zorgverlening vastgesteld. Volgens Giovanetti kan een patiëntenclassificatiesysteem worden gezien als: *“a categorization of patients, based on an estimate of their caring needs during a specific period. The primary purpose of patient classification is to match perceived patient needs with available nursing resources”* (Fagerström et al., 2000). In dit licht bezien zijn ook de ZZP's een goed voorbeeld van een patiëntenclassificatiesysteem en kunnen zij worden gebruikt om de vraag naar zorg en het benodigde personeel daarvoor zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Groot voordeel van de zorgzwaartebekostiging is dat er ruimte is voor zorgverleners en de cliënt om samen een goede invulling te geven aan de dagelijkse zorg. De indicatie schrijft niet meer (zoals bij de oude indicaties wel het geval was) voor hoeveel tijd aan iedere functie (verpleging, verzorging enz.) van de zorg besteed mag worden. Hierdoor wordt met de nieuwe indicatie al een eerste aanzet gegeven tot vraagsturing.

Nadeel van de zorgzwaartebekostiging is dat er door de standaardisatie in pakketten ook bij de indicatiestelling niet meer gekeken wordt naar de individuele vraag van de cliënt. Het CIZ doet op basis van de beperkingen van de cliënt een uitspraak over het te indiceren ZZP zonder daarbij te kijken of de uren die in het pakket vallen overeenkomen met de daadwerkelijke zorgvraag en de benodigde zorguren (Peeters & Francke, 2007).

### 9.3 Target costing

Van Merode (2001) beschrijft het belang van target costing in het licht van toenemende marktwerking, concurrentie en de toegenomen vraaggerichtheid. Target costing is een vorm van

organiseren waarbij de prijs de input is voor de opbouw van een product. Afhankelijk van de prijs die de consument wil betalen bepaalt de leverancier de inhoud van het product dat hij levert. Ook de invoering van ZZP's in de ouderenzorg kan worden gezien als een vorm van target costing. Zorginstellingen gebruiken de ZZP-indicatie van een cliënt namelijk als prijs die bepaalt welke hoeveelheid zorg wordt geleverd (product). Op basis van kostprijzen kan een zorginstelling bepalen welke zorg de cliënt kan ontvangen zonder dat de zorginstelling verlies maakt. Hoewel de invoering van ZZP's niet direct bedoeld is als middel voor target costing zal de invulling van de verschillende pakketten voor zorginstellingen wel een effect van target costing krijgen. Helemaal wanneer de steeds groter wordende zorgkloof (paragraaf 8.2) in het achterhoofd wordt gehouden lijkt het voor instellingen steeds belangrijker te worden om te berekenen welke zorgverlening geleverd kan worden met de ZZP-tarieven.

#### **9.4 Aanpassing ZZP's januari 2008**

Om een goede indeling van cliënten binnen ZZP's mogelijk te maken is in 2006 een eerste meting gehouden binnen zorginstellingen. Naar aanleiding van deze meting is onderzoek gedaan door HHM, in opdracht van het ministerie van VWS, en het CIZ. In deze onderzoeken is het aantal cliënten binnen een ZZP bekeken en is bekeken welke gevolgen deze verdeling zou kunnen hebben voor de macrofinanciering van ZZP's. Naar aanleiding van deze onderzoeken is gedurende 2007 gewerkt aan een aantal aanpassingen in het systeem. Zo is bijvoorbeeld de functie verpleging toegevoegd aan ZZP 4 waardoor deze (goedkopere) ZZP voor veel cliënten, die eerst in ZZP 6 of 7, nu ook geïndiceerd kan worden. Hierdoor is de gemiddelde ZZP-score binnen verzorgingshuizen flink gedaald en uitgekomen op logischer waarden dan in 2006 het geval was (HHM, 2007). Na deze aanpassingen is opnieuw een onderzoek gedaan door HHM om te kijken of de nieuwe algoritmen betrouwbaar genoeg zijn. Uit dit onderzoek blijkt dat de adviesopvolging in 2006, bij de eerste pilot, lag op 92%. Hoewel dit percentage na de aanpassingen in 2008 weliswaar gedaald is naar 89%, is dit nog steeds hoog genoeg om de werkzaamheid van de algoritmen achter de ZZP-scorelijst te accepteren (Actiz, 2008<sup>a</sup>).

#### **9.5 ZZP-registratiesysteem**

In januari en februari 2008 zijn alle cliënten van Zorggroep Raalte door de verzorging van de verschillende afdelingen met behulp van de zorgzwaarte vragenlijst die is opgesteld door HHM (zie bijlage 7), ingedeeld in de aangepaste ZZP's. Dit is gedaan omdat het voor zorginstellingen steeds belangrijker wordt om te weten welke cliënten met bijbehorende ZZP's er binnen de instelling verblijven, vanaf 1 januari 2009 wordt de instelling namelijk op basis van de aanwezige ZZP's gefinancierd. Met behulp van de vragenlijst die digitaal ingevuld kan worden rekent het computerprogramma uit binnen welk ZZP de cliënt het beste zou passen. Op basis van een patroonherkenning van de gescoorde beperkingen en daaraan gekoppelde rekenwaarden, algoritmen, wordt een advies gegenereerd. Dit advies is echter niet definitief. Het ZZP dat de zorgaanbieder invoert is leidend (Wolves & Welling, 2008). Omdat de ZZP-scorelijst van belang is bij het bepalen van het definitieve ZZP is het belangrijk dat de lijst een betrouwbaar advies geeft. Naar de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst is echter nog weinig onderzoek gedaan. Hoewel Actiz,

de brancheorganisatie, achter de betrouwbaarheid van de ZZP-scorelijst staat (Actiz, 2008<sup>a</sup>) trekt een onderzoek uit 2007 (Frijters & Achterberg, 2007) de betrouwbaarheid van de lijst echter in twijfel. Ook geven Frijters en Achterberg in ditzelfde artikel aan dat zij op basis van hun onderzoek concluderen dat de vragenlijst te uitgebreid is, 15 vragen zouden overbodig zijn binnen de set van 54 vragen. In de reactie van Hertogh (2007) op dit onderzoek wordt nogmaals de vragenlijst in twijfel getrokken. De vragenlijst en de toeleiding naar de 'juiste' ZZP is voor zorgaanbieders namelijk een ondoorzichtig proces. Dit komt de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van het systeem niet direct ten goede. Hoewel er dus vanuit de wetenschap twijfels bestaan rondom de ZZP-systematiek en de indeling van cliënten in ZZP's blijkt uit onderzoek van HHM (2007) dat er wel een duidelijk verband bestaat tussen de vragen binnen de vragenlijst. Deze samenhang is weergegeven in paragraaf 9.7 van dit onderzoek en vormt de basis voor een verdere analyse van standaardisatie van cliëntgroepen binnen de ZZP's.

#### **9.6 ZZP's binnen Zorggroep Raalte**

Binnen Zorggroep Raalte zijn 179 cliënten van de verzorgingsafdelingen ingedeeld in ZZP's. Deze 179 cliënten zijn verdeeld over 4 verschillende locaties: Swaenewoerd 57, Maria-Oord 16, Stevenskamp 65 en Angeli Custodes 41. Van deze cliënten is 21,8% man en 78,2% vrouw. 164 cliënten (91,5%) hebben een indicatie op basis van somatische problematiek, 11 (6,1%) een indicatie op basis van psychosociale problematiek en 4 cliënten (2,2%) hebben een indicatie gebaseerd op psychische gronden. Binnen Zorggroep Raalte is bij 172 (96,1%) cliënten het advies zoals gegeven door het ZZP-registratieprogramma opgevolgd. Bij 1 cliënt (0,6%) is een lager ZZP gescoord dan het advies van het programma en bij 6 cliënten (3,4%) is een hoger ZZP dan het advies van het programma gescoord.

Voor dit onderzoek zijn de cliënten met een afwijkend ZZP-advies door de onderzoeker opnieuw ingedeeld in het best passende ZZP. Deze indeling is tot stand gekomen in overleg met de projectleider ZZP binnen Zorggroep Raalte en een verzorgende (ZZP-specialist) van de afdeling. Hierdoor konden alle cliënten meegenomen worden binnen het onderzoek binnen het best passende ZZP. In onderstaande tabel staat de verdeling over de ZZP's binnen Zorggroep Raalte weergegeven.

| <b>ZZP</b>            | <b>Aantal</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------|---------------|------------|
| 1 VV                  | 53            | 29,6       |
| 2 VV                  | 36            | 20,1       |
| 3 VV                  | 23            | 12,8       |
| 4 VV                  | 33            | 18,4       |
| 5 VV                  | 4             | 2,2        |
| 6 VV                  | 15            | 8,4        |
| 7 VV                  | 5             | 2,8        |
| 8 VV                  | 1             | 0,6        |
| 9 VV                  | 4             | 2,2        |
| 10 VV                 | 1             | 0,6        |
| Buitensectoraal (GGZ) | 4             | 2,2        |
| <b>Totaal</b>         | <b>179</b>    | <b>100</b> |

*Figuur 9: Verdeling ZZP's binnen Zorggroep Raalte*

In de tabel op de volgende bladzijde staat per ZZP de gemiddelde score per schaal weergegeven. Van alle cliënten die in januari/februari 2008 ingedeeld zijn in een ZZP is op basis van de ingevulde scorelijst de schaalscore (zie paragraaf 6.5) per ZZP berekend. Deze schaalscores kunnen worden gebruikt om te zien waar de accenten van de zorgverlening per ZZP zouden moeten liggen. In onderstaande figuur staat per ZZP de gemiddelde schaalscore, modus (meest voorkomende waarde), en standaarddeviatie weergegeven. De standaarddeviatie zegt iets over hoe groot de afwijking van het gemiddelde is. Standaarddeviatie gaat er vanuit dat de verdeling normaal is. Bij één standaarddeviatie valt 70% van de gemeten waardes (in dit geval cliënten) boven of onder het gemiddelde. De waarde van de standaarddeviatie geeft aan waar deze grens van 70% boven en onder het gemiddelde ligt. Binnen een marge van twee standaarddeviaties ligt 95% van de waarnemingen (cliënten) (Kirkwood, 2003). Het absolute getal van een standaarddeviatie zegt dus niets zonder de gemiddelde score. Wel geldt het principe dat hoe kleiner de standaarddeviatie hoe kleiner de spreiding van de waarneming is. Of het principe van de standaarddeviatie ook geheel van toepassing is op deze verdeling van cliënten is de vraag omdat niet met zekerheid vastgesteld is of er sprake is van een normale verdeling.

