

## **In de ban van de ZZP – deel 2**

### De component behandeling en de verpleeghuisartsenformatie

#### **Inleiding**

Hoeveel uren verpleeghuisarts heb je nodig om verpleeghuisbewoners te behandelen op een min of meer verantwoorde wijze? Moeilijke vraag blijkbaar, want als je die vraag stelt aan je collega's dan krijg je geen eensluidend antwoord en in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg<sup>1</sup> kan je alleen lezen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 dagen per week, 24 uur per dag een arts bereikbaar moet zijn die zo nodig binnen de 30 minuten ter plaatse kan zijn. In de praktijk is het vaak het management van de instelling/organisatie die, in overleg met de vakgroep, de formatie bepaalt.

In sommige regio's wordt vastgehouden aan de 200/100/50/25 regel: 1 fte (full time equivalent = 36 uur/week) voor 200 cliënten in de dagbehandeling, 1 fte voor 100 verblijfscliënten (chronische somatiek of psychogeriatric), 1 fte voor 50 revalidanten en 1 fte voor 25 palliatieve patiënten. De kracht van deze regel zit hem vooral in het feit dat er in sommige regio's overeenstemming over is binnen de beroepsgroep en op die manier kan afgedwongen worden maar voor de rest is het niet meer of niet minder dan een meetkundige reeks die gemakkelijk te onthouden is en weinig of niet onderbouwd is. De beroepsvereniging beschikt jammer genoeg niet over concrete richtlijnen of aanbevelingen die een antwoord bieden op deze, toch wel erg praktische en vaak voorkomende vraag.

Dit artikel heeft tot doel om aan te tonen dat de component behandeling die deel uitmaakt van elk ZZP (zorgzwaartepakket)<sup>2</sup> en de manier waarop die component tot stand is gekomen een goed houvast biedt en vooral transparantie als het gaat om de berekening van de formatie behandelaars in het algemeen en verpleeghuisartsen in het bijzonder.

#### **Functiegerichte kostprijzen AWBZ**

In 2003, kort na de hervorming van de AWBZ is er door KPMG, een onderzoek- en adviesbureau, in opdracht van de overheid een onderzoek gedaan naar 'functiegerichte kostprijzen' binnen de AWBZ. Bedoeling was om uiteindelijk te komen tot een nieuwe financieringsvorm voor wat in het KPMG-rapport<sup>3</sup> toen 'intramurale zorgarrangementen' werden genoemd. Eigenlijk was dit onderzoek één van de eerste stappen op weg naar de huidige ZZP's. In het rapport worden de 7 AWBZ-functies (huishoudelijke hulp,

persoonlijke verzorging, verpleging, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, behandeling en verblijf) financieel grondig doorgelicht en wordt nagegaan welke beïnvloedbare factoren bepalend zijn voor de kostprijs. Als bron van informatie worden diverse eerdere onderzoeken gebruikt (o.a. de Arcares benchmark<sup>4</sup> van 2002) en, voor het intramurale deel van de sector V&V (Verpleging en Verzorging), gegevens van 18 verpleeg- en verzorgingshuizen.

Voor de personeelskosten wordt in dit rapport de cliëntgebonden tijd gedefinieerd (zie kaderstuk en schema) omdat die in de toekomst als referentie zal dienen voor de betaling door VWS. Voor de behandelaars is de cliëntgebonden tijd gemiddeld ongeveer 48,4% van de bruto-werktijd, d.w.z. het aantal uren waarvoor een behandelaar gecontracteerd wordt. Voor de andere AWBZ-functies in V&V geldt volgens hetzelfde rapport dat de cliëntgebonden tijd ongeveer 64% is van de bruto-werktijd.

Kaderstuk: van bruto-werktijd naar cliëntgebonden tijd.

BRUTO-werktijd: voor 1 FTE behandelaar = 36 uur per week of 1872 uur per jaar

NETTO-werktijd = bruto-werktijd min

- ziekteverzuim, gemiddeld 7 % of 131 uur
- vakantie en feestdagen (volgens de CAO): gemiddeld 227 uur
- opleiding: gemiddeld 40 uur (minimum voor BIG-beroepen)

Blijft: 1472 uur of 78,6% van de bruto-werktijd

De netto-werktijd wordt opgedeeld in de

NIET-CLIENTGEBONDEN-werktijd:

gemiddeld 565 uur of 30,2% van de bruto-werktijd

- tijd voor werkoverleg, commissiewerk, koffiepauzes, persoonlijke verzorging, ...

