



Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007

Vervolgonderzoek

Clarie Ramakers | Roelof Schellingerhout | Mary van den Wijngaart |
Frank Miedema



PERSOONSGEBONDEN BUDGET NIEUWE STIJL 2007

Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007

Vervolgonderzoek

Clarie Ramakers
Roelof Schellingerhout
Mary van den Wijngaart
Frank Miedema

De particuliere prijs van deze uitgave is €12,-
Deze uitgave is te bestellen bij het ITS, 024 - 365 35 00.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Ramakers, Clarie.

Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007. Vervolgonderzoek. / Clarie Ramakers,
Roelof Schellingerhout, Mary van den Wijngaart & Frank Miedema - Nijmegen: ITS
ISBN 978 – 90 - 5554 - 344 - 1
NUR 860

Projectnummer: 2007457

© 2008 ITS, Radboud Universiteit Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het ITS van de Radboud Universiteit Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Inhoud

Beleidssamenvatting	1
Deel I – Toekenningen en hoogte van budgetten	15
1 Aantal toegekende budgetten en hoogte van budgetten	17
1.1 Inleiding	17
1.2 Grondslagen, zorgfuncties en achtergrondkenmerken van budgethouders	17
1.3 In- en uitstroom van budgethouders	21
1.4 Toegekende budgetten naar achtergrondkenmerken, totale groep	23
1.5 Toegekende budgetten naar achtergrondkenmerken, alleen instromers	29
1.6 Indicatie van Centrum Indicatiestelling Zorg of Bureau Jeugdzorg	34
1.7 Samenvatting	38
2 Kenmerken budgethouders naar hoogte netto budget	41
2.1 Inleiding	41
2.2 Netto budget in klassen	42
2.3 Totale groep budgethouders	43
2.4 Instromers	47
2.5 Samenvatting	50
3 Veranderingen in de pgb populatie en groei	51
3.1 Indeling van budgethouders op basis van grondslag en leeftijd	51
3.2 Ontwikkelingen in omvang van groepen budgethouders	56
3.3 Ontwikkelingen in het gemiddelde netto budget	60
3.4 Beslag op de subsidie	62
3.5 Samenvatting	65
4 Representativiteit VGZ-budgethouders	67
4.1 Inleiding	67
4.2 VGZ zorgkantoorregio's versus Nederland totaal	68
4.3 Budgethouders versus personen met voorkeur voor pgb	70
4.4 Conclusie	72

5 Samenvatting en conclusies	73
Bijlage 1 – Geïndiceerde functies, grondslagen en kenmerken budgethouders	79
Bijlage 2 – Netto-budgetten naar grondslag en leeftijd	83
Bijlage 3 – Multivariate analyses schatting grondslag	97

Deel II – Onderzoek onder budgethouders en jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen	101
1 Inleiding	103
2 Beschrijving onderzoeksgroep	105
2.1 Budgethouders met alleen huishoudelijke verzorging vanuit Wmo	105
2.2 Achtergrondkenmerken van budgethouders AWBZ	105
3 Hulp voorafgaand aan het pgb	109
3.1 Aard van de hulp voorafgaand aan pgb	109
3.2 Omvang van de hulp voorafgaand aan pgb	111
4 Bekendheid en toeleiding naar het pgb	113
4.1 Toeleiding naar pgb	113
4.2 Bekendheid met mogelijkheden pgb	116
5 Motivatie voor keuze pgb	117
5.1 Hulpgedrag en motivatie voor pgb	117
5.2 Problemen met zorg in natura	119
6 Zorginkoop	123
6.1 Geïndiceerde en ingekochte zorgfuncties	123
6.2 Zorginkoop: mantelzorg versus professionele zorg	125
6.3 Uren ingekochte zorg en tarief	127
6.4 Combinatie met zorg in natura en gebruik andere voorzieningen	128
7 Besteding en onderbesteding	131
8 Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen	137
8.1 Leeftijd en diagnose	137
8.2 Ontstaan problematiek en hulpvraag	140
8.3 Problemen bij dagelijks functioneren	141
8.4 Ondersteuningsbehoefte	143
8.5 Inkoop van zorg	144
8.6 Diagnostiek en medicalisering	146
9 Dwarsverbanden	149
9.1 Achtergronden van de instroom	149
9.2 Keuze voor formele dan wel informele zorg	154
9.3 Achtergronden van verschillende motieven keuze pgb en niet voor zin	158

10 Samenvatting	161
10.1 Inleiding	161
10.2 Algemene resultaten	161
10.3 Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen	164
 Bijlage – Vergelijking respondenten PGB-panel en VGZ-budgethouders	 167

Deel III – Een kwalitatief onderzoek naar de problematiek van jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen	169
1 Inleiding	171
1.1 Aanleiding en vraagstelling onderzoek	171
1.2 Onderzoeksmethode	172
2 Achtergronden problematiek	173
2.1 Achtergrondkenmerken	173
2.2 Aard van de problematiek	174
2.3 Diagnosetraject	175
2.4 Medicalisering	176
3 Instroom persoonsgebonden budget	179
3.1 Hulp voorafgaand aan pgb	179
3.2 Bekendheid pgb	180
3.3 Motivatie pgb	180
3.4 Ervaringen met indicatiestelling	182
4 Besteding pgb	183
4.1 Inkoop van zorg	183
4.2 Onderbesteding	185
4.3 Ervaringen met het pgb	185
5 Conclusies	187
5.1 Toeleiding naar pgb	187
5.2 Besteding budget	188

Beleidssamenvatting

Clarie Ramakers

Beleidsamenvatting

1. Inleiding

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het ITS gevraagd verder onderzoek te doen naar het persoonsgebonden budget, als vervolg op het evaluatieonderzoek waar in 2007 over is gerapporteerd¹. Dit vervolgonderzoek is voornamelijk ingegeven door de sterke groei van het persoonsgebonden budget in 2007. VWS heeft behoefte aan informatie die deze groei kan verklaren.

