

HET ZORGZWAARTE-INSTRUMENT: EEN TIJDSREGISTRATIE-ONDERZOEK

Ben SCHOUTEN, Leen VANERMEN en Paul CAES¹

In het kader van de reorganisatie van de financiering van personen met een handicap werkte de overheid (het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, VAPH) aan een zorgzwaarte-instrument (ZZI). Het instrument bestaat uit een set van schalen die moet toelaten de zorgzwaarte van een persoon met handicap in te schatten op basis van drie parameters: Begeleidingsintensiteit (B), Permanentie (P) en Nachtpermanentie (N). Recent stelde het VAPH het 'ZZI versie 2012' voor. De validiteit en betrouwbaarheid van dit instrument werd door de studiecél van het VAPH uitgebreid onderzocht.

Parallel aan het VAPH-onderzoek nam vzw Stijn samen met vier andere vzw's het initiatief een tijdsregistratie-onderzoek op te zetten met als doel na te gaan welke factoren de persoonsgebonden zorgtijd aan personen met een handicap bepalen. De medewerking van het VAPH in dit onderzoek maakte het mogelijk de parameters die resulteren uit het ZZI (B, P, N) te vergelijken met de geregistreerde zorgtijd. Van 260 proefpersonen uit 42 (voornamelijk residentiële) voorzieningen werd het zorgzwaarte-

instrument afgenomen, werd de persoonsgebonden zorgtijd in verschillende categorieën geregistreerd en werden een reeks bijkomende variabelen verzameld.

De resultaten tonen aan dat het grootste deel van de één-op-één zorgtijd gaat naar hulp die nodig is omwille van een tekort aan basiszelfredzaamheid. Dit stuk van de zorgtijd, ook wel ADL genoemd, kan goed voorspeld worden door zelfredzaamheidsschalen zoals de Barthel of de schaal Guy Vanden Boer. Het overige deel van de zorgtijd is veel moeilijker te voorspellen. De resultaten bevestigen ook de rangorde van de B-waardes berekend door het ZZI. Hogere B-waarden worden geassocieerd met hogere tijdswaarden. De relatie tussen zorgtijd en B-waarden is echter niet rechtlijnig. Uitgedrukt in tijd zijn de verschillen tussen hoge B-waarden groter dan de verschillen tussen lagere B-waarden. De B- en P-waarden die resulteren uit het ZZI mogen dus niet als absoluut geïnterpreteerd worden. Dit heeft belangrijke implicaties voor hoe het ZZI kan gebruikt worden in het individueel toekennen van middelen.

¹ De auteurs zijn allen verbonden aan de vzw Stijn. Ben Schouten als stafmedewerker onderzoek, Leen Vanermen is directeur van Groenhoeve en Paul Caes is directeur-coördinator. Contact: onderzoek@cc.stijn.be.

Zorgzwaarte-meting: op zoek naar een alternatief

In de komende jaren zal de financiering van de sector die zich ten dienste stelt van Personen met een Handicap (PmH) een belangrijke metamorfose ondergaan. Financiering van voorzieningen zal evolueren naar een financiering van personen. Het uiteindelijke doel van deze hervorming is een rechtvaardige koppeling van middelen aan de zorgzwaarte van een PmH. Een grotere behoefte aan ondersteuning rechtvaardigt immers een groter budget om de ondersteuning te realiseren. Het spreekt voor zich dat een goede inschatting van de zorgzwaarte van de PmH hiervoor onontbeerlijk is. Daarom ontwikkelde het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een 'zorgzwaarte-instrument' (ZZI).

Het ZZI berekent op basis van een set van schalen drie parameters die een indicatie van de zorgzwaarte geven: Begeleidingsintensiteit (B), Permanentie (P) en Nachtpermanentie (N). Voor een gedetailleerde voorstelling van het ZZI verwijzen we naar het artikel van Sofie Heymans en Catherine Molleman in dit nummer. Recent stelde het VAPH het 'ZZI versie 2012' voor. Om de validiteit en betrouwbaarheid van het ZZI te testen, zette de studiecél van het VAPH een groot onderzoek op (Heymans & Molleman, 2013), verder het 'VAPH-onderzoek' genoemd.