CLIENTGEBONDEN-werktijd:

gemiddeld 907 uur of 48,4% van de bruto-werktijd

De cliëntgebonden-werktijd wordt nog opgedeeld in

- direct-cliantgebonden-werktijd: in het bijzijn van de cliënt of zijn vertegenwoordiger
- indirect-cliantgebonden-werktijd: bvb. verslaglegging voor of multidisciplinair overleg over bepaalde cliënten, ...

Schematisch ziet de tijdverdeling er uit als volgt (cliëntgebonden tijd is grijs gearceerd):

Schema: van bruto-werktijd naar cliëntgebonden tijd: de breedte van de kolommen is in verhouding met de relatieve tijdverdeling.

<b>BRUTO-werktijd per FTE: 36 uur per week x 52 weken = 1872 uur per jaar</b>				
			NETTO-werktijd: 1472 uur per jaar of 78,6% van de bruto-werktijd	
			niet-cliëntgebonden werktijd 565 uur per jaar of 30,2% van de bruto-werktijd of 38,4% van de netto-werktijd	<b>cliëntgebonden werktijd</b> <b>907 uur per jaar of 48,4% van de bruto-werktijd</b> <b>of 61,6% van de netto-werktijd</b>
				<u>direct-cliëntgebonden</u> <u>indirect-cliëntgebonden</u>
ZIEKTE gemid. 7% 131 uur	VAKANTIE volgens CAO gemiddeld 227 uur	OP LEI D I N G	- werkoverleg - commissiewerk - koffiepauzes - persoonlijke verzorging	in het bijzijn van cliënt of van zijn/haar vertegenwoordiger - onderzoek - behandeling - gesprekken, o.a. MDO mét cliënt en familiegesprekken
				- MDO zonder cliënt - papieren visite - verslaglegging - overleg met huisarts of specialist

Voor de functie behandeling worden de verschillende soorten behandelaars in het rapport niet apart vernoemd. In plaats daarvan worden de behandelaars beschreven als een gemengde groep (mix) die samengesteld is uit verschillende personeelsleden die actief zijn binnen de ABWZ-functie behandeling en die gelinkt zijn aan hun FWG (functiewaarderingsgroep). De samenstelling en verdeling van deze 'mix' gaat terug naar de Zorg- en Behandelregistratie uitgevoerd in opdracht van Arcares<sup>4</sup>. In het KPMG-rapport staan geen absolute aantallen maar percentages; bijvoorbeeld 34% van de behandelaars krijgen een salaris passend bij FWG 55. Het is niet moeilijk om bij de verschillende FWG's de overeenkomende behandelaar te benoemen (zie tabel 1). Voor de behandelaars binnen FWG 70 (daar zitten alleen de artsen in) blijkt dat zij 23% uitmaken van de totale groep behandelaars. Deze FWG-mix, zoals die wordt genoemd in het KNMP-rapport, wordt zonder enig voorbehoud overgenomen door de NZA (Nederlandse ZorgAutoriteit)<sup>5a</sup> wanneer die medio 2007 de indicatieve prijs bepaalde van een behandeluur in het kader van de ZZP's. Daarmee aanvaardt de NZA naar mijn idee impliciet deze verdeling of geeft zij aan dat zij deze verdeling niet ter discussie stelt.

Tabel 1: FWG-mix in de ABWZ-functie Behandeling (zie KPMG-rapport<sup>3</sup> op pagina 36)

FWG	Mix of verdeling in % bij de AWBZ-functie Behandeling	Overeenkomende behandelaar
30	1	
35	2	
40	7	
45	1	
50	21	o.a. logopedist, ergotherapeut, dietist, maatschappelijk werk
55	34	o.a. fysiotherapeut
60	7	
65	5	o.a. GZ-psycholoog
70	23	o.a. verpleeghuisarts

## De zorgzwaartepakketten

In de loop van 2006 presenteert HHM (Hoeksma, Homans en Menting) de eerste versie van de ZZP's<sup>2</sup>. De bedoeling ervan zal voor iedereen ondertussen duidelijk zijn: meer transparantie in de financiering van de intramurale AWBZ-zorg waarbij die financiering aangepast is aan het profiel en de zorgvraag van de cliënt. D.w.z. cliënten die meer zorg en/of begeleiding nodig hebben krijgen op basis van de antwoorden op een scorelijst<sup>6</sup> een hoger ZZP toegewezen waaraan een in verhouding hogere financiële vergoeding verbonden is. Dit systeem maakt aparte zorgtoeslagen voor extreme of buitengewone zorgzwaarte in de toekomst vrijwel overbodig.