Om aan de informatiebehoefte van VWS te voldoen zijn er drie onderzoeken uitgevoerd². In het eerste onderzoek worden pgb-gegevens van vier VGZ zorgkantoren geanalyseerd. Dit onderzoek betreft een update van een aantal eerdere analyses op het pgb-databestand van de VGZ zorgkantoren over de jaren 2003-2006. In de nieuwe analyses is de functie huishoudelijke verzorging buiten beschouwing gelaten (deze maakt sinds de invoering van de WMO immers geen deel meer uit van de AWBZ) en worden meer recente gegevens gepresenteerd (tot en met oktober 2007). Dit onderzoek geeft informatie over de omvang, groei en samenstelling van de groep budgethouders, de hoogte van het netto budget en de veranderingen die hier in de loop van de jaren zijn opgetreden.

Het tweede onderzoek is uitgevoerd onder ruim 700 leden van het ITS PGB-panel met als doel inzicht te verkrijgen in de oorzaken van de groei en de noodzakelijkheid van de AWBZ zorg. Daarnaast geeft het onderzoek informatie over hoe mensen ertoe gekomen zijn voor een pgb te kiezen en in hoeverre anderen (bemiddelingsbureaus, zorg in natura aanbieders, gemeentelijke sociale diensten) ze daartoe hebben gestimuleerd. Verder laat dit onderzoek zien hoe budgethouders hun pgb besteden (alleen mantelzorg, alleen professionele zorg of een combinatie van beide) en wat ze zouden gaan doen als het pgb zou ophouden te bestaan. Tevens is er in dit tweede onderzoek specifiek aandacht voor de snelst groeiende groep budgethouders, de jongeren met een psychiatrische grondslag.

1 Ramakers et al. (2007). Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006. Eindrapport. Nijmegen: ITS-Radboud Universiteit Nijmegen.

2 Parallel aan de door het ITS uitgevoerde onderzoeken heeft het CIZ een onderzoek uitgevoerd naar indicatiestelling en leveringsvorm.

Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening zijn ook onderwerp van het derde, kwalitatieve onderzoek. Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in de oorzaken van de instroom van jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen en de besteding van het budget. Er zijn 20 dieptegesprekken gehouden met ouders (meestal de moeder) van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening, bijna altijd een stoornis in het autistische spectrum (ASS). Het onderzoek geeft onder meer inzicht in de aard en de ernst van de problematiek waarmee deze gezinnen dagelijks te maken hebben. Ook laat dit onderzoek zien waarom deze mensen hun toevlucht zoeken tot het pgb en in hoeverre medicalisering een rol speelt.

De drie onderzoeken vormen ieder een apart deel van dit rapport³. In deze beleidsaamenvatting worden de resultaten van de drie afzonderlijke onderzoeken gebruikt om een aantal vragen uit de beleidsbrief 'Pgb in perspectief' (TK, 9 november 2007) te beantwoorden.

2. Beleidsgerichte vragen

We bespreken nu achtereenvolgend de onderzoeksresultaten uit de drie verschillende onderzoeken aan de hand van de thema's c.q. vragen die in de beleidsbrief zijn genoemd.

1. Groei van het pgb algemeen en specifiek het aandeel van de jeugd

Het aantal VGZ-budgethouders is van 2004 tot 2007 meer dan verdubbeld, van 5.318 in 2004 tot 12.368 in 2007. Dit is nog een onderschatting van de werkelijke groei, omdat in de gegevens over 2007 alleen de maanden januari tot en met oktober zijn meegenomen.

Uit zeer recente informatie (d.d. 25 april 2008) van Alfanumeriek blijkt dat VGZ in totaal aan 13.875 mensen een pgb in 2007 is toegekend. Op het moment dat dit onderzoek werd uitgevoerd was het pgb-databestand over het hele jaar 2007 nog niet voor onderzoeksdoeleinden beschikbaar. Uitgaande van het aantal van 13.875 budgethouders in 2007 is er sprake van een groei ten opzichte van 2006 van 3.167 budgethouders. Kortom, een groei van circa 30 procent ten opzichte van 2006. Ook het gemiddelde netto budget is in de afgelopen jaren gestegen. In 2004 was het gemiddelde netto budget €12.305; in 2007 was dat gemiddeld €14.486. Ten opzichte van 2006 is het netto budget gestegen met zo'n €2.200. Instromers krijgen een beduidend lager budget. In 2007 lag hun gemiddelde netto budget op €8.708.

