

Praktijkartikel

In de ban van de ZZP?

Zorgzwaarte en het pakket van de verpleeghuisarts

Wilco Achterberg* , verpleeghuisarts, Dinnus Frijters* , senior onderzoeker, Henrica C.W. de Vet** , hoogleraar klinimetrie

Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde jaargang 33, nummer 2 (2008) p. 50-52

Inhoud

- [Inleiding](#)
- [Slotpleidooi](#)
- [Referenties](#)

VUmc, afdeling verpleeghuisgeneeskunde
VUmc, EMGO Instituut

Inleiding

Een belangrijk onderdeel van de modernisering van de AWBZ is een nieuw systeem van zorgzwaartebekostiging voor de V & V sector (verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg). Voor elke zorgvrager wordt berekend op welk zorgzwaartepakket (ZZP) hij of zij recht heeft. Een ZZP is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat deze nodig heeft. Een ZZP bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een cliëntprofiel), het aantal benodigde uren zorg en een beschrijving van die zorg. Aan ieder ZZP hangt een (maximale) prijs. VWS gaat uit van 45 verschillende ZZP's voor de drie sectoren binnen de intramurale zorg; 10 voor de verpleging en verzorging (zie Tabel 1), 7 voor de geestelijke gezondheidszorg en 28 voor de gehandicaptenzorg.¹

De scorelijst die aan deze ZZP ten grondslag ligt is door het bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) in opdracht van en in afstemming met VWS opgesteld. De lijst bevat 54 vragen. Op basis van de antwoorden op deze vragen wordt een cliënt een ZZP toegewezen.

In dit artikel zullen we de methode waarmee de ZZP's bepaald zijn becommentariëren en vervolgens de consequenties voor toepassing in verpleeghuizen benoemen.

Als voorbeeld, de eerste vraag is:

Is er hulp en/of begeleiding nodig in verband met oriëntatie in tijd?

- 0) nee, de cliënt heeft hierbij géén hulp, toezicht of sturing nodig
- 1) ja, de cliënt heeft hierbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig (gemiddeld 1 tot 6 keer per week)
- 2) ja, de cliënt heeft hierbij vaak hulp, toezicht of sturing nodig (gemiddeld 1 tot 2 keer per dag)
- 3) ja, de cliënt heeft hierbij continu hulp, toezicht of sturing nodig (gemiddeld 3 of meer keren per dag)

Is de methodiek betrouwbaar en valide?

Het invullen van de scorelijsten heeft de instellingen veel tijd gekost en gaat hen in de toekomst bij aanvraag van herindicatie van het zorgzwaartepakket van een cliënt wederom tijd kosten. Voor nieuw op te nemen cliënten zal de scorelijst door het Centrum Indicatiestelling Zorg worden ingevuld. De Nederlandse Zorgautoriteit i.o.

(voorheen CTZ) stelt in de toezichttoets Zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ zorg: "Voor een efficiënte vaststelling of AWBZ-uitgaven rechtmatig zijn, is het noodzakelijk dat alle partijen in de zorgverleningen controleketen kunnen steunen op voldoende en betrouwbare gegevens..."² De ontwikkelaars hebben tot voor kort geen informatie verstrekt over hoe de vragenlijsten tot stand zijn gekomen, en ook niet over de betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst. In september 2007 is een artikel gepubliceerd, waarin deze ZZP-vragenlijst voor het eerst publiek-wetenschappelijk is geëvalueerd.³ Tien van de 54 vragen in de scorelijst scoorden in dat onderzoek een onvoldoende, interbeoordelaarbetrouwbaarheid (gewogen Cohen's kappa <0,40) en nog eens zestien vragen scoorden matig (0,40 – 0,60). Ook op interbeoordelaarbetrouwbaarheid scoorden zeven vragen onvoldoende en nog eens vijftien matig. Daarnaast waren er aanwijzingen dat een fors aantal vragen overbodig waren.^{3,4} Met andere woorden, de lijst is gewoon te lang.