Een ZZP bestaat uit 4 componenten<sup>2</sup>:

- de woonzorgcomponent: hierin zitten de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging en een deel van de activerende en ondersteunende begeleiding
- de component dagbesteding: hierin zit eveneens een deel van de activerende en ondersteunende begeleiding
- de component behandeling: hierin zitten de AWBZ-functies behandeling en een stukje activerende begeleiding door de gedragswetenschappers
- de component verblijf: hierin zitten de hotelfuncties (huishoudelijke zorg, voeding, onderhoud gebouwen) maar ook o.a. de dagelijkse welzijnsactiviteiten<sup>7</sup>.

Voor elk van deze componenten is een financiële vergoeding voorzien: voor de drie eerste componenten een uurprijs en voor de verblijfscomponent een dagprijs<sup>5</sup>. In deze vergoeding is een correctie voorzien voor de omzetting van cliëntgebonden uren naar

bruto-werktijd. Daarbovenop ontvangt de organisatie in de sector V&V 42% van die uurprijs extra voor de zogenaamde overheadkosten.

Voor een overzicht van de ZZP's in de sector V&V<sup>2,8</sup> wordt verwezen naar tabel 2. Het totaal aantal uren AWBZ-zorg (verpleging, verzorging, begeleiding en behandeling) en het aantal uren behandeling (in een aparte kolom) zijn cliëntgebonden uren. In 1VV en 2VV wordt in principe geen functie behandeling voorzien maar is wel telkens 0,5 uur voorzien voor medische en paramedische zorg op de achtergrond. De financiering hiervan is vervat in de vergoeding voor de woonzorgcomponent<sup>2</sup>.

Tabel 2: Overzicht zorgzwaartepakketten in de sector Verzorging en Verpleging van de AWBZ<sup>8</sup>

Nr. ZZP	Benaming	Voorbeelden van cliënten	Uren AWBZ-zorg	Uren behandeling
1VV	Beschut wonen met enige begeleiding	Lichte verzorgingshuisbewoner	4,5 uur	0,5
2VV	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	Gemiddelde verzorgingshuisbewoner of lichte verpleeghuiscliënt	7 uur	0,5
3VV	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	Verzorgingshuisbewoner met aanvullende verpleeghuiszorg	11 uur	1,5
4VV	Beschut wonen met dementiezorg	Dementerenden en/of lichte somatische beperkingen	13 uur	1,5
5VV	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	Jong en ernstig dementerenden	18 uur	1,5
6VV	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	Cliënt met ernstige somatische beperkingen	18 uur	1,5
7VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg	Cliënten met complexe NAH of dementerenden in combinatie met somatische beperkingen	23 uur	2
8VV	Idem als 7, maar nadruk ligt op zeer intensieve verzorging en verpleging	Cliënten met ziekte van Huntington of met ademhalingsondersteuning	27 uur	2
9VV	Herstelgerichte zorg	Revalidatiezorg na OK of CVA	20 uur	4
10VV	Intensieve palliatief terminale zorg	Palliatief terminale zorg	30 uur	2

## Wie zijn de behandelaars?

Volgens HHM<sup>9</sup> moeten behandelaars aan de volgende criteria voldoen:

- ze bieden de functies behandeling en/of activerende begeleiding aan én
- ze bieden direct cliëntgebonden zorg én
- ze behoren tot de (para)medische dienst van de zorgaanbieder

In één van de publicaties van HHM<sup>10</sup> staat een lijstje met mogelijke behandelaars binnen V&V:

- artsen (verpleeghuisartsen, sociaal geriaters, psychiaters, huisartsen, basisartsen)
- psycholoog
- fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar
- podotherapeut
- psychomotore therapeut
- ergotherapeut
- logopedist
- diëtist
- nurse practitioner
- maatschappelijk werker
- overige ... (wie dat ook mogen zijn)

Het vervolg van het verhaal is eigenlijk heel eenvoudig. Als je de formatie van de verpleeghuisartsen wil berekenen, nodig om intramurale cliënten te verzorgen:

- maak dan een lijst van de cliënten in het verpleeghuis mét hun bijhorende ZZP;
- maak een som van de nodige behandeluren;
- vermenigvuldig dit aantal met 23% om het aandeel van de verpleeghuisartsen daarin te kennen;
- deel het resultaat door 48,4% om over te schakelen van cliëntgebonden tijd naar bruto-werktijd.