Om de B- en P-waarden die uit het ZZI naar voor kwamen af te toetsen, werden in het VAPH-onderzoek zogenaamde **referentiewaarden** gebruikt. De referentiewaarden zijn gebaseerd op de subjectieve inschattingen van de B- en P-waarden door de inscalers en informanten die aanwezig waren bij de afname van het ZZI. Dit subjectieve criterium wordt gebruikt omdat een 'gouden standaard' ontbreekt. De 'ware zorgzwaarte' is immers niet gekend. Toch moeten op één of andere manier de parameterwaarden

die resulteren uit het ZZI, kunnen worden afgetoetst. De subjectieve inschatting door inscalers en informanten is dan een voor de hand liggende informatiebron.

Er is echter ook **een alternatieve referentie** die gebruikt kan worden als indicatie van de zorgzwaarte van een persoon, namelijk de **zorgtijd** die effectief besteed wordt aan de PmH. Hoewel zorgtijd ook geen 'gouden standaard' is, biedt het wel een meetbaar en objectiveerbaar alternatief. Vanuit deze overtuiging namen vzw Stijn, Provinciaal Broeders van Liefde vzw, de Kade vzw, vzw Dominiek Savio en Emmaüs vzw het initiatief om parallel aan het VAPH-onderzoek een tijdsregistratie-onderzoek op te zetten.

Een tijdsregistratie-onderzoek

Het uitgangspunt van het tijdsregistratie-onderzoek is dat zorgzwaarte en zorgtijd rechtstreeks gerelateerd zijn. Ondersteuning vergt immers tijd. Personeel maakt 85% uit van de middelen die in de sector worden ingezet, en inzet van personeel kan worden uitgedrukt in voltijds equivalenten, uren op jaarbasis, minuten op dagbasis, dus tijd. Concreet wilde het tijdsregistratie-onderzoek nagaan wat goede voorspelers zijn van persoonsgebonden zorgtijd besteed aan een bepaalde persoon met een handicap. Net zoals in het onderzoek van het VAPH werd van een groep personen met een handicap het ZZI afgenomen, maar bijkomend werd van dezelfde proefgroep ook een reeks andere variabelen verzameld en werd de persoonsgebonden tijd besteed aan zorg geregistreerd.

De aanvullende informatie die het tijdsregistratie-onderzoek kon opleveren, overtuigde het VAPH om aan het tijdsregistratie-onderzoek mee te werken. Tussen de studiecél van het VAPH en de onderzoekers van vzw Stijn werden, met respect voor de privacy van de deelnemers,

onderzoeksgegevens uitgewisseld. Concreet maakte de samenwerking het mogelijk om de parameters die voor een bepaalde persoon met een handicap werden berekend met de rekenregels van het ZZI (B, P, N), te vergelijken met de persoonsgebonden zorgtijd die effectief werd besteed aan deze persoon.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de opzet van het tijdsregistratie-onderzoek en de toegepaste statistische technieken verwijzen we naar een uitgebreid onderzoeksrapport (Schouten & Vanermen, 2013), dat beschikbaar is op de website van vzw Stijn (www.stijn.belonderzoek). Hieronder vatten we de belangrijkste aspecten van de methodologie, resultaten en conclusies van het tijdsregistratie-onderzoek samen.