G: gemiddelde      M: modus      S: standaarddeviatie  
 Score 0: cliënt is volledig zelfstandig  
 Score 1: cliënt is zelfstandig maar heeft toezicht of stimulatie nodig  
 Score 2: ondersteuning door verzorging  
 Score 3: volledige overname door verzorging

Voor afkorting van de schalen, zie bijlage 1

| ZZP        | Oriëntatie | Soc.red. | Soc.rel  | Pers.vz  | Mobiel   | Motori.  | Verpl.   | Gedrag  | Psycho.  |
|------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|----------|
| 1<br>N=53  | ,04 (G)    | ,87 (G)  | ,66 (G)  | ,31 (G)  | ,27 (G)  | ,31 (G)  | ,20 (G)  | ,05 (G) | ,23 (G)  |
|            | ,00 (M)    | ,00 (M)  | ,00 (M)  | ,33 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M) | ,00 (M)  |
|            | ,16 (S)    | ,56 (S)  | ,53 (S)  | ,29 (S)  | ,39 (S)  | ,62 (S)  | ,35 (S)  | ,12 (S) | ,25 (S)  |
| 2<br>N=36  | ,13 (G)    | 1,79 (G) | 1,26 (G) | ,99 (G)  | ,92 (G)  | ,82 (G)  | ,17 (G)  | ,04 (G) | ,49 (G)  |
|            | ,00 (M)    | 2,00 (M) | 1,25 (M) | 1,50 (M) | 1,25 (M) | ,00 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M) | ,67 (M)  |
|            | ,24 (S)    | ,41 (S)  | ,41 (S)  | ,48 (S)  | ,55 (S)  | ,93 (S)  | ,28 (S)  | ,09 (S) | ,28 (S)  |
| 3<br>N=23  | ,43 (G)    | 2,19 (G) | 1,65 (G) | 2,12 (G) | 1,73 (G) | 1,28 (G) | ,26 (G)  | ,11 (G) | ,66 (G)  |
|            | ,00 (M)    | 2,00 (M) | 1,50 (M) | 2,33 (M) | 2,50 (M) | ,00 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M) | ,67 (M)  |
|            | ,65 (S)    | ,52 (S)  | ,42 (S)  | ,52 (S)  | ,79 (S)  | 1,09 (S) | ,57 (S)  | ,57 (S) | ,45 (S)  |
| 4<br>N=33  | 1,23 (G)   | 2,37 (G) | 1,72 (G) | ,98 (G)  | ,67 (G)  | ,68 (G)  | ,28 (G)  | ,18 (G) | 1,15 (G) |
|            | 2,00 (M)   | 2,44 (M) | 1,50 (M) | 1,17 (M) | ,50 (M)  | ,50 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M) | 1,17 (M) |
|            | ,70 (S)    | ,21 (S)  | ,36 (S)  | ,45 (S)  | ,51 (S)  | ,79 (S)  | ,46 (S)  | ,30 (S) | ,39 (S)  |
| 5<br>N=4   | 1,94 (G)   | 2,94 (G) | 2,13 (G) | 1,79 (G) | ,88 (G)  | ,38 (G)  | ,17 (G)  | ,06 (G) | 1,08 (G) |
|            | 1,50 (M)   | 2,89 (M) | 1,63 (M) | 2,17 (M) | ,50 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M)  | ,00 (M) | 1,00 (M) |
|            | ,43 (S)    | ,06 (S)  | ,51 (S)  | ,44 (S)  | ,60 (S)  | ,48 (S)  | ,33 (S)  | ,11 (S) | ,29 (S)  |
| 6<br>N=15  | 1,08 (G)   | 2,70 (G) | 2,04 (G) | 2,23 (G) | 2,32 (G) | 1,60 (G) | ,44 (G)  | ,13 (G) | 1,43 (G) |
|            | 1,00 (M)   | 2,89 (M) | 2,00 (M) | 2,67 (M) | 2,75 (M) | 1,50 (M) | ,33 (M)  | ,11 (M) | 1,33 (M) |
|            | ,97 (S)    | ,37 (S)  | ,38 (S)  | ,89 (S)  | ,89 (S)  | 1,18 (S) | ,53 (S)  | ,18 (S) | ,54 (S)  |
| 7<br>N=5   | 2,25 (G)   | 2,69 (G) | 1,78 (G) | 1,93 (G) | 1,55 (G) | ,40 (G)  | ,20 (G)  | ,42 (G) | 1,40 (G) |
|            | 2,25 (M)   | 2,56 (M) | 1,63 (M) | 1,67 (M) | 1,25 (M) | ,00 (M)  | ,33 (M)  | ,11 (M) | 1,50 (M) |
|            | ,31 (S)    | ,30 (S)  | ,37 (S)  | ,72 (S)  | ,97 (S)  | ,65 (S)  | ,18 (S)  | ,55 (S) | ,45 (S)  |
| 8<br>N=1   | 2,25 (G)   | 3,00 (G) | 2,88 (G) | 3,00 (G) | 3,00 (G) | 3,00 (G) | 2,00 (G) | ,11 (G) | 1,17 (G) |
|            | 2,25 (M)   | 3,00 (M) | 2,88 (M) | 3,00 (M) | 3,00 (G) | 3,00 (G) | 2,00 (M) | ,11 (M) | 1,17 (M) |
|            | ,00 (S)    | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S) | ,00 (S)  |
| 9<br>N=4   | ,13 (G)    | 1,69 (G) | 1,38 (G) | 1,46 (G) | 2,19 (G) | ,75 (G)  | ,58 (G)  | ,00 (G) | ,17 (G)  |
|            | ,13 (M)    | 1,39 (M) | 1,38 (M) | 1,33 (M) | 2,13 (M) | ,00 (M)  | ,67 (M)  | ,00 (M) | ,83 (M)  |
|            | ,14 (S)    | ,73 (S)  | ,23 (S)  | 1,24 (S) | ,63 (S)  | 1,50 (S) | ,42 (S)  | ,00 (S) | ,24 (S)  |
| 10<br>N=1  | 1,75 (G)   | 2,78 (G) | 2,50 (G) | 2,83 (G) | 2,25 (G) | 3,00 (G) | ,00 (G)  | ,11 (G) | ,50 (G)  |
|            | 1,75 (M)   | 2,78 (M) | 2,50 (M) | 2,83 (M) | 2,25 (M) | 3,00 (M) | ,00 (M)  | ,11 (G) | ,50 (M)  |
|            | ,00 (S)    | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S)  | ,00 (S) | ,00 (S)  |
| GGZ<br>N=4 | ,00 (G)    | 1,78 (G) | 1,53 (G) | ,54 (G)  | ,63 (G)  | ,50 (G)  | 25, (G)  | ,47 (G) | 1,13 (G) |
|            | ,00 (M)    | 1,94 (M) | 1,44 (M) | ,50 (M)  | ,50 (M)  | ,50 (M)  | ,33 (M)  | ,61 (M) | 1,25 (M) |
|            | ,00 (S)    | ,45 (S)  | ,63 (S)  | ,25 (S)  | ,48 (S)  | ,41 (S)  | ,17 (S)  | ,18 (S) | ,32 (S)  |

Figuur 10: Schaalscores per ZZP

Op basis van deze cijfers is bekeken waar het accent van de zorgverlening per ZZP zou moeten liggen. Hierbij zijn de volgende aannames gedaan:

- De scores op de schalen mobiliteit en motorisch functioneren hebben voor alle ZZP's een relatief hoge standaarddeviatie. Deze hoge standaarddeviatie heeft waarschijnlijk weinig invloed op de vorm van zorg die aan de cliënten geboden wordt omdat beperkingen binnen de schalen mobiliteit en motorisch functioneren veelal 'verholpen' kunnen worden door de inzet van een hulpmiddel (rollator, rolstoel).

- Op basis van deze cijfers kan worden geconcludeerd dat standaardisatie binnen een ZZP mogelijk is. Er zijn namelijk geen grote verschillen in scores binnen een ZZP (zichtbaar door bovenstaande kengetallen per ZZP).
- Wanneer de schaalscores van de vragenlijsten worden gekoppeld aan de functies zoals weergegeven in de urentabellen die de NZA heeft opgesteld per ZZP (bijlage 5) kan de volgende koppeling worden gemaakt, zie voor een grafische weergave van dit proces paragraaf 6.5.
  - oriëntatie, ondersteunende/activerende begeleiding (OB/AB)
  - soc.redzaam, ondersteunende/activerende begeleiding (OB/AB)
  - soc.relaties, ondersteunende/activerende begeleiding (OB/AB)
  - pers.zorg, persoonlijke verzorging (PV)
  - mobiliteit, persoonlijke verzorging meestal door een hulpmiddel (PV)
  - motorisch.func, persoonlijke verzorging meestal door een hulpmiddel (PV)
  - verpleeg, verpleging (VP)
  - probleemgedrag, ondersteunende/activerende begeleiding (OB/AB)
  - psychosociaal, ondersteunende/activerende begeleiding (OB/AB)

Wanneer deze aannames in ogenschouw worden genomen kan op basis van de scores per ZZP een typering van de zorgverlening per ZZP worden gemaakt. Deze typering is tot stand gekomen door bovenstaande cijfers en overleg met de projectleider ZZP binnen Zorggroep Raalte en blijken overeen te komen met de typering van ZZP's zoals opgesteld door het ministerie van VWS.

- ZZP 1: accent op sociale redzaamheid, dus zorgverlening vooral door ondersteunende begeleiding geboden door helpende. Ook aandacht voor activiteiten middels algemene activiteiten en een huiskamer waar de cliënt kan koffie drinken enz.
- ZZP 2: accent op sociale redzaamheid en sociale relaties, met daarnaast aandacht voor persoonlijke verzorging. Hierbij is aandacht voor activiteiten net als bij ZZP 1 en wordt een stukje begeleiding en ondersteuning geboden bij de persoonlijke verzorging. De meeste hulp kan worden geboden door een helpende. Een gedeelte zal moeten worden geboden door een verzorgende die meer specialistische taken op zich kan nemen.
- ZZP 3: accent op sociale redzaamheid en sociale relaties met daarbij vooral veel aandacht voor persoonlijke verzorging en verpleging. Dit ZZP lijkt op ZZP 2 maar heeft nog uitgebreidere aandacht voor de verzorging die veelal wordt geboden door een verzorgende omdat er complexe handelingen bij komen kijken.
- ZZP 4: veel aandacht voor sociale en psychosociale aspecten, met daarbij ook aandacht voor de persoonlijke verzorging. Deze doelgroep heeft vaak te maken met verwardheid en beginnende dementie. Hierbij worden verzorgende taken uitgevoerd door een verzorgende en is het bieden van dagelijkse structuur en begeleiding door goed opgeleide activiteitenbegeleiders en verzorgenden van belang.
- ZZP 5: gelijk aan ZZP 4 maar een grotere inzet van verzorgende bij de ondersteuning van persoonlijke verzorging. Deze ZZP vormt de doelgroep van een PG-afdeling in een verpleeghuis.

- ZZP 6: gelijk aan ZZP 5 maar hierbij komen meer complexe handelingen kijken. De cliënt heeft meer lichamelijke problematiek dan in ZZP 5 en daardoor is nog meer inzet van goed opgeleide en bekwame verzorgenden en soms verpleegkundigen vereist. Deze doelgroep past vooral goed op een somatische verpleegafdeling en minder goed binnen een verzorgingshuis.
- ZZP 7: Dit ZZP is bedoeld voor cliënten die ernstig beginnen te dementeren en past eigenlijk niet goed meer binnen een verzorgingshuis. Er is binnen dit ZZP veel ruimte voor begeleiding en activering door activiteitenbegeleiding en verzorgenden. Daarnaast is er ook voldoende tijd voor persoonlijke verzorging.
- ZZP 8: Binnen dit ZZP ligt de nadruk op persoonlijke verzorging en verpleging en daarnaast op de begeleiding bij de oriëntatie en sociale relaties. Doelgroep van dit ZZP is de patiëntpopulatie van een somatische verpleegafdeling. De inzet van zowel verzorgenden als ook verpleegkundigen is nodig voor de persoonlijke verzorging en verpleging.
- ZZP 9: ZZP 9 is bedoeld voor cliënten die tijdelijk worden opgenomen. Het accent van dit ZZP ligt op de persoonlijke verzorging van de cliënt (vooral in het begin van de revalidatie belangrijk) met daarbij ook aandacht voor sociale redzaamheid en sociale relaties als gevolg van de veranderende leefsituatie van de cliënt. Voor deze doelgroep is de inzet van verzorgenden voor alle taken van belang. Hierbij is voor continuïteit van zorg belangrijk.
- ZZP 10: Dit ZZP is bedoeld voor palliatieve zorg. Het accent ligt op verzorging en verpleging in de laatste periode van een cliënt. Daarnaast is ook begeleiding bij sociale relaties en redzaamheid belangrijk. De inzet van verzorgenden en verpleegkundigen is voor deze doelgroep gewenst.