Bedenk dat de werktijd nodig om extramurale cliënten te verzorgen (dagbehandeling, aanvullende verpleeghuiszorg en consulten bij thuiswonende cliënten) niét inbegrepen is. Dit geldt evenmin voor managementstaken, opleiding van een aios en/of onderzoek.

Mijns inziens wél inbegrepen – en in het verleden werd dit soms als een aparte taak gezien – is de extra tijd die nodig is voor werkzaamheden verricht door de 1<sup>ste</sup> verpleeghuisarts en de BOPZ-arts. Ook het compensatieverlof voor beschikbaarheidsdiensten zit vermoedelijk in de ZZP-behandeluren vervat.

## Tijdbestedingsonderzoek

Toen de ZZP's en de bijhorende behandeluren bekend werden, rees er luid protest op van de werkvloer. De uren die voorzien waren in de ZZP's konden onmogelijk de behoefte dekken, zo luidde het bij de behandelaars, en men vreesde voor inkrimping van de bestaande formaties. VWS nam dan ook het besluit HHM te vragen een tijdbestedingsonderzoek te organiseren om te kijken of het voorgestelde aantal behandeluren in de ZZP's overeenkomst liet zien met de realiteit. Er werd veel kritiek gegeven op dit tijdbestedingsonderzoek: het was zeer snel opgezet en er was eigenlijk nauwelijks tijd om proef te draaien op het werkveld. Het invullen gebeurde in alle instellingen en door alle behandelaars zeker niet op een uniforme manier. De webapplicatie was niet gebruiksvriendelijk en, zeker de 1<sup>ste</sup> versie, koste enorm veel tijd zodat veel behandelaars ontmoedigd werden. Het onderzoek gebeurde in juni 2007 – op dat moment waren de indicatieve richtprijzen van de NZA al kant en klaar - en de resultaten werden gepubliceerd in een rapport<sup>10</sup> in september 2007. Wie de moeite neemt om zelf te cijferen aan de hand van de tabellen in dit rapport (zie tabel 9 op pagina 17) komt tot de ontdekking dat het voorgestelde aantal uren ruim volstaat: bij de 61 instellingen die deelnamen aan het onderzoek werd minder dan 2/3 van de voorgestelde behandeltijd in de ZZP's ook daadwerkelijk ingevuld! Zelfs als we aannemen dat door tekortkomingen van de webapplicatie een aantal behandeluren níet werden geregistreerd, dan is een tekort van ruim 1/3 toch wel erg veel.

De lezers die het rekensommetje op het einde van de vorige paragraaf hebben gemaakt voor hun instelling zullen waarschijnlijk tot dezelfde conclusie zijn gekomen: in de meeste verpleeghuizen is er op basis van deze berekeningen onvoldoende formatie beschikbaar om de behandeluren voorzien in de ZZP's in te vullen! En ook de NZA had dit gezien: voor alle componenten samen (woonzorg én dagbesteding én behandeling) en uitgaande van de ZZP-profielen en de beschikbare formatie die geleverd werd door de instellingen, is er landelijk een formatietekort<sup>5b</sup> van 7 tot 10%!

De oorzaak van deze discrepantie wordt door HHM en VWS gezocht in 2 verklaringen:

1. Het aantal uren in de ZZP's is te hoog. De omvang van de behandelcomponent is echter gebaseerd op verschillende informatiebronnen<sup>10</sup>.
  - tijdschrijven in pilot-organisaties (2004-2006)
  - vergelijking met o.a. benchmarkgegevens van Arcares<sup>4,11</sup>
  - formatiegegevens van de pilot-organisaties
  - vergelijking met landelijke formatiegegevens op AWBZ-sectorniveau
  - resultaten per AWBZ-sector voorgelegd aan experts (behandelaars)

Het is dus weinig waarschijnlijk dat de benodigde behandeluren overschat werden.