3 Meer uitgebreide samenvattingen zijn te vinden aan het einde van ieder onderzoeksdeel.

Om de jaren 2004 – 2007 beter met elkaar te vergelijken, is de huishoudelijke verzorging in alle jaren weggelaten. Dan blijkt dat de totale populatie budgethouders in 2007 niet veel afwijkt van de populatie in de jaren daarvoor. Er is wel sprake een lichte stijging van het aantal budgethouders van 17 jaar en jonger. Een stijging van 5 procentpunten in de afgelopen 4 jaar. Ook is er sprake van een lichte toename van het aantal mannen met 5 procentpunten. Verder zien we sinds 2005 een toename van het aantal budgethouders met een indicatie van Bureau Jeugdzorg (BJZ): van 14 procent in 2005 tot 25 procent in 2007. Verder is opvallend dat in de loop van de jaren de enkelvoudige grondslag psychiatrische aandoening is gestegen van 25 procent in 2004 tot 34 procent in 2007. De groep budgethouders met alleen de grondslag verstandelijke handicap blijft vrij constant met zo'n 10-11 procent.

Wanneer we dieper in de materie duiken en de samenstelling van de budgethouders terugbrengen naar een zesdeling⁴ waarbij een combinatie is gemaakt van dominante grondslag en leeftijd, dan blijkt dat in 2007 de volwassenen met SOM de grootste groep is met 35 procent. Deze wordt gevolgd door de jongeren met PSY met 28 procent en de volwassenen met PSY 16 procent. De jongeren met VG maken 9 procent uit van de totale populatie budgethouders, de volwassenen met VG 7 procent en de jongeren met SOM is de kleinste groep met 5 procent. De verhouding jongeren en ouderen onder de populatie budgethouders is, ongeacht de grondslag, 42 - 58 procent.

Alle groepen budgethouders zijn de afgelopen jaren in omvang gestegen. De groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoeningen blijkt de grootste stijger te zijn. De omvang van deze groep is de afgelopen jaren met 5 - 6 procentpunten gestegen tot het huidige aandeel van 28 - 29 procent. Het gemiddelde budget is ook gestegen de afgelopen jaren, behalve voor de groep jongeren met PSY. Voor hen ligt het budget in 2007 zelfs nog iets lager dan het budget in 2004. In 2007 ontvangen jongeren met PSY gemiddeld een budget van €11.557; in 2004 was dat €11.774. Volwassenen met VG ontvangen in 2007 het hoogste netto budget (€25.980), jongeren en volwassenen met PSY het laagst (circa €11.500).

Volwassenen met SOM en jongeren met PSY leggen bij elkaar het grootste beslag op de pgb-gelden. Voor VGZ is dat respectievelijk 59,5 en 39,7 miljoen. Het gemiddelde netto budget is voor deze laatste groep weliswaar het laagst, maar door hun grote aantallen leggen zij toch een groot beslag op de pgb-gelden. Daarna volgen op de derde en vierde plaats de volwassenen met PSY (€22,3 miljoen) en de volwassenen

4 Alleen als er sprake is van deze zesdeling waarbij een combinatie is gemaakt op basis van grondslag en leeftijd valt onder de SOM zowel de grondslag somatische aandoening; psychogeriatric, lichamelijke en zintuiglijke handicap. Onder PSY valt psychiatrische aandoeningen en psychosociale problemen. Onder VG valt alleen de grondslag verstandelijk gehandicapt.

met VG (€22,4 miljoen). De jongeren met VG en jongeren met SOM leggen het kleinste beslag op de pgb-gelden voor VGZ, met respectievelijk 18,4 en 12,6 miljoen.

Deze cijfers hebben we onder bepaalde aannames geëxtrapoleerd naar het landelijke niveau. Het landelijke beeld dat hierdoor ontstaat, is grof en moet als indicatief worden opgevat. Een van de belangrijkste aannames is dat we ervan uitgaan dat de verdeling van de verschillende groepen budgethouders naar grondslag en leeftijd binnen de VGZ populatie, ook geldt voor het landelijk niveau. Een andere aanname is dat het gemiddelde budget voor VGZ budgethouders en andere budgethouders gelijk is. Het beslag dat de verschillende groepen budgethouders leggen op de pgb-gelden is landelijk dan als volgt (afhankelijk van methode⁵ die is gebruikt) in miljoenen euro's:

Budgethouders naar dominante grondslag en leeftijd	Beslag op subsidie in miljoenen euro's voor Nederland totaal	
	Methode 1: VGZ*7,23	Methode 2: op basis van % van het subsidieplafond
jongeren met PSY	€ 287,0	€ 322,4
jongeren met VG	€ 133,2	€ 149,6
jongeren met SOM	€ 91,0	€ 102,2
volwassenen met PSY	€ 161,2	€ 181,1
volwassenen met VG	€ 161,7	€ 181,7
volwassenen met SOM	€ 430,1	€ 483,0
grondslag onbekend	€ 31,2	€ 34,8

Het beslag op de pgb-gelden is niet gelijk aan het beslag op de AWBZ gelden. Naast het pgb kunnen budgethouders ook nog zorg in natura ontvangen. Bij de jongeren met de psychiatrische grondslag is dat 8 procent, bij volwassenen met een somatische grondslag is dat 24 procent en bij volwassenen met verstandelijke beperking is dat 34 procent.