### **9.7 Zorgarrangementen**

Op basis van bovenstaande kenmerken per cliëntgroep en ZZP is het van belang een basispakket zorg te ontwikkelen dat de basis kan vormen voor personeelsplanning per afdeling. Voor het ontwikkelen van deze basispakketten zorg, ook wel zorgarrangementen genoemd, is het belangrijk om te bepalen welke soort zorg door wie geleverd moet worden en welke kostprijs daarbij hoort. In het voorgaande stuk is al beschreven waar de accenten per zorgarrangement zouden moeten liggen en door wie deze taken uitgevoerd zouden kunnen worden. Een exacte verdeling van uren en de daarbij behorende kostprijs gaat te ver in het kader van dit onderzoek. Ook gezien het feit dat er binnen Zorggroep Raalte op dit moment geen adequate kostprijsinformatie beschikbaar is. Wel is op basis van inzichten uit het onderzoek en in overleg met de projectleider ZZP en iemand van de financiële administratie een conceptvoorstel voor zorgarrangementen gemaakt en opgenomen in bijlage 6. Voor een weergave van het proces van het tot staan komen van de zorgarrangementen kan verwezen worden naar paragraaf 6.5. Het zal uiteindelijk een taak van het managementteam van een zorginstelling zijn om voor haar instelling een definitieve keuze te maken voor de invulling van zorgarrangementen. Daarbij is het goed om op te merken dat er binnen een zorgarrangement voldoende mogelijkheid over kan en moet blijven om een invulling te geven die past bij de wensen van de cliënt. Dit is ook het doel dat het ministerie van VWS bij de invoering van ZZP's nastreeft (Bussemaker, 2007).

### **9.8 Conclusie**

De invoering van zorgzwaartepakketten heeft de nodige veranderingen met zich meegebracht en is een proces dat steeds aangepast wordt aan nieuwe inzichten die in de praktijk opgedaan zijn. Zo is de inhoud van de pakketten de afgelopen jaren al eens aangepast en blijft aanpassing van de pakketten ook de komende jaren mogelijk. Wanneer we kijken naar het registratiesysteem en de scorelijsten blijkt dat het goed mogelijk is om met behulp van deze instrumenten cliënten in te delen in een ZZP. Binnen een ZZP is sprake van grote overeenkomsten tussen cliënten bij hun zorgvraag. Standaardisatie van cliënten is dus zeker mogelijk. Op basis van deze standaardisatie kunnen per ZZP accenten worden gelegd bij onderdelen van de zorgverlening. Met de keuzes die zorginstellingen hiervoor maken kan een basis personeelsinzet per ZZP worden gekozen. Om tot een goede onderbouwing van deze keuzes te komen is het belangrijk dat zorginstellingen zorgarrangementen ontwikkelen waarbij zij uitgaan van de zorgvraag van de gemiddelde cliënt binnen een ZZP en daarbij de tarieven van de verschillende ZZP's hanteren. Voor het ontwikkelen van een zorgarrangement zijn daarom actuele kostprijzen nodig. Deze zijn bij Zorggroep Raalte op dit moment niet direct voorhanden. Voor een voorstel voor de opzet van zorgarrangementen per ZZP kan worden verwezen naar bijlage 6.



## 10. Toekomstmogelijkheden voor de personeelsplanning op afdelingsniveau

### 10.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk van het onderzoek zullen we bekijken hoe de personeelsplanning van een verzorgingshuis op afdelingsniveau er uit zou kunnen zien en welke elementen daarvoor nodig zijn. Hierbij komt ook de rol van het zorgplan aan bod. In dit hoofdstuk wordt het conceptueel model uit hoofdstuk vijf nogmaals bekeken en gecombineerd met de informatie die is verkregen uit de interviews.

### 10.2 Model voor personeelsplanning

Tijdens de interviews is aan de respondenten gevraagd hoe zij staan tegenover het conceptueel model zoals dat in dit onderzoek gehanteerd is. Alle respondenten gaven aan dat het model voor een deel de werkelijkheid al weerspiegelt en dat het model voor de toekomst een ideaalbeeld is. Daarbij werd een aantal kanttekeningen geplaatst. Zo werd door veel respondenten benadrukt dat in principe de indicatie leidend is voor de planning van zorg, maar dat het budget dat daarbij hoort nog belangrijker is om goed te kunnen plannen. Wanneer het budget namelijk niet toereikend is om alle zorg zoals in de indicatie aangegeven is, te kunnen leveren zal er moeten worden gezocht naar een oplossing. Deze opmerkingen duiden allen op de zorgkloof zoals aangegeven in paragraaf 8.2 en het principe van target costing, zie paragraaf 9.3.

*“De zak met geld is het begin. Daarmee kun je gaan organiseren.” (Respondent 5, 2008).*

*“De daadwerkelijke geldstroom is het belangrijkste. We kunnen niet alleen plannen op ZZP's, wensen en zorgactiviteiten. We gaan dan voorbij aan de daadwerkelijke mogelijkheden die afhankelijk zijn van de bepaalde geldstroom.” (Respondent 8, 2008)*

*“Daarbij is het steeds belangrijker om wijzigingen in indicaties door te geven aan het Zorgkantoor. Anders lever je zorg waarvoor je geen geld krijgt en snijd je jezelf in de vingers!” (Respondent 2, 2008).*

Naast de beperking van de geldstroom wordt aangegeven dat de indicatie up-to-date houden steeds belangrijker is omdat dit je inkomsten bepaalt. Een andere belangrijke opmerking bij het model was de rol van onplanbare zorg.

*“Onplanbare zorg zou met een percentage bovenop de planbare zorg moeten komen. Er is behoefte aan onderzoek naar onplanbare zorg. Hoeveel onplanbare zorg is er en door welk type cliënten wordt dit veroorzaakt?” (Respondent 10, 2008)*

*“Vooral KDO-cliënten zorgen voor veel onplanbare (zorgvraag lastig in te schatten, AJ) en onvoorspelbare (korte voorbereiding voor inhuizing zorgt voor onvoorspelbaarheid, AJ) zorg.*

*Wanneer er op een locatie veel KDO- cliënten zijn moet je hier bij je planning rekening mee houden.” (Respondent 2, 2008).*

*“Het is belangrijk om rekening te houden met onplanbare zorg. We hebben namelijk te maken met een doelgroep die ‘te slecht’ is voor een thuissituatie en die een beroep wil en moet kunnen doen op oproepbare zorg.(...) Je moet daarom als organisatie flexibeler zijn dan bijvoorbeeld de thuiszorg.” (Respondent 9, 2008).*

Over de tijdsduur van de onplanbare zorg is veel onduidelijkheid. Wel zijn de respondenten het er over eens dat onplanbare zorg een belangrijke rol speelt in het verzorgingshuis en dat de personeelsinzet daardoor flexibeler moet zijn. Vooral bij KDO-cliënten is sprake van een grote mate van onplanbare zorg. Bovendien speelt er bij KDO-clienten ook onvoorspelbaarheid mee omdat de inhuizing altijd snel geregeld moet worden. Zie ook paragraaf 8.6. In bijlage 4 zijn percentages planbare zorg per ZZP opgenomen. Deze percentages zijn bepaald op basis van onderzoek van Verkooijen & Beima (2008). De percentages kunnen gebruikt worden voor het ontwerpen van zorgarrangementen per ZZP.

Wanneer we van het eerste gedeelte van het model (individueel niveau) naar het niveau van patiëntengroep planning en control (afdelingsniveau) gaan, zijn vooral de intermediaire factoren van belang. De zorgzwaarte op een afdeling kan wisselen door ziekte van cliënten (hogere/lagere zorgzwaarte) en door aan- en afwezigheid (overlijden, vertrek, ziekenhuisopname) van cliënten. Om rekening te kunnen houden met deze schommelingen is het van belang flexibel te zijn. De zorginstelling zal moeten zoeken naar een basispercentage zorgzwaarte dat altijd op de afdeling aanwezig is. Op basis van dit minimale percentage kan een vaste personeelsinzet worden vastgesteld. Wanneer de zorgzwaarte boven deze minimumzorg uitkomt moet er flexibel personeel zijn dat ingezet kan worden om de schommeling in zorgzwaarte op te kunnen vangen. Er zal per afdeling dus een gemiddelde zorgzwaarte bepaald moeten worden, waarop een minimum personeelsomzet bepaald kan worden die uitgebreid kan worden wanneer de zorgzwaarte hoger is.

*“Roosters worden vaak voor langere tijd gemaakt en het extra inzetten van personeel lukt vaak wel, het beperken van de inzet is vaak lastig. Daarom is het van groot belang om roosters te maken die uitgaan van een bepaalde basiszorg en een minimale bezetting. (...) Daar omheen kun je extra personeel inzetten wanneer blijkt dat de zorgzwaarte hoger is. (Respondent 1, 2008).*

*“Er zijn flexibeler contracten nodig om in te kunnen spelen op de wisselende zorgvraag.” (Respondent 9, 2008)*

*“In de toekomst moet er een kern van vast personeel komen met daar omheen een schil van flexibel personeel.” (Respondent 2, 2008).*

### **10.3 Flexibiliteit**

Zoals uit bovenstaande citaten blijkt is flexibiliteit van het personeel erg belangrijk om in te kunnen spelen op de veranderingen die op kunnen treden in zorgzwaarte op de afdelingen. Om deze flexibiliteit te realiseren zijn er verschillende mogelijkheden. Deze mogelijkheden zullen hieronder kort worden genoemd, maar zullen niet uitgebreid worden besproken omdat dat het doel van dit onderzoek voorbij schiet. Wel is van belang dat Zorggroep Raalte keuzes maakt om de flexibiliteit in haar personeelsbestand te vergroten. Mogelijkheden voor flexibele inzet van personeel zijn:

- Gebruik van min-max contracten waarbij het aantal uren dat minimaal gewerkt moet worden over een lange periode gespreid kan worden (minimaal 3 maanden).
- Werken met kleine contracten; nadeel hiervan is dat er krapte op de arbeidsmarkt is en dat jonge medewerkers niet voor een relatief klein contract zullen kiezen. Ook de binding met de afdeling kan kleiner zijn bij een klein contract.
- Personeel inzetten op meerdere locaties. Hierdoor kan men grotere contracten aanbieden en jong personeel aantrekken zonder daarbij de flexibiliteit te verliezen. Nadeel hiervan is dat roosteren per afdeling, door verschillende roosteraars, lastig in te richten is.