Vervolgens heeft Bureau HHM in oktober 2007 op de website van VWS haar eerste klinimetrische gegevens openbaar gemaakt.⁵ Zij concluderen dat dit systeem om ZZP toe te wijzen betrouwbaar en valide is en beargumenteren dat als volgt:

1. Zij baseren de validiteit van de meetschalen binnen de vragenlijst op een hoge waarde voor de interne consistentie, gemeten met Cronbach's alpha (6 van de 10 schalen scoorden boven de 0,90).

2. Zij beschouwen de betrouwbaarheid als goed, omdat de Pearson r-correlatie tussen invuller en controleur hoog is (tussen de 0,75-0,91).
3. Vervolgens worden er som-variabelen gemaakt. Ook voor deze somvariabelen geldt dat Cronbach's alpha en Pearson r-correlatie hoog is (0,68-0,96).

Echter de methode die zij hebben gebruikt om tot deze conclusies te komen is volstrekt ontoereikend, om de volgende redenen:

Ad 1:

Een hoge Cronbach's alfa wil niet zeggen dat de lijst valide is: het betekent dat er een hoge onderlinge consistentie is tussen hetgeen deze items meten- of anders gezegd: de antwoorden van verschillende items lijken op elkaar. Er wordt dan gemakshalve van uitgegaan dat daarmee gemeten wordt wat het instrument beoogt te meten, maar dat is zeker niet vanzelfsprekend. Een te hoge Cronbach's alfa ($> 0,90$) wijst zelfs meestal op een aantal overbodig items- de overlap in antwoorden is dan zo groot dat de andere vraag geen extra informatie meer oplevert.

Ad 2:

Een Pearson r-correlatie zoals gebruikt door HHM is geen goede maat voor interbeoordelaarbetrouwbaarheid, o.a. omdat deze geen rekening houdt met systematische fouten: als de tweede invuller consistent lager scoort, is de correlatie optimaal, terwijl dat wel tot andere toewijzing van ZZP's kan leiden. Als betrouwbaarheidsparameter heeft een Intraclass correlatie-coëfficiënt (ICC) altijd de voorkeur boven een Pearson correlatie coëfficiënt, omdat de ICC wél systematische verschillen meerekent, en de door HHM gebruikte methode niet. Verder spreekt men van een invuller en een controleur, hetgeen er op wijst dat hier geen sprake was van twee onafhankelijke beoordelingen.

Ad 3:

Er wordt niets inhoudelijks gezegd over hoe de zogenaamde "som-variabelen" en de schalen geconstrueerd zijn. Daardoor ontbreekt het inzicht hoe men tot deze somscores is gekomen. Dit inzicht is noodzakelijk voor een beoordeling van de validiteit: Is het volgens experts logisch om bepaalde items bij elkaar op te tellen (dit wordt ook wel 'face validity' genoemd)? Bovendien wordt er niet gerapporteerd over de correlatie tussen de schalen. In het algemeen is het zo dat de betrouwbaarheid van schalen en somscores, of combinaties van items, altijd hoger is dan de betrouwbaarheid van individuele items. Slecht scorende items (items die eigenlijk niets toevoegen) worden door beter scorende items gecompenseerd. Het is daarom 'good practice' om de slecht scorende items eruit te halen, omdat die er niet toe doen en de bron zijn van overbodige bureaucratische handelingen. De door HHM gebruikte methode tracht de overbodigheid van vele items te maskeren met semi-wetenschappelijk taalgebruik. HHM heeft het onderzoek ook niet aan een peer-reviewed tijdschrift aangeboden, de gebruikelijke weg om onafhankelijke deskundigen een oordeel over de methode te laten vellen.

Is de methodiek bruikbaar om verandering van functioneren in te schatten?