2. Aandeel van ondersteunende en activerende begeleiding in 2007

Het aandeel van de functie ondersteunende begeleiding neemt ook in 2007 steeds verder toe. Was er in 2004 nog sprake van 62 procent ondersteunende begeleiding, in 2007 is dit gestegen tot 76 procent. Het aandeel van activerende begeleiding blijft in de jaren vrij constant met circa 28 procent. Ondersteunende begeleiding is de functie

5 Methode 1: Beslag op VGZ pgb subsidie vermenigvuldigd met factor 7,23. Methode 2: percentage van het subsidieplafond. Zie pagina 64 (paragraaf 3.4) voor een uitgebreidere uitleg van beide methodieken.

die in alle jaren het vaakst wordt geïndiceerd, met daaropvolgend persoonlijke verzorging, activerende begeleiding en kortdurend verblijf. De cijfers voor 2007 zijn voor de totale groep budgethouders:

- ondersteunende begeleiding 76 procent;
- persoonlijke verzorging 42 procent;
- activerende begeleiding 28 procent;
- kortdurend verblijf 27 procent.

Een indicatie voor ondersteunende begeleiding komt bij alle grondslagen vaak voor. Budgethouders met psychogeriatrische aandoeningen zijn het vaakst voor ondersteunende begeleiding geïndiceerd (96 procent), gevolgd door budgethouders met verstandelijke beperkingen (95 procent) en met de psychiatrische grondslag (92 procent). Bij budgethouders met somatische grondslag komt ondersteunende begeleiding het minst vaak voor (52 procent). Persoonlijke verzorging wordt vaak geïndiceerd bij budgethouders met de grondslag somatiek (80 procent) en psychogeriatric (81 procent). Activerende begeleiding wordt het vaakst geïndiceerd bij budgethouders met psychiatrische aandoeningen (51 procent) en zintuiglijk gehandicapten (38 procent). Kort verblijf wordt vaak geïndiceerd bij budgethouders met de grondslag verstandelijk gehandicapt (48 procent), gevolgd door budgethouders met psychiatrische aandoeningen met 36 procent.

Wanneer budgethouders ingedeeld worden in zes groepen op basis van dominante grondslag en leeftijd, dan blijkt dat ondersteunende begeleiding het vaakst voorkomt bij volwassenen met VG (99 procent) en bij jongeren met PSY (91 procent). Activerende begeleiding komt vooral voor bij jongeren met PSY (61 procent) en jongeren met VG (37 procent). Kortdurend verblijf vooral bij jongeren met VG (55 procent) en jongeren met PSY (49 procent).

3. Oorzaken van instroom: nieuwe en bestaande budgethouders vergeleken

Het onderzoek onder budgethouders had ondermeer tot doel om oorzaken van de groei in 2007 verder te duiden. We zijn nagegaan in hoeverre nieuwe budgethouders afwijken van bestaande budgethouders, of zij op een andere manier in het pgb terecht zijn gekomen of met andere motieven er gebruik van maken.

Uit het onderzoek blijkt dat budgethouders die in 2007 voor het eerst een pgb ontvangen (de zogenaamde instromers) niet afwijken van blijvers wat betreft leeftijd, geslacht, hulp voorafgaand aan het pgb, voorkennis over het pgb en grondslag. De samenstelling van de pgb-populatie is wel veranderd door de zogenaamde 'Wmo-interventie'. De oudere alleenstaande vrouwen met een enkelvoudige indicatie voor huishoudelijke verzorging zijn hierdoor uit de AWBZ verdwenen. Er is geen nieuwe zorgvraag aangeboord. De groep jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen stijgt weliswaar, maar deze mensen maakten ook al in 2006 en nog veel eerder gebruik van het pgb.

De belangrijkste verwijzers naar het pgb zijn zowel bij nieuwe als bestaande budgethouders, familieleden, vrienden en bekenden (27 procent). Op de tweede plaats zijn dat de zorginstellingen waar men in veel gevallen al hulp van ontving (20 procent) en op de derde plaats zijn dat de indicatie-organen Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en BJZ (17 procent). Het enige opvallende verschil is dat instromers in 2007 van 18 jaar en ouder in 16 procent van de gevallen door een bemiddelingsbureau en/of een pgb-consulent verwezen zijn naar het pgb. Bij de jongeren onder de instromers is dat weer veel minder het geval (6 procent).

De motivatie om voor een pgb te kiezen is wel verschillend. Instromers willen vaker de mantelzorg met het pgb gaan betalen (43 procent) en kiezen minder vaak voor een pgb om 24-uurs opname te voorkomen (13-14 procent). Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen komen eerder uit noodzaak bij het pgb terecht. Dit leiden wij af uit het feit dat 50 procent van hen aangeeft de hulp die zij nodig hebben, niet op een andere manier te kunnen krijgen. Echter niet iedereen heeft daartoe pogingen ondernemen; iets meer dan de helft (53 procent) van deze groep budgethouders heeft gelijk een pgb aangevraagd zonder eerst de mogelijkheden bij de natura-zorg te verkennen. 47 Procent heeft wel een of meerdere pogingen ondernomen.