### **10.4 Sturing**

Het conceptueel model lijkt dus bruikbaar te zijn voor de operationele planning van afdelingen in het verzorgingshuis. Om het model in de praktijk goed te laten werken is sturing erg belangrijk. Daarbij gelden de principes van feedforward (vooraf sturen) en feedback (achteraf sturen en bijsturen). Wanneer we kijken naar het model van De Vries (2007), dat in paragraaf 5.9 aan bod is geweest, is het belangrijk om te sturen op de volgende elementen: beschikbaarheidnoodzaak van personeel, seizoenseffecten, de verhouding tussen verschillende personeelscategorieën, bezettingsnormen per dienst en regels voor een personele mix (ibid). Bij de koppeling aan het conceptueel model komen de beschikbaarheidnoodzaak van personeel en de verhouding tussen verschillende personeelscategorieën terug bij de planning op individueel (cliënt) niveau. De bezettingsnormen per dienst en regels voor personele mix komen terug in criteria die kunnen worden gebruikt bij het maken van de roosters op afdelingsniveau.

Sturing binnen Zorggroep Raalte gebeurt op dit moment vooral door exploitatieoverzichten per maand. Deze overzichten worden door locatie- en teammanagers gebruikt om, waar nodig, bij te sturen. Hier is sprake van feedback. Nadeel hiervan is dat sturing pas achteraf plaats vindt en doordat managementinformatie soms laat beschikbaar is sturen niet altijd zinvol en mogelijk meer is. Vooraf sturen zal door de komst van ZZP's makkelijker worden omdat er duidelijker kaders gesteld kunnen worden over de personele mix en beschikbaarheidnoodzaak per ZZP. Deze kaders kunnen worden geschapen door het opstellen van zorgarrangementen per ZZP. Voor een voorstel van zorgarrangementen kan worden verwezen naar bijlage vijf. Een andere vorm van sturing vooraf is de roostering. Door middel van het rooster wordt bepaald hoeveel personeel en welk personeel (kwalificatieniveau) ingezet wordt. Op dit moment worden roosters gemaakt door roosteraars van de afdeling, de leidinggevende heeft hierin een beperkte rol. Wanneer de leidinggevende meer kaders heeft om te sturen op basis van de ZZP's en zorgarrangementen zullen zij vooraf ook kritischer

kunnen sturen op de roosters die worden gemaakt. Binnen deze roosters zal gewerkt moeten worden met een minimale bezetting die afhankelijk van de zorgzwaarte op de afdeling verhoogd kan worden.

### **10.5 Zorgplan**

Het zorgplan heeft in het conceptueel model een belangrijke rol. In het zorgplan worden immers de wensen van de cliënt aan de mogelijkheden die de indicatie biedt gekoppeld. Op basis van het zorgplan kan de cliënt in overleg met de verzorgende bepalen welke zorgactiviteiten uitgevoerd moeten worden. Voor de personeelsinzet op afdelingsniveau is een specificatie van concrete activiteiten in het zorgplan niet direct noodzakelijk, voor de individuele planning en OER-routes is dit gebruik van zorgplannen echter wel essentieel. Op dit moment wordt het zorgplan voor een gedeelte wel op deze manier gebruikt. De mogelijkheden die het zorgplan biedt worden echter nog niet volledig benut, vooral de koppeling tussen indicatie en zorgplan gebeurt op dit moment nog weinig. Wanneer deze koppeling wel tot stand gebracht zou worden, zou in het zorgplan, of op de zorgkaart (aanvulling op zorgplan dat de ADL-handelingen weergeeft) aangegeven moeten worden hoe vaak de handeling plaats vindt en hoeveel hulp de cliënt hierbij nodig heeft. De zorgplannen zullen dus specifiekere moeten worden in het benoemen van zorgactiviteiten die uitgevoerd moeten worden. Op basis van deze gegevens zou dan de planning van zorgactiviteiten plaats kunnen vinden. In de huidige situatie vindt deze planning plaats op basis van incidentele intakes, die voorafgaand aan het OER-project gehouden zijn. Er is dus nog geen sprake van borging van planning van activiteiten in het zorgplan.

*“De zorg begint bij het zorgplan. Op basis van je zorgplan, zorgkaart en aanvullende zorgplan ga je bekijken waar zorg nodig is en hoe je dit in gaat zetten.” (Respondenten 10 en 11, 2008)*

*“Het zorgplan is vooral kwalitatief en inhoudelijk. Ik denk dat er nog geen koppeling is tussen de indicatie en het zorgplan. Dat is wel een volgende stap. (Respondent 4, 2008)*

*“In het zorgplan staat welke zorg de cliënt nodig heeft en op die manier kun je bepalen hoeveel tijd er nodig is om de cliënt te helpen.” (Respondent 5, 2008)*

Het zorg(leef)plan, dat aansluit bij de Normen Verantwoorde Zorg die sinds 1 januari 2007 verplicht zijn voor alle instellingen voor verzorgingshuis-, verpleeghuis- en thuiszorg, speelt in op de koppeling van indicatie aan het zorgplan. Het zorg(leef)plan is een plan dat de gehele leefomgeving van de cliënt omvat en op een vraaggerichte manier vorm wil geven aan de zorgactiviteiten die de cliënt wenst. In het plan wordt voor iedere cliënt beschreven welke doelen, concrete activiteiten en afspraken bepalend zijn voor het handelen van professionals (Actiz, 2006). Deze laatste zin geeft aan dat het vanuit dit oogpunt ook belangrijk is om concrete activiteiten te benoemen in het zorgplan. Hiermee kan dus zowel het doel van kwaliteit van zorg (Verantwoorde zorg) als het plannen van activiteiten als onderdeel van de personeelsplanning op individueel (cliënt) niveau worden bereikt. Het zorg(leef)plan maakt het mogelijk een individuele invulling te geven aan de ZZP-indicatie en het bijbehorende zorgarrangement (Actiz, 2006). Het zorg(leef)plan wordt daarmee een onmisbare schakel tussen indicatie, wens van de cliënt en de personeelsplanning.

### **10.6 Conclusie**

Het conceptueel model uit hoofdstuk 5 wordt door de respondenten gezien als een bruikbaar model voor personeelsplanning op een verzorgingsafdeling. Daarbij wordt aangegeven dat het belangrijk is om vanwege de onplanbare zorg flexibel te kunnen zijn in de personeelsinzet. Om dit te kunnen realiseren is een minimale bezetting op de afdeling nodig die kan worden uitgebreid met flexibel inzetbaar personeel. Om de personeelsinzet soepel te laten verlopen is sturing vooraf (door roosters en kaders door zorgarrangementen op basis van ZZP's) en achteraf (op basis van exploitatieoverzichten) noodzakelijk. Tenslotte kan het zorg(leef)plan de noodzakelijke schakel vormen tussen de indicatie, vraagsturing (project OER) en de personeelsinzet.

## 11. Conclusie en discussie

### 11.1 Conclusies

In dit laatste hoofdstuk van het onderzoek zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag: *“In hoeverre is het mogelijk om een personeelsplanning op operationeel niveau op basis van ZZP-scores en vraaggerichte zorg te realiseren?”* Om tot een antwoord op deze vraag te komen is een onderzoek uitgevoerd waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden zijn gebruikt. Wanneer we kijken naar de huidige personeelsplanning op operationeel niveau binnen Zorggroep Raalte kunnen de volgende constatering worden gedaan. De toewijzing van personeel naar de verschillende afdelingen van Zorggroep Raalte vindt plaats op basis van de productieafspraken die jaarlijks worden gemaakt met het zorgkantoor. Hier is sprake van het niveau van capaciteitsplanning en control. Per locatie wordt, afhankelijk van het aantal plaatsen, het budget bepaald. De locatiemanager is verantwoordelijk voor een goede besteding van dit budget en is daardoor ook verantwoordelijk voor de personeelsinzet per afdeling (patiëntengroep planning en control). De personeelsinzet per afdeling wordt echter grotendeels ingevuld door de teammanagers en wordt door roosteraars uit de verschillende teams in een dienstrooster verwerkt. Deze plannings komen vooral op basis van historische gegevens (cijfers uit voorgaande jaren) tot stand. Zowel team- als locatiemanagers missen duidelijke criteria die kunnen worden gebruikt om de personeelsinzet op operationeel niveau te kunnen sturen. Sturing is nu alleen achteraf mogelijk door middel van de maandelijkse exploitatieoverzichten.

De komst van zorgzwaartepakketten in de ouderenzorg zou een bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van de personeelsinzet op afdelingsniveau (patiëntengroep planning en control). De ZZP's en bijbehorende financiering worden vanaf 1 januari 2009 ingevoerd. Door de invoering van de ZZP's wordt standaardisatie van cliëntgroepen mogelijk. In dit onderzoek is gekeken of de zorgvraag van de verschillende cliënten binnen een ZZP overeenkomsten vertoont. Die vraag kan op basis van statistieken uit dit onderzoek bevestigend worden beantwoord. Standaardisatie van cliënten middels de ZZP's lijkt dus goed mogelijk te zijn en in de praktijk aan te sluiten bij de cliëntprofielen zoals opgesteld door onderzoeksbureau HHM (in opdracht van het ministerie van VWS). Doordat standaardisatie van de zorgvraag plaatsvindt, is het mogelijk om vooraf meer te sturen op de personeelsinzet. Het management weet immers welke cliënten met bijbehorende ZZP's men in huis heeft en hiermee kan een basisinzet van personeel worden vastgesteld. Om een goede schatting van deze basisinzet mogelijk te maken is het van belang om zorgarrangementen te ontwikkelen waarin wordt aangegeven welke personeelsinzet (zowel kwantitatief, dus de hoeveelheid, als kwalitatief, dus het functieniveau) minimaal nodig is om aan de zorgvraag van cliënten binnen een ZZP te kunnen voldoen. Zorgarrangementen geven vorm aan de sturing op het niveau van patiëntengroep planning en control. Hiermee kan een basisrooster per afdeling worden opgesteld. Bij de ontwikkeling van zorgarrangementen is het van belang om rekening te houden met de tarieven die de zorginstelling door het zorgkantoor vergoed krijgt. De tarieven bepalen immers de mogelijkheden die de zorgaanbieder heeft om goede en voldoende zorg te kunnen verlenen. En gezien de zorgkloof die de laatste jaren steeds groter is geworden zal het niet altijd mogelijk zijn voor een zorgaanbieder om alle zorg die geïndiceerd wordt ook te verlenen. Zorgaanbieders zijn genoodzaakt hier rekening mee te

houden vanwege de financiële risico's die de invoering van ZZP's met zich meebrengt. Bovendien heeft de verzekeraar (het zorgkantoor) de zorgplicht om voldoende middelen beschikbaar te stellen om goede en verantwoorde zorg te verlenen en is dit niet direct het probleem van de zorgaanbieder (Actiz, 2008<sup>b</sup>).

Binnen de ZZP's en bijbehorende zorgarrangementen is voor cliënten voldoende ruimte om een individuele invulling van de zorgverlening mogelijk te maken. Hiermee komen we aan bij de mogelijkheden voor vraagsturing die de invoering van zorgzwaartepakketten met zich meebrengt. Op basis van beschikbare literatuur (SER, 2000; Jochemsen et. al.,2002) is geconcludeerd dat vraagsturing binnen de gezondheidszorg en dus ook binnen de ouderenzorg steeds belangrijker wordt. De invoering van ZZP's is enerzijds een vorm van sturing op de vraag, het zorgkantoor contracteert de zorgaanbieders voor een bepaalde hoeveelheid zorg. Anderzijds is het ook een vorm van sturing door de vraag, de cliënt kan in overleg met de zorgaanbieder zelf bepalen hoe hij/zij de zorgverlening ingevuld wil zien. Daarbij zijn voldoende mogelijkheden om te substitueren tussen de verschillende vormen van zorgverlening. Om deze mogelijkheden voldoende te benutten is het van belang om de afspraken die de zorgverlener met de cliënt maakt vast te leggen in een zorgplan. Hiermee kan een individuele invulling worden gegeven aan het zorgarrangement dat bij het ZZP van de cliënt hoort. Een methode om vorm te geven aan deze afspraken is het OER-model dat Zorggroep Raalte gekozen heeft. Andere methodes kunnen echter ook bruikbaar zijn om vorm te geven aan de vraagsturing van cliënten.