Deelnemende organisaties en proefgroep

Vijf **organisaties**, die samen bestaan uit 15 voorzieningen, namen het initiatief om dit onderzoek op te zetten. Het gaat om de vzw Stijn, met de voorzieningen Sint Oda, 't Weyerke, Sint Gerardus, Klimroos, Klavertje en De Witte Mol; het Provinciaal Broeders van Liefde vzw, met O.C. Broeder Ebergiste, Sint Ferdinand, De Beweging, Sint Idesbald en Clara Fey; De Kade vzw, met Spermalie en Het Anker, de vzw Dominiek Savio en Emmaüs vzw. Bijkomend verleenden nog eens 27 voorzieningen hun medewerking: Huize Walden, De Meander, Groep Ubuntu (De

Feniks), Ter heide, De Lovie, Thuishaven-Ritmica, De klinkaard, Rotonde, Openluchtopvoeding, Sint Elisabeth, de Branding, ter engelen, De Lier, vzw Den Brand, t Volderke, De Triangel, humival, begeleid wonen tweb, Emiliani, De Hoeve, Maria Ter Engelen, Ter Dreve, Pegode, Huize Eigen Haard, Dagcentrum DAG, vzw Intesa en Heuvelheem.

De **proefgroep** bestond vooral uit personen met een handicap in een residentiële setting (64% nursingtehuis, 26% bezigheidstehuis, 7% tehuis werkenden, 1% dagcentrum, 2% beschermd wonen). Van 260 proefpersonen uit 42 voorzieningen werd de persoonsgebonden zorgtijd in verschillende categorieën geregistreerd, het zorgzwaarte-instrument (ZZI) afgenomen en werden een reeks bijkomende variabelen verzameld.

Directe tijd

Gedurende exact één week (7 dagen, 24 uur op 24) werd de tijd, die besteed werd aan directe één op één zorg gemeten. **Directe tijd** wordt gedefinieerd als 'zorgtijd die in een rechtstreekse relatie (contact) met één zorggebruiker wordt besteed'. Bij de registratie werd de Directe tijd ingedeeld in één van 11 mogelijke categorieën (zie Tabel 1). De indeling in categorieën gaf informatie over het type van de één op één zorg waaraan tijd werd besteed.

Tabel 1: Categorieën Directe tijd en hun afkorting

Categorie Directe tijd	Afkorting
Assistentie bij lichamelijke activiteiten	ADL
Assistentie bij huishoudelijke activiteiten	HDL
Assistentie bij maatschappelijke integratie	MTS
Begeleiding	BEG
Hulp bij verplaatsing	VER

Aanbod van en ondersteuning bij werk/dagactiviteiten	DAG
Aanbod van en ondersteuning van vrijetijdsactiviteiten	VRIJ
Ontwikkelingsbegeleiding en training	ONTW
Therapie	THER
Medisch-verpleegkundige zorg	MV
Ondersteuning bij zoeken en aanpassen van hulpmiddelen	HULP

Schaalwaarden ZZI

De schaalwaarden van de instrumenten waaruit het ZZI is opgebouwd, fungeerden als een eerste set van gegevens waarmee de tijdsgegevens konden vergeleken worden. Van elke persoon met een handicap werd het ZZI afgenomen door opgeleide professionals uit het werkveld of medewerkers van de MDT's (Multidisciplinaire Teams erkend door het VAPH). Het ZZI bestaat uit de volgende schalen: Support Intensity Scale (SIS), Barthel, Elida, Storend gedragsschaal (SGZ), Schaal Leen Vanermen (LVE; Vanermen, 2009), en de screeninglijst Sociaal Emotioneel Functioneren (SOCEMO). Voor een gedetailleerde uitleg over deze schalen en naar welke onderliggende factor van zorgzwaarte ze peilen, verwijzen we naar het artikel van Sofie Heymans en Catherine Molleman.

Extra variabelen

In aanvulling werd een set extra gegevens verzameld over de persoon met handicap, namelijk de leeftijd, de graad van verstandelijke, motorische, visuele, auditieve, en communicatieve handicap, de aanwezigheid van een psychiatrische diagnose, autismespectrumstoornis en epilepsie. Ook de schaal Guy Vanden Boer (GVDB) en Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP) werden afgenomen. De schaal Guy Vanden Boer is een schaal die peilt naar de ondersteuningsbehoefte op vlak van elementaire zelfredzaamheid

door aspecten na te gaan als ondersteuning bij eten, toiletgebruik, kleden enz. Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP) is een schaal die peilt naar gedragsproblemen, de aanpak hiervan en de effectiviteit van deze aanpak.