Dat deze groep moeite heeft om het budget volledig te besteden, is voor een deel terug te voeren op het beschikbare hulpaanbod. Er zijn weinig gekwalificeerde hulpverleners te vinden die gespecialiseerd zijn in het aanbieden van de juiste structuur en begeleiding van deze jonge kinderen met gedragsproblemen.

En dan nog de vraag wat deze budgethouders hadden gedaan als er geen pgb was geweest. Eenderde deel had zorg in natura aangevraagd, 25 procent had de hulp zelf betaald uit eigen portemonnee en 18 procent had in zo'n situatie volledig afgezien van hulp. Bij dit laatste voeren de jonge instromers met PSY de boventoon met 27 procent. Twee opmerkelijke verschillen bij de budgethouders die in 2007 voor het eerst een pgb hebben ontvangen: jonge budgethouders met PSY zijn veel vaker geneigd om de hulp zelf te gaan betalen (44 procent); andere instromers zijn veel vaker geneigd hun heil te zoeken bij zorg in natura (39 procent).

4. Toeleiding naar het pgb, rol van bemiddelingsbureaus, zorgaanbieders, instanties

Dit onderzoek levert geen aanwijzing op in de richting dat bepaalde gemeentelijke instanties, zoals sociale diensten en gemeentelijke zorgloketten, heel bewust en doelgericht mensen naar het pgb verwijzen. Zij spelen in de toeleiding naar het pgb nauwelijks een rol (1 procent). Het zijn vooral familieleden, vrienden en bekenden die mensen op het bestaan van de pgb-regeling attenderen (27 procent). De zorginstelling waar men al hulp van ontvangt, speelt ook een prominente rol in de verwijzing naar het pgb. In een vijfde deel van de gevallen zijn budgethouders op de hoogte geraakt

van het pgb door de zorginstelling. En in die bewuste gevallen wordt het pgb heel vaak aangeraden.

Pgb-adviseurs, bemiddelingsbureaus en zorgconsulenten spelen een marginale rol in de toeleiding naar het pgb. Slechts één op de tien budgethouders is door hen op het pgb gewezen. Bij budgethouders die in 2007 zijn ingestroomd, spelen zij wel een wat actievere rol, maar dan alleen bij de volwassenen onder hen (16 procent). Jonge instromers met psychiatrische aandoeningen worden slechts in 6 procent van de gevallen door bemiddelingsbureaus en dergelijke naar het pgb toegeleid.

5. Inkoopgedrag: relatie mantelzorg en professionele zorg

Bij de inkoop van zorg was voorheen de verhouding tussen alleen mantelzorg, alleen professionele zorg en een combinatie van beide ongeveer eenderde, eenderde, eenderde. Nu blijkt dat de meeste budgethouders (43 procent) gecombineerd inkopen, iets meer dan eenderde (36 procent) koopt alleen professionele zorg in en iets meer dan een vijfde deel (21 procent) koopt alleen mantelzorg in. De inkoop van alleen mantelzorg loopt dus steeds verder terug. In 2005 was het aandeel nog 35 procent, in 2006 33 procent en nu in 2007 is dat teruggelopen tot 21 procent. Doordat de samenstelling van de populatie budgethouders verandert, verandert ook het inkoopgedrag. Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen bijvoorbeeld, die de op een na grootste groep is geworden binnen de pgb-populatie, kopen in bijna de helft van de gevallen alleen professionele hulp in en het minst vaak alleen mantelzorg (10-13 procent).

Uit ons onderzoek komt ook naar voren dat de hulp die men voorafgaand aan het pgb kreeg, een goede voorspeller is voor de hulp die men met het pgb inkoop. Als men voor het pgb formele hulp kreeg, is de kans groot dat men met het pgb ook weer formele hulp inkoop. Als men voor het pgb mantelzorg kreeg, is de kans groot dat men met het pgb ook weer mantelzorg inkoop. Deze bevinding betekent echter niet dat er in al dit soort gevallen sprake is van monetarisering van de mantelzorg, omdat gegevens over onbetaalde mantelzorg die men naast het pgb ontvangt, ontbreken. Ook geven deze gegevens geen inzicht in concrete wisselingen van hulpverleners voor en na het pgb. Een budgethouder kan zowel voor als na het pgb mantelzorg ontvangen, maar het kan gaan om andere zorgverleners.

6. Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen

In de beleidsbrief wordt met name gevraagd meer informatie te verzamelen over de groep jonge budgethouders met stoornissen in het autistische spectrum (ASS). Er is weinig bekend over het type stoornis, de problemen waar deze jonge mensen mee te maken hebben en waarom ze kiezen voor een pgb. Het gaat dan met name om de vraag waardoor het komt dat het pgb zo'n aantrekkingskracht heeft op juist deze

groep. Schieten de huidige voorzieningen tekort? Sluit het reguliere hulpaanbod onvoldoende aan op de vraag? Spelen wachtlijsten bij de jeugd-ggz een rol? En waardoor komt het dat deze groep jongeren zo moeizaam hun pgb kunnen besteden? Verder leeft de veronderstelling dat medicalisering een rol speelt bij de toenemende groei van het pgb onder deze groep jonge mensen, vooral de groei die met ingang van 2007 is ingezet. We hebben dan ook in het onderzoek de jonge budgethouders die voor het eerst in 2007 een pgb hebben ontvangen, vergeleken met die jongeren die al langer een pgb hebben (van 2006 of daarvoor).