Wanneer de genoemde factoren van personeelsplanning op een rijtje worden gezet kan de conclusie worden getrokken dat het conceptueel model zoals gepresenteerd in hoofdstuk vijf van dit onderzoek goed gebruikt kan worden om personeelsplanning op basis van ZZP's mogelijk te maken. Daarbij is het wel van belang om rekening te houden met veranderingen in de zorgvraag en zorgzwaarte van de cliënten en het aantal cliënten dat op de afdeling aanwezig is. Ook de onplanbare en soms onvoorspelbare zorg waarmee men in het verzorgingshuis te maken heeft, kan van invloed zijn op de personeelsplanning. Om deze schommelingen in de zorgvraag goed op te kunnen vangen is het van belang dat naast de basisinzet van personeel (zoals gepland in het rooster) flexibel personeel beschikbaar is om ingezet te worden wanneer dit nodig is.

Kortom: ZZP's kunnen een goed sturingsinstrument zijn voor de operationele personeelsplanning in een verzorgingshuis, mits daarbij voldoende flexibiliteit georganiseerd wordt om schommelingen in zorgzwaarte op de afdeling op te kunnen vangen.

## **11.2 Aanbevelingen**

Om ZZP's ook daadwerkelijk als sturingsinstrument voor de personeelsplanning binnen Zorggroep Raalte in te kunnen zetten zal nog een aantal stappen moeten worden gezet. De stappen zullen hieronder kort worden beschreven zodat dit onderzoek een praktische bijdrage kan leveren aan de implementatie van ZZP's als stuurinstrument voor het management.

- Ontwikkelen van zorgarrangementen zodat er per afdeling een basisinzet van personeel kan worden berekend. Voor het ontwikkelen van zorgarrangementen is kostprijsinformatie onontbeerlijk. Bovendien moeten er keuzes worden gemaakt over de inzet van verschillende kwalificatieniveaus per ZZP. Voor een voorstel omtrent de zorgarrangementen zie bijlage zes.

- Aanpassing van dienstroosterbeleid zodat het voor het management beter mogelijk wordt om meer flexibele diensten in te zetten. Op deze manier kan meer tegemoet worden gekomen aan de wensen van de cliënt en is het voor het middenmanagement mogelijk om meer te spelen met de personeelsinzet.
- Flexibiliteit in het personeelsbestand vergroten. Gezien de schommelingen in zorgzwaarte die de invoering van ZZP's met zich meebrengt is het belangrijk om te beschikken over voldoende flexibel personeel. Het moet makkelijker worden om meer te variëren met de personeelsinzet rondom een basisrooster. Mogelijkheden om flexibiliteit te vergroten zouden het werken met kleine contracten, min.-max. contracten en personeel inzetten op verschillende locaties kunnen zijn.
- Aandacht voor personeelsplanning bij het opstellen van zorgplannen en intakes. Op basis van de wensen van de cliënt kan worden bepaald welke zorg door welke medewerker op welk moment uitgevoerd moet worden. Hierbij kan het zorgplan een overzicht geven van de afspraken die per cliënt gemaakt zijn. Bovendien kan door middel van de afspraken in het zorgplan worden bewaakt of de indicatie van de cliënt nog past bij zijn/haar zorgvraag.
- Investeren in ketenzorg. Door het realiseren van ketenzorg kan de inhuizing van KDO-cliënten beter gepland worden en neemt de onvoorspelbaarheid van de zorg af. Hierdoor kan de benodigde flexibiliteit per locatie worden verkleind wat de personeelsplanning makkelijker maakt.

### **11.3 Beperkingen van het onderzoek**

Als eerste beperking van het onderzoek kan worden genoemd dat het onderzoek in een zeer kleine setting is uitgevoerd. Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen één zorginstelling, namelijk Zorggroep Raalte. Gedurende het onderzoek zijn 17 respondenten uit de instelling geïnterviewd en is een kwantitatief onderzoek gehouden onder 179 cliënten. Deze aantallen zijn te klein om conclusies te trekken en aanbevelingen te doen voor andere zorginstellingen. Het model dat tijdens het onderzoek ontwikkeld is zal echter wel door andere zorginstellingen voor ouderenzorg kunnen worden gebruikt om de personeelsplanning in te richten. Ten tijde van het onderzoek is namelijk ook een personeelsplanningsmodel ontwikkeld door HHM in opdracht van het ministerie van VWS en dit model vertoont grote overeenkomsten met het model dat in dit onderzoek ontwikkeld is (HHM, 2008).

Tweede kanttekening die bij dit onderzoek geplaatst kan worden is het feit dat alleen cliënten en respondenten uit het verzorgingshuis meegenomen zijn. Dit lijkt vreemd omdat er door de invoering van ZZP's geen direct onderscheid bestaat tussen het verzorgings- en verpleeghuis. Toch is deze keuze gemaakt omdat er in het verpleeghuis een aantal factoren zijn die afwijken van de situatie van het verzorgingshuis. Deze factoren hebben vooral te maken met andere financieringsvormen die in het verpleeghuis een rol spelen. Zo is in het verpleeghuis van belang dat ook de functie behandeling (inzet van verpleeghuisarts, fysiotherapeut, diëtiste enz.) wordt geleverd en gefinancierd. Wanneer cliënten uit het verzorgingshuis een beroep doen op één van deze beroepsgroepen worden zij extern ingeschakeld en betaald door de zorgverzekeraar van de cliënt. Het model voor personeelsplanning dat in dit onderzoek ontwikkeld is zou ook in het verpleeghuis gebruikt kunnen worden maar is complexer omdat ook de inzet van paramedici dan meegenomen moet worden.



## 12. Bronvermelding

- Actiz. 2006. *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan*. Utrecht: Publicatienummer 06.012.
- (Actiz) 2008<sup>a</sup>. *Aanpassing algoritmen niet nodig*. [Internet]. Actiz, 6-1-08 [aangehaald 22-2-'08] bereikbaar op: <http://www.actiz.nl/ondernemen/view.do;jsessionid=DE2CC9B02FBE7273848156267>
- Actiz. 2008<sup>b</sup>. *Informatiebijeenkomst Zorgzwaartebekostiging*. Zwolle, 22 april 2008, mondelinge communicatie.
- Bussemaker, J. 2007. 'Meer ruimte voor client en zorgverlener. Eerlijker delen dankzij zorgzwaartepakketten.' *Zorgvisie* (11): 20-21.
- Bowling, A. 2002. *Research methods in health, investigating health and health services*. Berkshire: Open University Press.
- (CBS) 2008. *Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2006-2050*. [Internet]. CBS, 13-2-'07 [aangehaald: 3-1-'08] bereikbaar op: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?HDR=G2&LA=nl&DM=SLNL&PA=03766ned&D1=a&D2=0&D3=2-6,11,16,21,26,31,36,41,I&LYR=G1:0&STB=T>
- CIZ. 2007. *Rapportage controle ZZP-scores*. Kenmerk CIZ/07/2753/czzb
- Creswell, J.W. 2003. *Research design, qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Deloitte, branchegroep gezondheidszorg. 2005. *De cliënt is koning*. Rotterdam.
- Fagerström, L. et al. 2000. 'Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification.' *Journal of Advanced Nursing* (2):481-490.
- Frijters, D.H.M. & W.P. Achterberg. 2007. 'Betrouwbaarheid van de Zorgzwaartepakket (ZZP) scorelijst.' *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 38 (4):165-172.
- Hertogh, C.M.P.M. 2007. 'Zorgzwaartebekostiging in de AWBZ: een vertrouwenwekkende ontwikkeling?' *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 38 (4):162-164.
- Jansen, P.G.M. & B.H. Hoeksma. 2004. 'Aanpak en resultaten praktijkonderzoek intramurale zorgarrangementen voorjaar 2004.' *HMM organisatieadviseurs*. Enschede: 2004.

- Jonker, J. et al. 2007. *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. SCP-publicatie. Den Haag: SCP.
  
- 't Hart, H., J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen & J. Teunissen. 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom. Hoofdstuk 9: Veldonderzoek.
  
- HHM. 2007<sup>a</sup>. *Zorgzwaartescorelijst, versie 2.0*.
  
- HHM. 2007<sup>b</sup>. *Aanscherping ZZP-omschrijving en algoritmen*, bijlage 5 bij CZK 2008 002. Enschede.
  
- HHM. 2008. *Handreiking formatieplanning*. Enschede
  
- Hutjes J. 1999. *De gevalstudie*. Uit: Segers, J. Methoden voor maatschappijwetenschappen. Assen: Van Gorkum.
  
- Kirkwood, B.R. & J.A.C. Sterne. 2003. *Medical statistics*. Massachusetts: Blackwell Science LTD. [Second edition].
  
- Jochemsen, H. et. al. 2002. *Kiezen met zorg, naar meer keuzevrijheid in het zorgstelsel*. Hardinxveld-Giessendam: Werkgroep Kiezen met Zorg, 2002.
  
- Klerk, M. de. 2005. *Ouderen in instelling*. SCP-publicatie. Den Haag: SCP.
  
- Kwartel, A. van der et al. 2007 *Arbeid in zorg en welzijn 2007, stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*, Utrecht: Prismant.
  
- Merode, F. Van. 2003. 'A prelude of the 2004 Antwerp Quality Conference: Targets and targets value-integrating of quality management and costing.' *Accreditation and quality assurance* (9): 176-181.
  
- Morris, R. et al. 2006. 'Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review.' *Journal of advanced nursing* 57(5):463-471.
  
- NZA. 2007. *Onderbouwing aantal uren (direct en indirect cliëntgebonden) per week per zorgzwaartepakket*. Utrecht: 2007.
  