2. Cliënten kregen een te hoog ZZZP toegewezen door de instellingen (zorgaanbieders). Dit is in principe niet onmogelijk en VWS en de NZA doen er alles aan om dit in de toekomst te vermijden:

- het CIZ<sup>12,13</sup> heeft hierin een controlerende functie ;
- de ZZZP's werden aangescherpt<sup>14,15</sup> zodat hogere ZZZP's alleen beschikbaar zijn voor zeer specifieke groepen van cliënten;
- het algoritme<sup>15,16</sup> dat, op basis van de antwoorden op de scorelijst<sup>17</sup>, een ZZZP aanwijst werd onlangs (najaar 2007) aangepast zodat cliënten bij de lagere ZZZP's terecht komen.

Deze aanpassingen zullen tot gevolg hebben dat op landelijk niveau het totaal aantal behandeluren in verpleeghuizen t.o.v. de definitieve cijfers van 2006 met iets meer dan 10% zullen dalen<sup>15</sup>. Vraag is of deze daling tot een andere conclusie zal leiden, namelijk dat de formatie aan behandelaars in verpleeghuizen nog steeds te laag is.

## **Transparantie?**

Bij de presentatie van de ZZZP's stelde VWS en achteraf ook de NZA uitdrukkelijk dat het de bedoeling is om macro-economisch te komen tot een sectorale budgetneutraliteit<sup>5</sup>. Dat wil zeggen dat per AWBZ-sector het nodige budget niet mag stijgen of dalen. Of dit een goede zaak is op middellange en lange termijn met het oog op kwalitatieve ouderenzorg laten we even in het midden. Budgetneutraliteit betekent dat instellingen die cliënten verzorgen die meer zorgbehoevend zijn dan gemiddeld via het systeem van de ZZZP's méér inkomsten zullen krijgen en instellingen die minder zorgbehoevende cliënten huisvesten over minder middelen kunnen beschikken. Om dat te bereiken werd een transparant systeem ontwikkeld waarbij de intramurale AWBZ-zorg opgedeeld wordt in goed omschreven componenten die bekostigd worden per uur en per dag.

Als we dan moeten vaststellen dat er momenteel vermoedelijk te weinig formatie beschikbaar is in de instellingen om de zorg die vereist wordt in de ZZZP's te bieden dan roept dit vragen op. Hebben KPMG, HHM en de NZA dan grote rekenfouten gemaakt of worden op dit moment financiële middelen die eigenlijk bedoeld zijn om personeel te betalen voor andere doeleinden gebruikt? De bal ligt mijns inziens nu in de kamp van het management van de instellingen om duidelijk te maken op welke manier zij momenteel met hun budgetten omgaan. En dit lijkt me geen overbodige vraag. Want vanaf 1 januari 2009 zullen instellingen door de zorgkantoren/ zorgverzekeraars betaald worden om aan cliënten met een bepaald profiel en een bijhorend ZZZP gemiddeld aantal afgesproken behandelingsuren te bieden. En uiteraard mogen cliënten verwachten dat die zorgaanbieders voldoende behandelaars in huis hebben om aan deze opdracht te voldoen.



## Beschouwing

Je kan je afvragen waar het verschil vandaan komt tussen de formatie berekend volgens het hierboven beschreven model en volgens de oudere bekende meetkundige reeks. Want de formatie die berekend wordt volgens de ZZP's is beduidend groter. Zou het kunnen dat bij de klassiek rekenwijze uitsluitend rekening wordt gehouden met de cliëntgebonden tijd en de daarbij horende vakantie, ziekte en opleidingstijd? Met de evolutie van de verpleeghuisgeneeskunde in de laatste decennia is er, net zoals in andere takken van de geneeskunde, veel ondersteunend, niet-cliëntgebonden, werk bijgekomen maar ook oneigenlijke taken waar de kwalificatie van arts niet voor nodig is. Nogal wat collega's geven in informele gesprekken aan dat ze enerzijds nogal wat tijd verliezen met o.a. administratieve taken en met taken die net zo goed of beter door verpleegkundigen kunnen gedaan worden en anderzijds te weinig tijd hebben voor commissiewerk, voor projecten rond kwaliteitsbevordering en dergelijke meer. Of ze slagen er niet in om compensatie-uren op te nemen zonder dat het werk in het gedrang komt, terwijl ze daartoe wel verplicht worden door hun werknemer.