Het wetenschappelijke antwoord hierop is kort maar krachtig: daar is niets over bekend. De vraag wanneer verandering in functioneren van onze cliënten omgezet wordt in een andere ZZP is voor onze praktijk wel zeer interessant. Onze cliënten komen binnen met een bepaalde ZZP. Al onze cliënten veranderen vervolgens in functioneren: de revalidanten knappen (vaak) op, chronisch verblijfspatiënten kenmerken zich of door langzame achteruitgang, of door snelle achteruitgang, soms ook wisselen periodes van meer en minder problemen elkaar af. Zo zal een revalidant (ZZP 9) eens naar huis kunnen met thuiszorg (bijv ZZP 2), of er wordt besloten dat hij in het verpleeghuis gaat blijven (bijv ZZP 5). Demente patiënten kunnen periodes van relatief weinig zorg afwisselen met periodes met (ernstige) gedragsproblemen (ZZP van 4-7). Willen we de instelling, de cliënt en de maatschappij niet tekort doen, dan is het zaak om alle veranderingen in het zorgplan te toetsen aan de ZZP: is wat we nu afspreken nog binnen de geïndiceerde ZZP? Is de patiënt echt klaar met revalideren? In het zorgproces wordt de alertheid over de juiste ZZP dus erg belangrijk. Het grote probleem is nu, dat de rekenregels waarop cliënten in een andere ZZP vallen nog steeds geheim zijn. Dat betekent dat wij alert moeten zijn op veranderingen die wij niet mogen weten. Bovendien werkt het zeer frustrerend om regelmatig, eventueel verkorte, vragenlijsten in te moeten vullen die niets toevoegen aan de zorgverlening. Het is een ongewenste bureaucratische belasting voor het kernteam dat de zorg levert. Er zullen handen van het bed naar het bureau moeten om de indicatiemolen te laten draaien.

Kan de verpleeghuisarts het ZZP-gebeuren aan het management over laten?

Nee. Volgens het takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater behoort de verpleeghuisarts te controleren of de indicatie tot zorg op ieder moment nog de juiste is.⁶ Met de komst van de ZZP's is deze taak van betrekkelijk eenvoudig, tot erg ingewikkeld geworden. Er resten ons hier slechts twee mogelijkheden: of de NVVA trekt deze taak terug, of er komt een verplichte nascholing waarin wordt uitgelegd waar verpleeghuisartsen op moeten letten bij het bewaken van de juiste ZZP indicatie. Zullen wij ingewijd worden in het geheim van de ZZP's, of zullen wij de opdracht krijgen van onze werkgevers zo hoog mogelijk te scoren, of wellicht luisteren naar onze cliënten, die nog niet naar huis willen, of ons houden aan de ZZP en de termijn die het CIZ daaraan heeft gekoppeld, hetgeen vaak binnen 8 minuten, oppervlakkig en telefonisch tot stand is gekomen?

Is de methodiek bruikbaar in de klinische praktijk?

Een positief antwoord op deze vraag zou een deel van de voorgaande bezwaren wegnemen, maar helaas is het antwoord hierop ook NEE. De ZZP geeft een gemiddeld aantal uren verzorging en behandeling. Zo is dat voor de revalidatiecliënten 4 uur gemiddeld. Het is interessant om het verschil op te merken met het (volgens nationale en internationale standaarden) gewenste aantal uren behandeling bij revalidatie na een CVA: 48 minuten fysiotherapie per dag en minimaal 6 dagen per week,⁷ met daarnaast volgens dezelfde richtlijn ook een consult van een psycholoog en ergotherapeutische en verpleeghuisarts inzet. Goede revalidatiezorg voor de patiënt met een CVA lijkt met de ZZP 9 niet te leveren in het verpleeghuis.