- Overbeek, R. & A. Schippers. 2005. *Vergrijzing in Nederland, naar een toekomstgericht ouderenbeleid*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV

- Peeters, J.M. & A.L. Francke. 2007. *Indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector verpleging, verzorging en thuiszorg*. Utrecht: Nivel.
- Pomp, M., Mot E., Douven R. 2006. *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*. CPB-rapport. Den Haag: CPB.
- Rijckmans, M.J.N. et al. 2007. 'A clients' perspective on demand-oriented and demand driven health care.' *International Journal of Social Psychiatry* (53): 48-62.
- (RIVM) 2007. *Vergrijzing: wat is de huidige situatie?* [Internet] RIVM, 25-9-'07 [aangehaald op 3-1-'08] bereikbaar op: [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o3015n21018.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3015n21018.html)
- Rhyne, M.D. & D. Jupp. 1988. 'Health care requirements planning: A conceptual framework.' *Health care management review* 13 (1): 17-27.
- SER. 2000. *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: SER.
- Sluijs, A.van & R. Janssen. 2001. *Logistieke processen in zorgbedrijven*. In: *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Red: R. Lapré & G. van Montfoort. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- TPG. 2004. *Het kan echt. Beter zorg voor minder geld. Sneller Beter – De logistiek in de zorg*. Eindrapportage TPG, juni 2004.
- Verkooijen, H.E.C. 2006. *Ondersteuning eigen regievoering en vraaggestuurde zorg*. Proefschrift universiteit voor humanistiek, Utrecht.
- Verkooijen, H.E.C. & Beima. 2008. *Zorgzwaartepakketten sector V&V en OER 2008*. Werkdocument. Adviesbureau Verkooijen & Beima.
- Vissers, J.M.H., G. de Vries & J.W.M. Bertrand. 2001. 'Een raamwerk voor productiebesturing van een ziekenhuis, gebaseerd op logistieke patiëntengroepen.' *Acta Hospitalia* (2): 33-51.
- Vissers, J.M.H. & R. Beech. 2005. *Health operations management. Patient flow logistics in health care*. London: Routledge.
- De Vries, G. 1993. *Patiëntenlogistiek in ontwikkeling: inzichten en toepassingen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- De Vries, G. de & U.F. Hiddema. 2001. *Management van patiëntenstromen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- (VWS) 2007<sup>a</sup>. *Zorgzwaartebekostiging*. [Internet] Ministerie van VWS, 28-8-'07 [aangehaald 15-3-'08] bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging>
  
- (VWS) 2007<sup>b</sup>. *Spoorboek onderhoud zorgzwaartepakketten en invoering zorgzwaartebekostiging 2008, 2009*. [Internet] Ministerie van VWS, 10-10-'07 [aangehaald op 15-3-'08] bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/documenten/overige-documenten/spoorboek-onderhoud-zorgzwaartepakketten.asp>
  
- Wever, I. & J. Coolen. 2000. *Onderzoek naar verzorgingshuizen een verkenning van de zorgvraag en het zorgaanbod*. Heerhugowaard: PlantijnCasparie
  
- Wijk, K.P. van. 2006. *De ServiceCareChain. De invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening in de AWBZ*. Rotterdam: EMC, lbmg.
  
- Wolves, M. & A.A.E. Welling. 2008. *Rapportage validatie algoritmen 2008, ZZP-advisering sector V&V definitief*. Enschede: HHM.

## **Bijlage 1: Afkortingenlijst**

|                     |  |
|---------------------|--|
| AB:                 | Activerende begeleiding                          |
| ADL:                | Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen          |
| AWBZ:               | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten             |
| Wet BIG:            | Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg         |
| CIZ:                | Centraal Indicatieorgaan Zorg                    |
| CBS:                | Centraal bureau voor statistieken                |
| DB:                 | Dagbehandeling                                   |
| EAD:                | Economische en administratieve dienst            |
| FTE:                | Fulltime-equivalent                              |
| JIT:                | Just-in-time                                     |
| KDO:                | Kortdurende opname                               |
| Motori.:            | Motorisch functioneren                           |
| MRP:                | Material Requirements Planning                   |
| NZA:                | Nederlandse Zorgautoriteit                       |
| OB:                 | Ondersteunende begeleiding                       |
| OER:                | Ondersteuning Eigen Regievoering                 |
| PV:                 | Persoonlijke verzorging                          |
| Pers.vz.:           | Persoonlijke verzorging                          |
| P&O:                | Personeel en organisatie                         |
| Psycho:             | Psychosociaal functioneren                       |
| Rivm:               | Rijksinstituut volksgezondheid en milieu         |
| Soc.redz.:          | Sociaal redzaam                                  |
| Soc.rel.:           | Sociale relaties                                 |
| VP:                 | Verpleging                                       |
| V&V-sector:         | Verzorgings- en verpleeghuis-sector              |
| Ministerie van VWS: | ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| ZZP                 | Zorgzwaartepakket                                |

## Bijlage 2. ZZP's (de pakketten)

In deze bijlage wordt een beschrijving gegeven van de ZZP's die voor de Verpleging en Verzorging (V&V) gelden met ingang van 1 januari 2008.

In totaal heeft de V&V-sector tien ZZP's. Het zijn acht pakketten voor langdurende zorg (ZZP's 1 tot en met 8) en twee pakketten voor kortdurende zorg aan specifieke doelgroepen (ZZP 9 en 10). Bij de langdurende zorg is een oplopende reeks van zorgzwaarte. De reeks begint met ZZP 1 VV voor personen die zich niet meer zelf kunnen redden thuis en loopt op naar ZZP 8 VV voor personen met zware ziekten die volledig zorgafhankelijk zijn en daarom intensieve verzorging en verpleging nodig hebben. De kortdurende pakketten zijn gericht op revalidatie (ZZP 9 VV) en kortdurende palliatieve terminale zorg voor mensen die met een terminale ziekte niet langer thuis kunnen blijven (ZZP 10 VV).

In onderstaand schema is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. Een '0' betekent dat op dit aspect geen zorg nodig is. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, ++++ = hulp en ++++++ = overname.

| ZZP   | Begeleiding         |                             | Verzorging        |            |           | Verpleging | Probleemgedrag |
|-------|---------------------|-----------------------------|-------------------|------------|-----------|------------|----------------|
|       | Sociale redzaamheid | Psycho-Sociaal functioneren | Persoonlijke Zorg | Mobiliteit | Motorisch |            |                |
| VV 1  | +                   | 0                           | +                 | +          | 0         | 0          | 0              |
| VV 2  | +++                 | +                           | ++                | +          | +         | +          | 0              |
| VV 3  | ++++                | ++                          | ++++              | +++        | ++        | +          | 0              |
| VV 4  | ++++                | +++                         | ++                | +          | +         | +          | +              |
| VV 5  | +++++               | ++++                        | ++++              | ++++       | ++        | +          | +              |
| VV 6  | ++++                | +++                         | +++++             | +++++      | +++       | ++         | 0              |
| VV 7  | +++++               | +++++                       | ++++              | +++        | ++        | ++         | +++            |
| VV 8  | +++++               | +++                         | +++++             | +++++      | +++++     | ++++       | +              |
| VV 9  | +++                 | ++                          | +++               | +++        | ++        | ++         | 0              |
| VV 10 | +++++               | ++++                        | +++++             | +++++      | ++++      | +++        | +              |

**Bron:** [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) (2007<sup>a</sup>)

### **Bijlage 3. Topiclijsten interviews/discussie**

- Zorgvraag afstemmen op zorgaanbod (eigen interpretatie en ideeën)
- Criteria voor personeelsinzet per locatie en afdeling (capaciteitenplanning)
- Factoren van belang voor personeelsinzet (capaciteitenplanning)
- Extra personeelsinzet, criteria, zorgzwaarte (patiëntengroep planning en control)
- Hoe wordt nu gestuurd en gemonitord (patiëntengroep planning en control)
- Verwachtingen omtrent ZZP
- Vraagsturing in relatie tot personeelsplanning
- Rol van zorgplan bij personeelsplanning
- Reactie en aanvullingen op conceptueel model

**Bijlage 4: Planbaarheid van zorg (op basis van OER-model)**

| <b>ZZP</b> | <b>Tijd ZZP</b> | <b>% planbare zorg</b> | <b>Af te stemmen tijd</b> |
|------------|-----------------|------------------------|---------------------------|
| 1          | 4.5             | 85%                    | 3,75                      |
| 2          | 7               | 90%                    | 6.25                      |
| 3          | 11              | 75%                    | 6.75                      |
| 4          | 13              | 60%                    | 6                         |
| 5          | 18              | 50%                    | 8                         |
| 6          | 18              | 75%                    | 12                        |
| 7          | 23              | 50%                    | 9.5                       |
| 8          | 27              | 75%                    | 18                        |
| 9          | 20              | 85%                    | 13.5                      |
| 10         | 30              | 85%                    | 23                        |

*Figuur 11: Planbare tijd per ZZP (Verkooijen & Beima, 2008)*



**Bijlage 5: Urentabel NZA**

| <b>ZZP</b> | <b>woonzorg</b> |       |       |                         | DB   | % cliënten met DB | Behandel | <b>Tijd binnen ZZP</b> |
|------------|-----------------|-------|-------|-------------------------|------|-------------------|----------|------------------------|
|            | OB              | PV    | VP    | <b>Totaal Woon-Zorg</b> |      |                   |          |                        |
| <b>1</b>   | 3.14            | 1.06  |       | 4.20                    | 0.06 | 3%                |          | 4.26                   |
| <b>2</b>   | 3.00            | 3.00  | 0.50  | 6.50                    | 0.50 | 12%               |          | 7.00                   |
| <b>3</b>   | 2.76            | 5.09  | 1.35  | 9.20                    | 0.20 | 8%                | 1.50     | 9.40                   |
| <b>4</b>   | 5.05            | 4.50  | 0.55  | 10.10                   | 1.37 | 37%               | 1.50     | 11.47                  |
| <b>5</b>   | 9.15            | 5.90  | 0.55  | 15.60                   | 1.05 | 26%               | 1.50     | 16.65                  |
| <b>6</b>   | 5.30            | 8.23  | 2.87  | 16.40                   | 0.31 | 12%               | 1.50     | 16.71                  |
| <b>7</b>   | 10.60           | 6.28  | 2.12  | 19.00                   | 1.49 | 30%               | 1.50     | 20.49                  |
| <b>8</b>   | 10.67           | 10.67 | 2.76  | 24.10                   | 0.92 | 13%               | 1.50     | 25.02                  |
| <b>9</b>   | 5.08            | 7.87  | 2.75  | 15.70                   | 0.40 | 25%               | 1.50     | 16.10                  |
| <b>10</b>  | 2.75            | 13.47 | 10.68 | 26.90                   | 0.78 | 22%               | 1.50     | 27.68                  |

*Figuur 12: Tijden per component per ZZP (NZA, 2007).*

## Bijlage 6: Concept zorgarrangementen

Op basis van de ZZP's en de bijbehorende urenverdeling van de NZA is een opzet voor zorgarrangementen gemaakt. Hiervoor zijn een aantal financiële gegevens gebruikt, deze gegevens zijn echter niet volledig en niet altijd actueel.

Deze opzet van zorgarrangementen kan daarom dienen als eerste aanzet voor de ontwikkeling van volledige zorgarrangementen. Zorginstellingen en in dit geval Zorggroep Raalte zullen zelf een aantal criteria op moeten stellen waaraan de zorgverlening moet voldoen en welke kosten worden gemaakt voor welke functie.

Bij de opzet van de arrangementen zijn de volgende aannames gedaan:

- Personeelskosten zijn berekend door op 70% van de schaal te gaan zitten. Zorggroep Raalte heeft een relatief oud en ervaren personeelsbestand.
- De brutosalarissen zijn opgehoogd met een toeslag van 8% vakantiegeld, 4% eindejaarsuitkeringen 23% voor de sociale lasten.
- De personeelskosten voor de nachtdienst zijn opgeslagen met nog eens 8%.
- Om de kosten inclusief vervanging tijdens vakantie, ziekte en overige afwezigheid te berekenen is het bruto-maandsalaris vermenigvuldigd met 1872 (te betalen werkzame uren per jaar) en vervolgens gedeeld door 1543 (werkelijk werkzame uren per jaar) (gegevens EAD).
- Op de directe personeelskosten (woonzorgkosten) kan een opslag worden gedaan voor de indirecte kosten (scholing van zorggebonden personeel, inzet van niet-zorggebonden personeel en overheadkosten). Deze opslagtarieven zijn bepaald op basis van de rapportage Nza 'Indicatieve prijzen ZZP's' (juni 2007).
- De cliënten uit ZZP 1 tot en met 3 kunnen gebruik maken van een huiskamer waar zij gezamenlijk koffie kunnen drinken en de maaltijd kunnen gebruiken. Gedurende de dag is hier inzet van een helpende meegenomen. (huiskamerprojecten moeten binnen Zorggroep Raalte nog opgezet worden)
- Cliënten uit ZZP 4 of hoger kunnen gebruik maken van de groepsverzorging.
- Bij ZZP 6 en hoger is inzet van verpleegkundigen mogelijk. Verpleegkundigen zijn nu (nog) niet op alle locaties aanwezig, er zou een oproepbare dienst moeten komen.