Resultaten

Eerst gaan we kort in op de tijdsgegevens zelf. Daarna bekijken we de relatie van de tijdsgegevens met de schaalwaarden van het ZZI en met de extra verzamelde gegevens. Tenslotte gaan we in op de relatie tussen de Directe tijd en de B-waarde die wordt berekend door de rekenregels van ZZI 2012.

Tijdsgegevens

Gemiddeld werd per zorggebruiker ongeveer twee uur Directe tijd per dag gemeten (Gemiddelde: 128 min; Mediaan = 116 min). Hiervan werd gemiddeld 43% besteed aan de categorie ADL (Gemiddelde = 55 min; Mediaan = 44 min; zie Tabel 3). Tijd besteed aan ADL is tijd besteed aan hulp bij de Activiteiten van het Dagelijkse Leven, bijvoorbeeld hulp bij eten, drinken, toiletbezoek, wassen, aankleden, enz. Het grootste deel van de Directe één op één zorg gaat dus naar zorgtijd die nodig is omwille van een gebrek aan elementaire zelfredzaamheid. De tweede grootste categorie is BEG (13%). BEG staat voor begeleiding, het in raad en daad bij-

staan van en richting geven aan de persoon met handicap. Tijd besteed aan hulp bij vrijetijdsbesteding (VRIJ; 12%) en dagbesteding (DAG; 13%) hebben een vergelijkbaar aandeel in de totale Directe tijd.

“**Het grootste deel van de Directe één op één zorg gaat naar zorgtijd die nodig is omwille van een gebrek aan elementaire zelfredzaamheid.**”

Tabel 2: Samenvattende maten voor de 11 categorieën van de Directe tijd (minuten per dag)

	ADL	HDL	MTS	BEG	VER	DAG	VRIJ	ONTW	THER	MV	HULP
Gemiddelde	55.44	6.33	1.46	16.62	6.42	16.02	14.74	0.95	5.93	3.31	0.39
Mediaan	44.00	1.00	0.00	7.00	1.00	10.00	6.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Stand. Dev.	52.13	12.76	3.99	23.58	9.59	24.56	19.67	4.44	8.82	9.98	1.42

Relatie tussen de Directe tijd, de schaalwaarden van het ZZI en de extra variabelen

De schalen van het ZZI die de sterkste verbanden vertonen met de Directe tijd, zijn schalen die specifiek peilen naar een gebrek aan zelfredzaamheid. De Barthel bijvoorbeeld, is een uitstekende voorspeller van directe persoonsgebonden tijd, die specifiek besteed wordt aan de categorie ADL (Spearman correlatie = -0.85, $p < 0.01$). Dit betekent dat de zorgtijd die besteed wordt aan hulp die nodig is door een gebrek aan zelfredzaamheid, goed kan voorspeld worden.

Uit een analyse van de relaties tussen de set van extra verzamelde variabelen en de Directe tijd kan dezelfde conclusie getrokken worden. Het sterkste verband met de Directe tijd werd gevonden voor de schaal die specifiek peilt naar een gebrek aan elementaire zelfredzaamheid, namelijk de schaal Guy Vanden Boer. Ook deze schaal geeft een goede voorspelling van de tijd die besteed wordt aan ADL (Spearman correlatie = 0.80).

Schalen die specifiek peilen naar medische ondersteuningsnood (SIS3A, schaal Leen Vaner-

men) vertonen matige tot goede verbanden met de Directe tijd, maar ook hier is het verband vooral toe te schrijven aan het verband met de categorie ADL. De gegevens suggereren dat nood aan medische ondersteuning vaak samen gaat met een ondersteuningsnood door een gebrek aan zelfredzaamheid.