Er blijven dus nog vele vragen open: is de ZZP 9 anders voor CVA cliënten dan voor heupfractuur cliënten? Is de spreiding in behandeluren binnen de ZZP 9 zodanig dat patiënten na de meest intensieve behandelperiode ook in de fase waarin zij hun doelen al bereikt hebben toch binnen deze ZZP blijven vallen? Het uitgangspunt van het gebruik van het gemiddeld aantal uren behandeling per groep doet dit inderdaad vermoeden. Een patiënt die volgens het oude stelsel is uitgerevalideerd, is wellicht een patiënt die onderaan in de normaalcurve van ZZP 9 valt.

Slotpleidooi

De ZZP scorelijst is een belangrijk element in de omvangrijke operatie die de herstructurering van de financiering van de AWBZ is. Deze kost de V&V-sector niet alleen veel tijd, maar heeft ook belangrijke consequenties voor taken en vergoedingen. Het is daarom onbegrijpelijk dat zo slecht gekeken wordt naar de kwaliteit van de meeteigenschappen van dit systeem. De vragenlijst met 54 vragen is veel te lang. Gezien het feit dat deze lijsten voor alle patiënten in de toekomst regelmatig ingevuld moeten worden, is het belangrijk dat overbodige vragen en onbetrouwbare vragen er uitgehaald worden. Ook de onzichtbaarheid van de inhoud is een groot probleem. Het is voor verpleeghuisartsen daardoor ondoenlijk de juiste ZZP-indicering te controleren. Verder lijkt de face validiteit laag, hetgeen het vertrouwen van de verpleeghuisarts in de lijst niet ten goede komt. Dus de inhoud is nu onzichtbaar en de kwaliteit is twijfelachtig en zeker niet controleerbaar. De verpleeghuisarts kan hier niet mee vooruit.

Tabel 1. De zorgzwaartepakketten (ZZP) in de sector Verzorging en Verpleging (V&V)

ZZP grondslag	Cliëntprofiel	Totaal uren zorg	Totaal uren behandeling
1 Beschut wonen met enige begeleiding	-De 'lichte' bewoner in het verzorgingshuis/verpleeghuis -Partners van verzorgingsbehoeftige bewoners met zelf een lichte verzorgingsbehoefte.	4,5	-
2 Beschut wonen met begeleiding en verzorging	-De 'gemiddelde' bewoner van het verzorgingshuis/verpleeghuis -Tijdelijk verblijvenden in het verzorgingshuis ten behoeve van herstel/ of als gevolg van een tijdelijk falend cliëntsysteem.	7	-
3 Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	-Bewoners somatische meerzorg in het verzorgingshuis. -Lichte somatische bewoners verpleeghuis.	11	1,5
4 Beschut wonen met dementiezorg	-Bewoners met een matig dementieel syndroom. -Eventueel is sprake van bijkomende psychiatrische problematiek. -Bewoners met PG meerzorg in het verzorgingshuis.	13	1,5
5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	-Ernstig dementerende bewoners.	18	1,5
6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	-Jong dementerende bewoners. -Ernstige somatische beperkingen, waardoor veel begeleiding en veel directe zorg nodig is.	18	1,5
7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	-Complexe NAH in combinatie met jong volwassenheid of demen- tie in combinatie met jong volwassenheid -Psychiatrie in combinatie met somatische ouderdomsklachten	23	2
8 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege	-Ernstige somatische beperkingen bij specifieke aandoeningen/ziek-	27	2

	ZZP grondslag	Clientprofiel	Totaal uren zorg	Totaal uren behandeling
	specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	tes, (Huntington, ALS, ademhalings-ondersteuning, etc)		
9	Herstelgerichte verpleging en verzorging	-Revalidatiecliënten in het verpleeghuis.	20	4
10	Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	-Cliënten in de terminale levensfase (palliatieve zorg). -Hospice zorg	30	2