- Type stoornis, aandoeningen en problemen bij dagelijks functioneren

Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen hebben naast de grondslag psychiatrische aandoening (PSY) ook nog in circa 17 procent van de gevallen de grondslag verstandelijke handicap, met soms daarnaast ook nog de grondslag psychosociale problemen (15 procent). De meeste jongeren wonen nog bij hun ouders. De gemiddelde leeftijd is 11 jaar. Jongeren die in 2007 voor het eerst een pgb hebben ontvangen zijn nog jonger, namelijk 9 jaar. Bijna driekwart is een jongen en ongeveer een kwart is een meisje. Het gaat in de meeste gevallen om PDD-NOS (46 procent), gevolgd door ADHD/ADD (28 procent), stoornis van Asperger (21 procent) en klassiek autisme (20 procent). Deze percentages verschillen wel enigszins tussen de jonge budgethouders die in 2007 zijn ingestroomd, in vergelijking met die van 2006 en de jaren daarvoor. Zo komt er onder de jonge budgethouders uit 2007 met PSY beduidend vaker (14 procent) de diagnose meervoudige complexe gedragsstoornis voor dan in de jaren daarvoor (4 procent). In ongeveer tweederde van de gevallen is de diagnose gesteld door een jeugdpsychiater.

Ongeveer de helft van deze jongeren heeft ook nog aanvullende beperkingen, meestal van motorische aard. Circa 60 procent volgt speciaal (voorgezet) onderwijs en zo'n vier procent gaat niet naar school. In de meeste gevallen is de problematiek begonnen vóór het vijfde levensjaar. De kinderen waren toen gemiddeld zo'n drie jaar oud. Op vijfjarige leeftijd zijn de ouders hulp gaan vragen. De problemen met het dagelijks functioneren, zijn vooral sociaal van aard. Ook spelen overmatige prikkels, gebrek aan structuur en concentratie een rol.

- Aard problematiek

Uit het kwalitatieve onderzoek bij 20 gezinnen met ASS kinderen komt de ernst van de problematiek naar voren. Zonder begeleiding kunnen deze kinderen zich moeilijk handhaven in de maatschappij. Het gaat zowel om gedrags-, relationele en contactproblemen als ook om ordenings-, concentratie- en structureringsproblematiek. De jongeren vertonen vaak onvoorspelbaar gedrag, hebben woede en driftaanvallen en kunnen erg agressief zijn. Thuis is hun gedrag vaak slechter dan op school. Ouders

dreigen overbelast te geraken (of zijn dat al) en andere leden van het gezin, zoals broertjes en zusjes, zijn vaak het kind van de rekening.

- Hulp voorafgaand aan pgb

Tweederde deel van de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen had geen hulp voorafgaand aan het pgb. Ongeveer eenderde had wel hulp. In dit soort gevallen gaat het veel vaker om professionele hulp, dan om alleen mantelzorg. Bij de instromers is dat respectievelijk 51 en 15 procent. Gecombineerde hulp wordt (als er voorafgaand hulp is) in 34 procent van de gevallen verleend. Bij professionele hulp gaat het gemiddeld om 9 uur per week. Aanwezige mantelzorg is omvangrijker met gemiddeld 21 uur per week. En als er zowel mantelzorg als professionele hulp aanwezig is, dan wordt er gemiddeld zo'n 33 uur per week verleend.

Als alle hulp die er al voor het pgb wordt gegeven bij elkaar opgeteld wordt, dan blijkt dat instromers in 2007 gemiddeld 12 uur per week hadden en budgethouders uit 2006 en daarvoor gemiddeld zo'n 24 uur per week.

- Toeleiding naar pgb, motivatie keuze pgb

De toeleiding naar het pgb gebeurt veelal informeel; zo'n kwart van de jonge budgethouders is door familie, vrienden en/of bekenden (ouders onderling) naar het pgb verwezen. De instelling waar men al hulp van krijgt en Bureau Jeugdzorg zijn eveneens belangrijke verwijzers (tussen de 20 en 25 procent). Ook onderwijsinstellingen/scholen spelen een actieve rol in de verwijzing naar het pgb (18 procent). De belangrijkste motivatie om een pgb aan te vragen is omdat de reguliere zorgaanbieders de specifieke zorg die wordt gevraagd, niet kan leveren. Dat komt in ruim de helft van de gevallen voor. Wachtlijsten spelen ook een rol. Bijna één op de vijf geeft aan dat zij een pgb hebben aangevraagd omdat ze op de wachtlijst staan bij een (jeugd) ggz-instelling. Ook speelt mee dat bepaalde soorten zorg alleen te verkrijgen zijn met een pgb. Het gaat dan bijvoorbeeld om logeeropvang, activerende of ondersteunende begeleiding op tijdstippen buiten schooltijden en tijdens vakanties, een plek op een zorgboerderij of in een Thomashuis, orthopedagogische hulp of andersoortige therapie, ambulante begeleiding en/of deelname aan een werkproject. Bij begeleiding gaat het vaak om één op één begeleiding die structureel van aard is en waarbij dat door een vaste begeleider/hulpverlener gegeven wordt. Het kunnen opbouwen van een vaste vertrouwensrelatie blijkt erg belangrijk te zijn voor deze kinderen.