Voor schalen die peilen naar gedragsmatige (SIS3B, SGZ, CEP) of sociaal-emotionele (SO-CEMO) ondersteuningsnood, vinden we geen sterke verbanden met de Directe tijd. Er worden wel verbanden gevonden met categorie BEG (begeleiding), maar de sterkte van die verbanden is eerder beperkt.

Verder wezen de analyses uit dat schalen die peilen naar medische ondersteuningsnood en schalen die peilen naar gedragsmatige of sociaal-emotionele ondersteuningsnood in de voorspelling van zorgtijd weinig tot geen informatie bijbrengen bovenop schalen die peilen naar een gebrek aan elementaire zelfredzaamheid. De nood aan medische ondersteuning lijkt gedeeltelijk gevat te worden door de Barthel en de schaal Guy Vanden Boer. Gedragsmatige en sociaal-emotionele ondersteuningsnood lijken in termen van tijd heel moeilijk te vatten. Dit

betekent echter niet dat gedragsproblemen of sociaal-emotionele problemen geen rol spelen in zorgzwaarte. Voor een uitgebreide discussie over de rol van gedragsproblemen verwijzen we naar Schouten & Vanermen (2013).

“Schalen die peilen naar medische ondersteuningsnood, naar gedragsmatige of sociaal-emotionele ondersteuningsnood brengen in de voorspelling van zorgtijd weinig tot geen informatie bij bovenop de schalen die peilen naar een gebrek aan elementaire zelfredzaamheid.”

We kunnen dus concluderen dat tijd besteed aan hulp voor een gebrek aan elementaire zelfredzaamheid (ADL) in onze proefgroep een belangrijk stuk van de directe één op één zorg

bepaalt. Dit stuk van de zorgtijd kan goed voorspeld worden door schalen zoals de Barthel of Guy Vanden Boer. Het overige stuk van de zorgtijd is veel moeilijker te voorspellen.

Relatie tussen de Directe tijd en de berekende B (begeleidingsintensiteit)

De parameters (B, P, N) die resulteren uit het ZZI stellen enkel een rangorde vast en geven geen informatie over de grootte van de verschillen in zorgzwaarte tussen de ingeschaalde personen. De gegevens van het tijdsregistratie-onderzoek laten wel toe een inschatting te maken van hoeveel Directe tijd overeenkomt met een bepaalde parameterwaarde. Voor 202 proefpersonen beschikken we over zowel de tijdsgegevens als de parameterwaardes die berekend werden door de rekenregels van ZZI 2012. We focussen hier op de relatie tussen de Directe tijd en de berekende B (ZZI 2012). De Directe tijd wordt uitgedrukt in termen van minuten per dag.

Tabel 3: Relatie tussen de Directe tijd en berekende Begeleidingsintensiteit (N = 202)

DIRECTE TIJD		Berekende B ZZI 2012					
		1	2	3	4	5	6
	Gemiddelde	54,50	65,92	100,60	107,45	139,86	161,94
	Mediaan	54,50	64,50	89,00	96,00	126,50	161,00
	N	2	12	20	47	90	31

Tabel 3 geeft de gemiddeldes en medianen van de Directe tijd per berekende B (ZZI 2012) weer en de aantallen proefpersonen waarop ze berekend zijn. Deze tabel maakt duidelijk dat er een stijgend verband is tussen de B-waarde die voortkomt uit het ZZI en de Directe tijd. We zien bijvoorbeeld dat iemand met B6 gemiddeld 2,5 keer zoveel directe begeleidingstijd nodig heeft dan iemand met B2. De rangorde in berekende B komt overeen met de rangorde in Directe

tijd. Echter, de verschillen in Directe tijd tussen de hoogste B-waarden (4, 5, 6) zijn groter dan de verschillen in Directe tijd tussen de lagere B-waarden (2, 3, 4). Dit geldt niet alleen voor de gemiddeldes maar ook voor de medianen en wordt bevestigd door statistische toetsen (zie Schouten & Vanermen, 2012; 2013).