Bij de verdere ontwikkeling van zorgarrangementen is het belangrijk rekening te houden met de volgende aspecten:

- Volledige en juiste informatie over personeelskosten.
- Gegevens over doorbelasting van indirecte kosten (eigen cijfers)
- Behandelaarscomponent voor het verpleeghuis. Deze is nu niet meegenomen bij de berekening van de 'hogere ZZP's'.
- Criteria voor toegang tot groepsverzorging en huiskamerproject. Criteria moeten in relatie staan met financiering middels de zorgarrangementen.

**ZZP 1**

accent op OB/AB (begeleiding bij sociale redzaamheid, oriëntatie)  
 weinig hulp bij ADL

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van helpende en hoteldienst, contactverzorgende voor de coordinatie

## Voorstel tijdsinzet per week

|               | <b>Functie</b> | <b>MW</b>   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>   | <b>Schaal</b> | <b>Woonzorg</b> | <b>Indirect (overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |
|---------------|----------------|-------------|-------------|---|---------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| Planbaar      | OB             | contactvz   | 20          | coördinatie   | 35            | 7,83            | 5,14                       | 27,93           |
| Planbaar      | OB             | AB          | 10          | alg. act  | 35            | 3,91            | 2,57                       |                 |
| Planbaar      | OB             | helpende    | 10          | inloop groep  | 25            | 3,61            | 2,57                       |                 |
| Planbaar      | OB             | helpende    | 110         | stimuleren, oriëntatie, sociale relaties                        | 25            | 39,74           | 28,29                      |                 |
|               |                |             |             | OB, helpende kan ook gedeeltelijk worden gebruikt voor ADL (pv) |               |                 |                            |                 |
| Planbaar      | PV             | helpende    | 60          | ADL-taken (in-uit bed)  | 25            | 21,67           | 14,43                      |                 |
| Onplanbaar    | OB             | verzorgende | 25          | onplanbare vraag  | 30            | 9,64            | 6,71                       |                 |
| nachtdienst   | OB             | verzorgende | 20          | onplanbare vraag  | 30            | 11,18           | 5,14                       |                 |
| <b>Totaal</b> |                |             | <b>255</b>  |   |               | <b>86,40</b>    | <b>59,71</b>               | <b>195,51</b>   |

**Totale kosten** 341,62  
**Tarief** 355,6  
saldo per week 13,98

**ZZP 2**

Accent op OB/AB (begeleiding bij sociale redzaamheid, oriëntatie)  
hulp bij ADL

Gevolgen voor personeelsinzet:

vooral inzet van helpende en hoteldienst, contactverzorgende voor coordinatie

Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b> | <b>MW</b>   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                 | <b>Schaal</b> | <b>Kosten<br/>woonzorg</b> | <b>Kosten indirect<br/>(overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |                       |               |
|-------------|----------------|-------------|-------------|-----------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| Planbaar    | OB             | contactvz   | 20          | coördinatie                 | 35            | 7,83                       | 5,14                                  | 27,93           |                       |               |
| Planbaar    | OB             | helpende    | 20          | inloop groep                | 25            | 7,22                       | 5,14                                  |                 |                       |               |
| Planbaar    | OB             | helpende    | 110         | stimuleren, oriëntatie enz. | 25            | 39,74                      | 28,29                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | DB             | AB          | 10          | alg. act                    | 35            | 3,91                       | 2,78                                  |                 |                       |               |
| Planbaar    | PV             | helpende    | 160         | ADL                         | 25            | 57,80                      | 38,48                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | VP             | verzorgende | 30          | ADL extra (ingewikkeld)     | 30            | 11,56                      | 8,05                                  |                 |                       |               |
| Onplanbaar  | OB             | verzorgende | 40          | onplanbare vraag            | 35            | 15,65                      | 10,29                                 |                 |                       |               |
| Onplanbaar  | PV             | verzorgende | 10          | onplanbare vraag            | 35            | 3,91                       | 2,41                                  |                 |                       |               |
| Nachtdienst | PV             | verzorgende | 20          | onplanbare vraag, nacht     | 30            | 7,71                       | 4,81                                  |                 |                       |               |
|             |                |             | <b>420</b>  |                             |               | <b>155,34</b>              | <b>105,38</b>                         | <b>195,51</b>   | <b>Totale kosten</b>  | <b>456,23</b> |
|             |                |             |             |                             |               |                            |                                       |                 | <b>Tarief</b>         | <b>456,4</b>  |
|             |                |             |             |                             |               |                            |                                       |                 | <u>saldo per week</u> | <u>0,17</u>   |

**ZZP 3**

Accent op OB/AB (begeleiding bij sociale redzaamheid en sociale relaties)  
hulp bij ADL, complexere taken

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van verzorgende en een groep waar cliënten naar toe kunnen voor de begeleiding (inloop)

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>     | <b>MW</b>   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                      | <b>Schaal</b> | <b>Kosten<br/>woonzorg</b> | <b>Kosten indirect<br/>(overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |                       |               |
|-------------|--------------------|-------------|-------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| Planbaar    | OB                 | contactvz   | 30          | coördinatie                      | 35            | 11,74                      | 7,715                                 | 27,93           |                       |               |
| Planbaar    | OB                 | helpende    | 30          | inloop groep                     | 25            | 10,84                      | 7,715                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende | 60          | stimuleren, praatje              | 30            | 23,13                      | 15,43                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | DB                 | AB          | 10          | alg. act                         | 35            | 3,91                       | 2,775                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | PV                 | verzorgende | 220         | ADL                              | 30            | 84,80                      | 52,91                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | VP                 | verzorgende | 60          | ADL, extra (ingewikkelder taken) | 35            | 23,48                      | 16,1                                  |                 |                       |               |
| Onplanbaar  | zorg<br>(PV/VP/OB) | verzorgende | 120         | onplanbare vraag                 | 35            | 46,96                      | 32,2                                  |                 |                       |               |
| Nachtdienst | OB                 | verzorgende | 20          | onplanbare vraag, nacht          | 30            | 11,18                      | 4,81                                  |                 |                       |               |
|             |                    |             | 550         |                                  |               | <b>216,05</b>              | <b>139,655</b>                        | <b>195,51</b>   |                       |               |
|             |                    |             |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>Totale kosten</b>  | <b>551,21</b> |
|             |                    |             |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>Beschikbaar</b>    | <b>543,9</b>  |
|             |                    |             |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <u>saldo per week</u> | <u>-7,31</u>  |

**ZZP 4**

Accent op OB/AB (bieden van duidelijke structuur), doelgroep beginnend dementerenden  
hulp bij ADL, structuur

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van verzorgende en een groep waar cliënten naar toe kunnen voor de begeleiding  
(meerzorg)

Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>     | <b>MW</b>   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                                 | <b>Schaal</b> | <b>Kosten<br/>woonzorg</b> | <b>Kosten indirect<br/>(overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |
|-------------|--------------------|-------------|-------------|---|---------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| Planbaar    | OB                 | contactvz   | 30          | coördinatie                                 | 35            | 11,74                      | 7,715                                 | 27,93           |
| Planbaar    | OB                 | AB          | 50          | groepsverzorging                            | 35            | 19,57                      | 12,86                                 |                 |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende | 60          | groepsverzorging                            | 30            | 23,13                      | 15,43                                 |                 |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende | 110         | stimuleren, praatje en structuur<br>bij ADL | 30            | 42,40                      | 28,29                                 |                 |
| Planbaar    | DB                 | AB          | 10          | alg. act                                    | 35            | 3,91                       | 2,775                                 |                 |
| Planbaar    | PV                 | verzorgende | 190         | ADL   | 30            | 73,24                      | 45,695                                |                 |
| Planbaar    | VP                 | verzorgende | 30          | ADL, extra (ingewikkelder taken)            | 35            | 11,74                      | 8,05                                  |                 |
| Onplanbaar  | zorg<br>(PV/VP/OB) | verzorgende | 80          | onplanbare vraag                            | 35            | 31,31                      | 21,47                                 |                 |
| Nachtdienst | OB                 | verzorgende | 30          | onplanbare vraag, nacht                     | 30            | 16,77                      | 7,215                                 |                 |

590

233,81

149,49

195,51

**Totale kosten** 578,81

**Beschikbaar**

**tarief** 620,9

saldo per week 42,09

**ZZP 5**

Accent op OB/AB (bieden van duidelijke structuur), doelgroep beginnend dementerenden  
hulp bij ADL, complexere taken en structuur bieden

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van verzorgende en een groep waar cliënten naar toe kunnen voor de begeleiding  
(meerzorg)

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>     | <b>MW</b>   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                      | <b>Schaal</b> | <b>Kosten<br/>woonzorg</b> | <b>Kosten indirect<br/>(overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |                       |               |
|-------------|--------------------|-------------|-------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| Planbaar    | OB                 | contactvz   | 30          | coördinatie                      | 35            | 11,74                      | 7,72                                  | 27,93           |                       |               |
| Planbaar    | OB                 | AB          | 75          | groepsverzorging                 | 35            | 29,35                      | 19,29                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende | 75          | groepsverzorging                 | 30            | 28,91                      | 19,29                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende | 160         | stimuleren en structuur bij ADL  | 30            | 61,67                      | 41,15                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | DB                 | AB          | 10          | alg. act                         | 35            | 3,91                       | 2,78                                  |                 |                       |               |
| Planbaar    | PV                 | verzorgende | 230         | ADL                              | 30            | 88,66                      | 55,32                                 |                 |                       |               |
| Planbaar    | VP                 | verzorgende | 30          | ADL, extra (ingewikkelder taken) | 35            | 11,74                      | 8,05                                  |                 |                       |               |
| Onplanbaar  | zorg<br>(PV/VP/OB) | verzorgende | 290         | onplanbare vraag                 | 35            | 113,50                     | 77,82                                 |                 |                       |               |
| Nachtdienst | OB                 | verzorgende | 30          | onplanbare vraag, nacht          | 30            | 16,77                      | 7,22                                  |                 |                       |               |
|             |                    |             | <b>930</b>  |                                  |               | <b>366,25</b>              | <b>238,61</b>                         | <b>195,51</b>   | <b>Totale kosten</b>  | <b>800,37</b> |
|             |                    |             |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>Beschikbaar</b>    |               |
|             |                    |             |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>tarief</b>         | <b>817,6</b>  |
|             |                    |             |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>saldo per week</b> | <b>17,23</b>  |

**ZZP 6**

Accent op OB/AB (begeleiding van sociale relaties enz. als gevolg van ziekte en ouderdom)  
hulp bij ADL, complexe taken (verpleegafdeling)

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van verzorgende en verpleegkundige, inzet van AB voor begeleiding bij psychosociale problemen