- Indicatie en zorginkoop

Het gaat bij jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen vooral om ondersteunende begeleiding (93-95 procent), kortdurend verblijf (55-58 procent) en activerende begeleiding. Activerende begeleiding neemt in de loop van de jaren af onder deze groep budgethouders. Zij die in 2007 voor het eerst een pgb hebben, ontvangen

in 33 procent van de gevallen een pgb voor activerende begeleiding. Budgethouders met een pgb sinds 2006 of daarvoor, ontvangen dat voor 61 procent voor activerende begeleiding.

Het inkoopgedrag van jonge budgethouders uit 2007 is anders in vergelijking met dat van budgethouders uit 2006 en daarvoor. De jonge instromers kopen in de helft van de gevallen alléén professionele hulp in; bij de andere budgethouders (uit 2006 en eerder) is de gecombineerde inkoop van professionele en mantelzorg leidend (51 procent).

- Gebruik andere voorzieningen

Opvallend is verder het gebruik van andere voorzieningen naast het pgb. Bij de jonge instromers uit 2007 komt dit het meest voor met zo'n 90 procent. De vier belangrijkste voorzieningen zijn: vervoer (43 procent), TOG (53 procent), speciaal onderwijs (51 procent) en leerlinggebonden financiering (45 procent).

- Budget en onderbesteding

Zoals al eerder is gezegd ontvangen deze jonge budgethouders gemiddeld het laagste budget. Ook de budgethouders die in dit onderzoek als respondent hebben gefungeerd. Jonge budgethouders met PSY uit 2007 krijgen een budget van circa €9.000 op jaarbasis. En dat bedrag is de helft minder dan het bedrag dat jonge budgethouders met PSY uit eerdere jaren ontvangen, namelijk circa €17.000. Er is kennelijk bij deze jongere instromers in 2007 sprake van een veel beperktere indicatiestelling.

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat sinds ouders te maken krijgen met BJZ en niet meer door het CIZ worden geïndiceerd, de indicaties jaar op jaar lager uitvallen. De uren worden verminderd en er wordt meer activerende begeleiding omgezet in ondersteunende begeleiding. Dit kan duiden op een ander en strikter indicatiebeleid, maar het roept ook de vraag op of er in het verleden niet sprake is geweest van een te ruim indicatiebeleid bij deze groep budgethouders of dat destijds juist meer de zwaardere gevallen gebruikt maakten van het pgb. We kunnen met ons onderzoek echter geen uitspraken doen over de verschillen in zwaarte van de gedragsproblematiek bij deze jonge budgethouders die al langer gebruik maken van het pgb in vergelijking met zij die pas sinds 2007 zijn ingestroomd. Dat zou op zich wellicht een verklaring kunnen bieden voor de verschillen in de omvang van de indicaties en tevens ook hoogte van budgetten tussen beide groepen.

Een ander opmerkelijk verschil tussen de indicaties door BJZ en CIZ, is dat BJZ voor een beperkte duur indicaties afgegeven. In bijna alle 20 gezinnen werd er jaarlijks geïndiceerd. Ouders ervaren dit als een last. De onzekerheid die dit met zich meebrengt is groot. Het bevordert in geen geval de stabiliteit en continuïteit van de zorg. En dat is het waar juist in deze gezinnen een grote behoefte aan hebben. Riskant is het ook, temeer omdat het moeilijk is om deskundige begeleiders te vinden. Als door

ouders onvoldoende werkgarantie (en daarmee ook inkomen) kan worden afgegeven aan de hulpverleners, is de kans groot dat zij eerder op zoek gaan naar een andere werkomgeving. De kwaliteit van de zorg aan de kinderen is hiermee niet gediend.

Het lage budget dat deze jonge budgethouders met PSY ontvangen, is ook nog eens moeilijk te besteden. Tussen de 43 en 31 procent (afhankelijk van het instroomjaar) heeft onderbesteding. De redenen van de onderbesteding zijn verschillend van aard. Zo geven ouders aan bewust geld opzij te zetten voor tijden waarin iets extra's nodig is. Men is ook wat huiverig om het budget helemaal te besteden uit de angst later te kort te komen. Ook wordt er goedkopere hulp ingeschakeld. Maar belangrijker nog is de reden dat men geen geschikte/deskundige hulp kon vinden of dat men de benodigde zorg niet kon krijgen.