Deze observatie komt nog sterker naar voor als we kijken naar de relatie tussen de tijd besteed

aan ADL en de berekende B (Tabel 4). Pas vanaf B3 stijgt de gemiddelde hoeveelheid ADL boven 0 uit, en zijn er betekenisvolle verschillen in tijd besteed aan ADL tussen de B-categorieën. De

sprongen in tijd zijn veel groter voor de hoogste categorieën (4, 5, 6). Ook dit wordt bevestigd door statistische toetsen (Schouten & Vanermen, 2012; 2013).

Tabel 4: Relatie tussen ADL en berekende Begeleidingsintensiteit (N = 202)

ADL		Berekende B ZZI 2012					
		1	2	3	4	5	6
	Gemiddelde	0,00	0,17	14,70	32,21	66,38	100,19
	Mediaan	0,00	0,00	5,00	19,00	57,00	96,00
	N	2	12	20	47	90	31

Als we de Directe tijd zonder de tijd besteed aan ADL tegenover de berekende B onderzoeken, vinden we geen systematisch verband tussen beide variabelen en zelfs geen enkel statistisch significant verschil tussen de verschillende B-categorieën. Dit suggereert dat de positieve relatie van de Directe tijd met de berekende B vooral te verklaren is door de tijd besteed aan ADL.

Conclusies en gevolgen voor middelen-toekenning

De B-waarden die resulteren uit het ZZI ordenen personen met een handicap naargelang hun nood aan ondersteuning. De B-waarden geven echter geen informatie over de grootte van de verschillen in ondersteuningsnood. De gegevens van het tijdsregistratie-onderzoek leveren wat dit betreft een belangrijke meerwaarde aan het onderzoek van het VAPH omdat ze toelaten een inschatting te maken van de Directe zorgtijd die overeenkomt met een bepaalde B-waarde.

De resultaten van het tijdsregistratie-onderzoek bevestigen de rangorde van de B-waardes berekend door de rekenregels van het ZZI 2012. Hogere B-waarden worden geassocieerd met hogere tijdswaarden. De relatie tussen zorgtijd en B-waarden is echter niet rechtlijnig. Bij per-

sonen met een gemiddeld hogere zorgzwaarte (B4, B5, B6) zijn de verschillen in Directe tijd die overeenkomen met de sprongen in B-waarden groter dan bij personen met een gemiddeld lagere zorgzwaarte (B2, B3, B4). Indien de B-waarden gebruikt zullen worden als hulp bij het toekennen van een persoonsgebonden financiering, zal er dus op toegezien moeten worden dat de verschillen tussen de B-waarden niet vertaald worden in recht evenredige verschillen in toegekende middelen. In termen van Directe tijd verantwoord sprongen van B4 naar B5 en van B5 naar B6 grotere sprongen in middelen dan sprongen van B2 naar B3 en van B3 naar B4. Dit suggereert ook dat, in toekomstige versies van het ZZI, het aan te raden is tussencategorieën te creëren tussen de huidige B4 en B5 en de huidige B5 en B6.

“ **Indien de B-waarden gebruikt zullen worden als hulp bij het toekennen van een persoonsgebonden financiering, zal er op toegezien moeten worden dat de verschillen tussen de B-waarden niet vertaald worden in recht evenredige verschillen in toegekende middelen.** ”

In de huidige proefgroep gaat het grootste deel van de Directe zorgtijd naar hulp die nodig is omwille van een tekort aan basiszelfredzaamheid (ADL). Dit stuk van de zorgtijd kan goed gevat worden door zelfredzaamheidschalen zoals de Barthel of de schaal Guy vanden Boer. Het overige deel van de zorgtijd laat zich veel moeilijker vatten.