* VUmc, afdeling verpleeghuisgeneeskunde

VUmc, EMGO Instituut

** VUmc, EMGO Instituut

Correspondentie: wp.achterberg@vumc.nl

Referenties

1. Website VWS: www.MinVWS.nl, 2006.
2. (http://www.ggzbeleid.nl/pdfdbc/fb_zs_toetszps_0609.pdf)
3. Frijters D, Achterberg W. Betrouwbaarheid van de Zorgzwaartepakket (ZZP) scorelijst. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2007 Aug;38(4):165-72.
4. http://medischcontact.artsennet.nl/content/dossiers/208510144/7463675/AMGATE_6059_138_TICH_R20471288009622/
5. http://www.minvws.nl/images/aanscherping-zzp%27s-en-algoritmen-v2.0_tcm19-154221.pdf
6. Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater, NVVA, Utrecht 2003
7. http://nvva.artsennet.nl/uri?uri=AMGATE_6059_113_TICH_R204384802895459

© 2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten



Praktijkartikel

In de ban van de ZZP - 2

De component behandeling en de verpleeghuisartsenformatie

Luc Van Houdt*, verpleeghuisarts

Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde jaargang 33, nummer 4 (2008) p. 129-129

Samenvatting

Op de vraag hoeveel formatie verpleeghuisarts nodig is om verpleeghuisbewoners op een verantwoorde wijze te behandelen kon vooralsnog geen eensluidend antwoord worden geven. Ook op basis van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg kan deze vraag niet beantwoord worden. De beroepsvereniging beschikt eveneens niet over richtlijnen of aanbevelingen.

In dit artikel wordt uiteengezet dat de component behandeling, die deel uitmaakt van elk zorgzwaartepakket, een goed houvast biedt om de formatie behandelaars in het algemeen en verpleeghuisartsen in het bijzonder te berekenen, vooralsnog uitsluitend voor de intramurale zorgverlening.

De berekening aan de hand van de ZZP's, die onderbouwd werd door studie- en adviesbureau's, resulteert daarmee gewoonlijk in een grotere formatie dan de klassieke berekeningen zoals 1/100 voor verblijfscliënten, 1/50 voor revalidanten.

Ter toelichting wordt enkele jaren teruggedaan in de AWBZgeschiedenis en worden er verbanden gelegd tussen verschillende onderzoeken van Arcades, KPMG en HHM. Het begrip 'cliëntgebonden-tijd', van essentieel belang in de ZZP's, wordt duidelijk gedefinieerd. Kritische kanttekeningen worden gemaakt bij het recente tijdsbestedingsonderzoek en bij de acties van de NZA en HHM om de ZZP-scores zo laag mogelijk te laten uitkomen.

Tenslotte wordt de discrepantie tussen de klassieke formatieberekening en de berekening aan de hand van de ZZZ's besproken. Bij onderhandelen over de formatie kan dit artikel ondersteuning bieden.

De volledige tekst van dit artikel staat op de website van de NVVA, www.verpleeghuisartsen.nl, te raadplegen via een link op de homepage.

* Verpleeghuis Cornelia Allévo, Zierikzee

Correspondentie: luc_vanhoudt@telenet.be

© 2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten



Redactioneel

Nog volop werk aan de ZZZ-winkel

Jos Konings*

Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde jaargang 34, nummer 1 p. 2-2