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>  | <b>MW</b>                   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                      | <b>Schaal</b> | <b>Kosten woonzorg</b> | <b>Kosten indirect (overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |   |
|-------------|-----------------|-----------------------------|-------------|----------------------------------|---------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------|---|
| Planbaar    | OB              | contactvz                   | 30          | coördinatie                      | 35            | 11,74                  | 7,72                              | 27,93           |   |
| Planbaar    | OB              | AB                          | 40          | huiskamer/groepsverzorging       | 35            | 15,65                  | 10,29                             |                 |   |
| Planbaar    | OB              | verzorgende                 | 30          | huiskamer/groepsverzorging       | 30            | 11,56                  | 7,72                              |                 |   |
| Planbaar    | OB              | verzorgende                 | 100         | ondersteuning bij ADL en praatje | 30            | 38,55                  | 25,72                             |                 |   |
| Planbaar    | DB              | AB                          | 10          | alg. act                         | 35            | 3,91                   | 2,78                              |                 |   |
| Planbaar    | PV              | verzorgende verpleegkundige | 370         | ADL                              | 30            | 142,62                 | 88,99                             |                 |   |
| Planbaar    | VP              | verzorgende                 | 130         | ADL, extra (ingewikkelder taken) | 40            | 53,61                  | 34,88                             |                 |   |
| Onplanbaar  | zorg (PV/VP/OB) | verzorgende                 | 240         | onplanbare vraag                 | 35            | 93,93                  | 64,40                             |                 |   |
| Nachtdienst | OB              | verzorgende                 | 30          | onplanbare vraag, nacht          | 30            | 16,77                  | 7,22                              |                 |   |
|             |                 |                             | <b>980</b>  |                                  |               | <b>388,34</b>          | <b>249,69</b>                     | <b>195,51</b>   |   |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <b>Totale kosten Beschikbaar tarief</b> |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <b>833,54</b>                           |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <b>817,6</b>                            |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <u>saldo per week</u>                   |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <u>-15,94</u>                           |



**ZZP 7**

Accent op OB/AB (bieden van duidelijke structuur), doelgroep dementerenden  
hulp bij ADL, complexere taken en structuur bieden

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van verzorgende en soms verpleegkundige en bieden van veilige omgeving met duidelijke structuur (PG)

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>     | <b>MW</b>       | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                      | <b>Schaal</b> | <b>Kosten<br/>woonzorg</b> | <b>Kosten indirect<br/>(overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |                               |
|-------------|--------------------|-----------------|-------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Planbaar    | OB                 | contactvz       | 40          | coördinatie                      | 35            | 15,65                      | 10,29                                 | 27,93           |                               |
| Planbaar    | OB                 | AB              | 60          | huiskamer/groepsverzorging       | 35            | 23,48                      | 15,43                                 |                 |                               |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende     | 150         | huiskamer/groepsverzorging       | 30            | 57,82                      | 38,58                                 |                 |                               |
| Planbaar    | OB                 | verzorgende     | 110         | stimuleren en structuur bij ADL  | 30            | 42,40                      | 28,29                                 |                 |                               |
| Planbaar    | DB                 | AB              | 10          | alg. act                         | 35            | 3,91                       | 2,78                                  |                 |                               |
| Planbaar    | PV                 | verzorgende     | 220         | ADL                              | 30            | 84,80                      | 52,91                                 |                 |                               |
| Planbaar    | VP                 | verzorgende     | 80          | ADL, extra                       | 35            | 31,31                      | 21,47                                 |                 |                               |
| Planbaar    | VP                 | verpleegkundige | 40          | ADL, extra (ingewikkelder taken) | 40            | 16,49                      | 10,73                                 |                 |                               |
| Onplanbaar  | zorg<br>(PV/VP/OB) | verzorgende     | 390         | onplanbare vraag                 | 35            | 152,64                     | 104,65                                |                 |                               |
| Nachtdienst | OB                 | verzorgende     | 30          | onplanbare vraag, nacht          | 30            | 16,77                      | 7,22                                  |                 |                               |
|             |                    |                 | <b>1130</b> |                                  |               | <b>445,28</b>              | <b>292,33</b>                         | <b>195,51</b>   | <b>Totale kosten 933,12</b>   |
|             |                    |                 |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>Beschikbaar tarief 966</b> |
|             |                    |                 |             |                                  |               |                            |                                       |                 | <b>saldo per week 32,88</b>   |

**ZZP 8**

Accent op OB/AB (begeleiding van sociale relaties enz. als gevolg van ziekte en ouderdom)

hulp bij ADL, soms zeer complexe taken en structuur bieden

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooraf inzet van verzorgende en verpleegkundige

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>  | <b>MW</b>                   | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                      | <b>Schaal</b> | <b>Kosten woonzorg</b> | <b>Kosten indirect (overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |                           |                |
|-------------|-----------------|-----------------------------|-------------|----------------------------------|---------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------------|----------------|
| Planbaar    | OB              | contactvz                   | 40          | coördinatie                      | 35            | 15,65                  | 10,29                             | 27,93           |                           |                |
| Planbaar    | OB              | AB                          | 60          | huiskamer/groepsverzorging       | 35            | 23,48                  | 15,43                             |                 |                           |                |
| Planbaar    | OB              | verzorgende                 | 150         | huiskamer/groepsverzorging       | 30            | 57,82                  | 38,58                             |                 |                           |                |
| Planbaar    | OB              | verzorgende                 | 110         | stimuleren en structuur bij ADL  | 30            | 42,40                  | 28,29                             |                 |                           |                |
| Planbaar    | DB              | AB                          | 10          | alg. act                         | 35            | 3,91                   | 2,78                              |                 |                           |                |
| Planbaar    | PV              | verzorgende verpleegkundige | 540         | ADL                              | 30            | 208,15                 | 129,87                            |                 |                           |                |
| Planbaar    | VP              | verzorgende                 | 160         | ADL, extra (ingewikkelder taken) | 40            | 65,98                  | 42,93                             |                 |                           |                |
| Onplanbaar  | zorg (PV/VP/OB) | verzorgende                 | 350         | onplanbare vraag                 | 35            | 136,98                 | 93,92                             |                 |                           |                |
| Nachtdienst | OB              | verzorgende                 | 30          | onplanbare vraag, nacht          | 30            | 16,77                  | 7,22                              |                 |                           |                |
|             |                 |                             | <b>1450</b> |                                  |               | <b>571,14</b>          | <b>369,29</b>                     | <b>195,51</b>   | <b>Totale kosten</b>      | <b>1135,94</b> |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <b>Beschikbaar tarief</b> | <b>1129,1</b>  |
|             |                 |                             |             |                                  |               |                        |                                   |                 | <u>saldo per week</u>     | <u>-6,84</u>   |

**ZZP 9**

Accent op persoonlijke verzorging met daarbij aandacht voor sociale relaties als gevolg van veranderende omgeving en ziekte

hulp bij ADL, complexere taken en structuur bieden

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooraf inzet van verzorgende en soms verpleegkundige en bieden van veilige omgeving met duidelijke structuur (PG)

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | Functie         | MW          | tijd | taak                             | Schaal | Kosten woonzorg | Kosten indirect (overhead) | Verblijf      |                                 |
|-------------|-----------------|-------------|------|----------------------------------|--------|-----------------|----------------------------|---------------|---------------------------------|
| Planbaar    | OB              | contactvz   | 40   | coördinatie                      | 35     | 15,65           | 10,29                      | 27,93         |                                 |
| Planbaar    | OB              | helpende    | 10   | inloop groep                     | 25     | 3,61            | 2,57                       |               |                                 |
| Planbaar    | OB              | verzorgende | 180  | stimuleren bij ADL, praatje enz. | 30     | 69,38           | 46,29                      |               |                                 |
| Planbaar    | DB              | AB          | 10   | alg. act                         | 35     | 3,91            | 2,78                       |               |                                 |
| Planbaar    | PV              | verzorgende | 400  | ADL                              | 30     | 154,18          | 96,20                      |               |                                 |
| Planbaar    | VP              | verzorgende | 140  | ADL, extra                       | 35     | 54,79           | 37,57                      |               |                                 |
| Onplanbaar  | zorg (PV/VP/OB) | verzorgende | 130  | onplanbare vraag                 | 35     | 50,11           | 34,88                      |               |                                 |
| Nachtdienst | OB              | verzorgende | 20   | onplanbare vraag, nacht          | 30     | 11,18           | 4,81                       |               |                                 |
|             |                 |             | 930  |                                  |        | <b>362,83</b>   | <b>235,38</b>              | <b>195,51</b> | <b>Totale kosten 793,72</b>     |
|             |                 |             |      |                                  |        |                 |                            |               | <b>Beschikbaar tarief 795,2</b> |
|             |                 |             |      |                                  |        |                 |                            |               | <u>saldo per week 1,48</u>      |

**ZZP 10**

Accent op verpleging en verzorging in terminale fase, verder is er tijd en ruimte voor psychosociale begeleiding verpleegtechnische handelingen en dagelijkse zorg bieden

Gevolgen voor personeelsinzet:

Vooral inzet van verzorgende en soms verpleegkundige

## Voorstel tijdsinzet per week

|             | <b>Functie</b>  | <b>MW</b>       | <b>tijd</b> | <b>taak</b>                                  | <b>Schaal</b> | <b>Kosten woonzorg</b> | <b>Kosten indirect (overhead)</b> | <b>Verblijf</b> |   |                |
|-------------|-----------------|-----------------|-------------|--|---------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------|---|----------------|
| Planbaar    | OB              | contactvz       | 40          | coördinatie                                  | 35            | 15,65                  | 10,29                             | 27,93           |   |                |
| Planbaar    | OB              | AB              | 20          | psychosociale begeleiding                    | 35            | 7,83                   | 5,14                              |                 |   |                |
| Planbaar    | OB              | verzorgende     | 50          | stimuleren en structuur bij ADL              | 30            | 19,27                  | 12,86                             |                 |   |                |
| Planbaar    | DB              | AB              | 10          | alg. act                                     | 35            | 3,91                   | 2,78                              |                 |   |                |
| Planbaar    | PV              | verzorgende     | 635         | ADL  | 30            | 244,77                 | 152,72                            |                 |   |                |
| Planbaar    | VP              | verzorgende     | 480         | ADL, extra                                   | 35            | 187,86                 | 128,80                            |                 |   |                |
| Planbaar    | VP              | verpleegkundige | 30          | ADL, extra (ingewikkelder taken) oproepbasis | 40            | 12,37                  | 8,05                              |                 |   |                |
| Onplanbaar  | zorg (PV/VP/OB) | verzorgende     | 315         | onplanbare vraag                             | 35            | 123,28                 | 84,53                             |                 |   |                |
| Nachtdienst | OB              | verzorgende     | 30          | onplanbare vraag, nacht                      | 30            | 16,77                  | 7,22                              |                 |   |                |
|             |                 |                 | <b>1610</b> |  |               | <b>631,72</b>          | <b>412,37</b>                     | <b>195,51</b>   | <b>Totale kosten Beschikbaar tarief</b> | <b>1239,60</b> |
|             |                 |                 |             |  |               |                        |                                   |                 | <b>1236,9</b>                           |                |
|             |                 |                 |             |  |               |                        |                                   |                 | <u>saldo per week</u>                   | <u>-2,70</u>   |

**Bijlage 7: ZZPscorelijst, versie 2.0**