Hoe goed de huidige instrumenten of statistische modellen ook zijn, een belangrijk deel van de variatie in zorgzwaarte blijft heel moeilijk te objectiveren. Enerzijds illustreert dit het belang en de noodzaak van blijvend onderzoek om modellen en instrumenten te verbeteren, anderzijds bevestigt dit ook de complexiteit van het concept zorgzwaarte. In middelentoeckenning zal altijd een maatschappelijke keuze meespelen, die niet op basis van onderzoek alleen kan gemaakt worden. Hoe de verschillende factoren, die worden verondersteld mee te spelen in zorgzwaarte, moeten worden afgewogen, zou het voorwerp kunnen (of moeten) zijn van een maatschappelijk debat.

De gegevens van het tijdsregistratie-onderzoek suggereren dat (zeker voor de populatie die onderzocht werd) in de procedure van middelentoeckenning als eerste stap een onderverdeling op basis van basiszelfredzaamheid te verantwoorden is. Bijkomend zouden dan andere factoren (gedragmatige, medische, sociaal-emotionele,...) in rekening gebracht kunnen worden. Rekening houdend met hoe de rekenregels van ZZI 2012 geconstrueerd zijn, impliceert dit echter dat de onderliggende factoren die de uiteindelijke berekende B en P parameters bepalen, beschikbaar moeten blijven op het niveau van middelentoeckenning. In de B- en P-waarden die door het huidige ZZI worden aangereikt, zit de weging van de onderliggende factoren immers al impliciet vervat. De

weging is gebaseerd op het intersubjectieve oordeel van de inschalers die deelnamen aan het VAPH-onderzoek. Intersubjectiviteit is uiteraard te verantwoorden als objectieve alternatieven niet voorhanden zijn. Maar belangrijk is wel er over te waken dat de rol van de maatschappelijke keuze – en die zal er altijd zijn – in de weging van de factoren die zorgzwaarte bepalen, niet over het hoofd gezien wordt en meer geëxpliciteerd wordt. Het expliciet maken van de mate waarin onderliggende factoren een rol spelen in de bepaling van de B- en P-waarde van een bepaalde persoon zou alvast een meer genuanceerde koppeling van middelen kunnen toelaten. Het geeft de mogelijkheid om de onderliggende elementen waarop de zorgzwaarte-parameters gebaseerd zijn, af te toetsen met de realiteit van de situatie van elke persoon.

Met het ZZI 2012 heeft het VAPH een instrument ontwikkeld dat ingezet kan worden in de bepaling van een persoonsvolgend budget. Dit is een belangrijke verwezenlijking. De manier waarop de hoogte van de persoonsvolgende budgetten zal worden bepaald, en de plaats die het ZZI in dit proces krijgt, moet nu bovenaan de overheidsagenda komen te staan. Om tot een rechtvaardige budgetbepaling te komen zal daarbij rekening gehouden moeten worden met de beperkingen van het instrument. Toekomstig onderzoek is nodig om het zorgzwaarte-instrument te blijven verbeteren.

Woord van dank

Graag willen we onze oprechte dank betuigen aan elke zorggebruiker, zorgverlener en voorziening die heeft meegewerkt aan dit onderzoek. We danken ook uitdrukkelijk het VAPH voor hun medewerking.

Referenties

Heymans, S., & Molleman, C. (2013). *Zorgzwaarte-instrument (ZZI). Een onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid*. Beschikbaar op <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/486328-Diagnostiek+en+indicatiestelling.html>.

Schouten, B., & Vanermen, L. (2012). *Onderzoek tijdsregistratie zorgzwaarte voorzieningen*. Niet gepubliceerd onderzoeksrapport. vzw Stijn. Beschikbaar op www.stijn.be/onderzoek.

Schouten, B., & Vanermen, L. (2013). *Zorgzwaarte-instrument (ZZI). Een tijdsregistratie-onderzoek*. Niet gepubliceerd onderzoeksrapport. vzw Stijn. Beschikbaar op www.stijn.be/onderzoek.

Vanermen, L. (2009). *Onderzoek naar tijd besteed aan (para)medisch-verzorgende handelingen*. Niet gepubliceerd onderzoeksrapport. vzw Stijn. Beschikbaar op www.stijn.be/onderzoek.