'Het systeem dat ooit werd ontwikkeld als een systeem voor individuele zorg-zwaartebekostiging, dreigt te verworden tot een budget- en tariefstelsel met de NZa als speelleider en de zorgvragers en zorgaanbieders als willoze pionnen.' Met deze zin sluiten Slaghuis en Plagge hun kritische artikel in *Medisch Contact* 1 over de invoering van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de chronische zorg af. Volgens de auteurs wordt een in zijn uitgangspunten goed systeem van aan zorgzwaarte gerelateerde financiering in zijn uitwerking afgeraffeld. Tot op heden is nog niet volledig te overzien wat de negatieve gevolgen voor cliënten en hulpverleners zullen zijn. Het 'budget neutraal' invoeren van de ZZZ's blijkt een lastige operatie met tot op het laatste moment bestaande onduidelijkheden onder meer over de hoogte van de tarieven. Begin november jl. werden de tarieven vrijgegeven, waarbij nog maar moet blijken hoe definitief de bedragen zijn. Als officiële invoerdatum voor de ZZZ's geldt 1 januari 2009, maar ook dit jaar geldt net als 2008 als een soort overgangsjaar waarin ook nog rekening gehouden zal worden met de oude tariefstelling. Frijters, Achterberg e.a. 2,3 kritiseerden al de validiteit en betrouwbaarheid van de door Bureau HHM ontwikkelde meetschalen binnen de vragenlijst die de grondslag vormt voor het ZZZ-systeem. Er blijkt bovendien nog helemaal niets bekend te zijn over de bruikbaarheid van de methodiek om de verandering van functioneren in te schatten.

Van Houdt 4 gaf een schets van de ontwikkeling van de functiebehandeling binnen de ZZZ's met voor de beroepsgroep veel bruikbare informatie met name over de totstandkoming van de hoeveelheid urenbehandeling. Voor CVA-revalidatie is echter overduidelijk dat de gemiddeld beschikbare vier uur per week voor alle behandel disciplines volstrekt niet voldoet en ver onder de nationale en internationale professionele standaardnorm ligt. Ondertussen wordt in voorlichtingsmateriaal voor cliënten 5 de toon gezet met betrekking tot de gemiddelde hoeveelheid zorg- (en behandeltijd waar de cliënt recht op zou hebben, en dus per individu zou kunnen worden afgedwongen. Wat op basis van uitvoerige registraties gedurende langere tijd bij vele cliënten als gemiddelde zorg- en behandeltijd tot stand is gekomen, wordt door de bureaucraten van ministerie en zorgkantoren als norm genomen voor de individuele cliënt. Elke behandelaar met beide benen in de dagelijkse praktijk weet dat dit een volstrekt onzinnige redenering en aanpak is. Als een dergelijke aanpak doorgang zou vinden, weten we één ding zeker, namelijk dat een deel van de cliënten veel te weinig zorg en behandeling zal krijgen. Afhankelijk van de zorgbehoefte zullen bepaalde cliënten namelijk ook het dubbele of driedubbele van de gemiddelde zorg- en behandeltijd moeten kunnen krijgen.

Ook binnen zorginstellingen zelf blijken er managers te zijn die in eerste instantie meer geneigd zijn mee te gaan in de redenering van de bureaucraten. Het kost daar verpleeghuisartsen de nodige discussies om het management tot andere gedachten te bewegen.

Uit gesprekken met collega-verpleeghuisartsen uit andere zorginstellingen ontstaat de indruk dat iedereen bezig is het ZZZ- wiel uit te vinden. Zowel met betrekking tot de onontkombare implementatie van de ZZZ's in ons werk als het kritisch volgen en reageren op daaruit voortvloeiende problemen in de dagelijkse praktijk is informatie- en krachtenbundeling noodzakelijk. Hierbij lijkt een coördinerende rol weggelegd voor de NVVA.

* hoofdredacteur.

Email: hoofdredacteur@verpleeghuisartsen.nl

Literatuur

1. Slaghuis R, Plagge H. Afronding afgeraffeld. *Med Contact* 2008; 63: 1780-1782.
2. Frijters D, Achterberg W. Betrouwbaarheid van de Zorgzwaartepakket (ZZP) scorelijst. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38: 65-72.
3. Achterberg W, Frijters D, Vet H de. In de ban van de ZZZ. *Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde* 2008; 33: 50-52.
4. Houdt van L. In de ban van ZZZ-2. *Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde* 2008; 33: 129.
5. Gebruikersgids Zorgzwaartepakketten Verpleging en Verzorging. PWC advisory en BureauTaal, 2009.