In theorie kan je op basis van de informatie uit dit artikel met het management onderhandelen om meer verpleeghuisartsen in dienst te nemen. Vraag is of dit de juiste strategie is. Want wat heb je aan theoretische formatieruimte als je in de praktijk te weinig verpleeghuisartsen hebt om die in te vullen. In een redactioneel van dit tijdschrift schrijft Konings<sup>18</sup> dat het in de toekomst nodig zal zijn om, vanwege de vergrijzing, nóg meer cliënten en mantelzorgers te bedienen dan nu het geval is, dat we oneigenlijke taken moeten afstoten en efficiënter moeten werken. Hij sluit daarbij naadloos aan bij het betoog van Holland<sup>19</sup> die aandacht vraagt voor de kloof tussen verzorgenden en artsen. Het ligt dus eerder voor de hand om de formatieruimte op te laten vullen door paramedici i.p.v. door medici, door hooggekwalificeerde verpleegkundigen of, naar analogie met de huisartsen, door praktijkondersteuners die specifiek opgeleid zijn voor de ouderenzorg en die de oneigenlijke taken van ons kunnen overnemen. Wellicht is het aangewezen om, afhankelijk van de plaatselijke situatie, goed overwogen keuzes te maken en dit liefst in een constructieve sfeer samen met de organisatie waarin je werkzaam bent.

Luc Van Houdt\*  
Heerenisstraat 9  
4323 LS Ellemeet  
NEDERLAND  
e-mail: luc\_vanhoudt@telenet.be

\* Luc Van Houdt was 22 jaar huisarts in België en beëindigde onlangs de vervolgoopleiding tot verpleeghuisarts aan het UMC St Radboud te Nijmegen.

## Literatuur

- <sup>1</sup> Actiz, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN. Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. oktober 2007.
- <sup>2</sup> HHM Organisatieadviseurs. Zorgzwaartepakketten – sector V&V. Enschede. 24 augustus 2006.
- <sup>3</sup> KPMG Gezondheidszorg. Eindrapportage inzake het onderzoek naar Functiegerichte Kostprijzen AWBZ. 1 juli 2004.
- <sup>4</sup> Arcares. Tweede test Benchmarkinstrumentarium – algemeen rapport. Utrecht. november 2002.
- <sup>5</sup> Nederlandse ZorgAutoriteit. Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten. De ZZP's op waarde geschat. Utrecht. juni 2007.  
5a: zie bijlage 3 op pagina 63 – 5b: zie pagina 26-28
- <sup>6</sup> HHM Organisatieadviseurs. Zorgzwaartescorelijst – versie 1.0. Enschede. 5 oktober 2006.
- <sup>7</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Nadere toelichting op ZZP-tarieven. Overleg tussen HEAD, Actiz en NZA, 16 januari 2006. Zie vraag 4
- <sup>8</sup> Broere H (VWS). Zorgzwaartebekostiging. Mondelinge presentatie tijdens de informatie- en discussiebijeenkomst ZZP's voor NVVA-leden, Utrecht. 8 maart 2007.
- <sup>9</sup> Bakker P (HHM Organisatieadviseurs). Toelichting behandelcomponent ZZP's. Mondelinge presentatie tijdens de informatie- en discussiebijeenkomst ZZP's voor NVVA-leden, Utrecht. 8 maart 2007.
- <sup>10</sup> HHM Organisatieadviseurs. Tijdbestedingsonderzoek behandelaars – sector V&V. Enschede. september 2007. Zie bijlage 1 op pagina 26
- <sup>11</sup> Arcares. Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003 - Prestaties van zorgaanbieders gemeten. Utrecht. februari 2004.

- <sup>12</sup> Nederlandse ZorgAutoriteit. Omzendbrief ACON/ihot/Care/AWBZ/07/35c. Utrecht. 10 december 2007.
- <sup>13</sup> Nederlandse ZorgAutoriteit. Beleidsregel CA-208 – Invoering zorgzwaartepakketten 2008. Utrecht. december 2007.
- <sup>14</sup> HHM Organisatieadviseurs. Zorgzwaartepakketten – sector V&V. Enschede. 1 oktober 2007.
- <sup>15</sup> HHM Organisatieadviseurs. Aanscherping ZZP-omschrijvingen en algoritmen. Enschede. 18 oktober 2007.
- <sup>16</sup> HHM Organisatieadviseurs. Toelichting bij aanpassingen ZZP's en algoritmen. Enschede. 14 november 2007.
- <sup>17</sup> HHM Organisatieadviseurs. Zorgzwaartescorelijst – versie 2.0. Enschede. 31 oktober 2007.
- <sup>18</sup> Konings J. De algemeen geriater in de eerste lijn. Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde 2008; 33: 66
- <sup>19</sup> Holland P. Medische zorg voor ouderen. Medisch Contact 2008; 63: 37