- Medicalisering als verklaring voor groei

In zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek hebben we geprobeerd in de medicalisering van gedrags- en relationele problemen een mogelijke verklaring te vinden voor het groeiend aantal jongeren dat gebruik maakt van het pgb. In het kwalitatieve onderzoek is dat beter gelukt dan in het kwantitatieve deel waarbij gebruik is gemaakt van een schriftelijke vragenlijst. Ouders konden daar scoren op een aantal positieve en een aantal negatieve aspecten van (vroeg) diagnosticering. In de diepte-interviews met 20 gezinnen geven de ouders aan dat de maatschappij complexer is geworden, dat scholen minder structuur en bescherming bieden en dat het onderwijsstelsel meer gericht is op interactie, samenwerking in de groep en zelfredzaamheid. Kinderen met ASS (stoornis in het autistische spectrum) kunnen zich hier minder goed in handhaven, vallen eerder op of gaan afwijkend gedrag vertonen. Voor een deel zien we dit gedachtepatroon terug in de scores op de negatieve aspecten van (vroeg) diagnosticering van autisme en andere gedragsstoornissen. Ouders vinden het vooral erg dat hun kinderen eerder in de problemen raken en eerder opvallen door hun afwijkend gedrag. Wat de positieve aspecten van (vroeg) diagnosticering aangaat, zijn de ouders veel eenduidiger. Bijna alle ouders (80-90 procent) zijn blij met de vaststelling en erkenning van de gedragsproblemen. Belangrijk daarbij is dat deze diagnosestelling toegang geeft tot de benodigde zorg en ondersteuning. Hieruit kan afgeleid worden dat medicalisering in zekere mate een rol speelt

Verder komt uit het diepteonderzoek naar voren dat de diagnose ASS vaker en eerder wordt gesteld. Er is sprake van een toenemende kennis over de problematiek zowel bij professionals als bij ouders en deze kennis wordt ook sneller en eerder toegepast in de praktijk. Symptomen worden hierdoor eerder (h)erkend en gediagnosticeerd. Niet het aantal jongeren met ASS neemt toe, maar het aantal als zodanig gediagnosticeerden neemt toe. Het toenemende gebruik van het pgb is deels te verklaren door het gebrek aan een toereikend en sluitend regulier hulpaanbod, maar deels ook uit het feit

dat het pgb zich als een olievlek verspreidt onder de doelgroep. Steeds meer mensen raken bekend met het pgb; vooral via mond-op-mond reclame van ouders onderling.

Het pgb heeft inderdaad zoals bij aanvang van het onderzoek verondersteld, een bijzondere aantrekkingskracht op ouders van jongeren/kinderen met een psychiatrische problematiek. Het pgb vormt kennelijk een beter alternatief voor zorg in natura, dat als onvoldoende flexibel wordt ervaren en niet goed aansluit bij de specifieke problemen en hulpvragen van deze jongeren met hun ouders. Met het pgb kan zorg worden gerealiseerd die beter aansluit bij de behoefte van kind en het gezin waarin het leeft. Zorg op de gewenste tijden (na schooltijd, in weekenden en de 12 weken schoolvakanties) die structureel van aard is en die wordt verleend door een persoon en/of instantie waar het kind zich vertrouwd mee voelt. Dat is de meerwaarde die het pgb hen biedt.

Deel I

Toekenningen en hoogte van budgetten

Clarie Ramakers
Roelof Schellingerhout
Frank Miedema

1 Aantal toegekende budgetten en hoogte van budgetten

1.1 Inleiding

Op verzoek van VWS heeft het ITS nieuwe analyses gedaan op het meest recente VGZ databestand. Het gaat om een update van de gegevens in de tabellen 6.1 tot en met 6.4 uit deel II van het evaluatierapport (ITS, 2007), met dien verstande dat het pgb voor de huishoudelijke verzorging eruit gelaten moest worden door de komst van de WMO. Ook het jaar 2003 kon weggelaten worden en 2007 moest eraan worden toegevoegd.

Het gaat hier nu om gegevens met stand van zaken bij de vier VGZ zorgkantoren op 1 november 2007. Alle toekenningen van budgetten zijn meegenomen, ook die pas na deze peildatum ingaan.

Het bestand bevat gegevens over toekenningen van budgetten in de jaren 2004, 2005 en in tegenstelling tot de eerdere analyse ook het hele jaar 2006. Voor het jaar 2007 gaat het over de periode januari tot en met oktober 2007. Om een goede vergelijking tussen de jaren mogelijk te maken, zijn voor alle jaren de budgetten voor huishoudelijke verzorging verwijderd.

In de tabellen komen cellen voor met het percentage nul. Nul procent is een afgrond percentage van zeer kleine aantallen. Bij deze nullen worden wel netto budgetbedragen gepresenteerd. We hebben ervoor gekozen om deze gemiddelde budgetbedragen wel in de tabellen te laten zien, maar deze moeten met voorzichtigheid behandeld worden omdat ze gebaseerd zijn op zeer kleine aantallen (tussen 1 en 10). Ook komen in de tabellen horizontale streepjes voor. Dit geeft aan dat de desbetreffende waarde niet voorkomt.

1.2 Grondslagen, zorgfuncties en achtergrondkenmerken van budgethouders

In dit rapport presenteren we basisgegevens die betrekking hebben op het aantal toegekende budgetten en de hoogte van de budgetten. Het gaat dan om antwoord op vragen als ‘Hoeveel budgethouders waren er in 2007 jonger dan 17 jaar?’ of ‘Hoeveel budgethouders zijn geïndiceerd voor activerende begeleiding?’ of ‘Wat is het gemiddelde netto budget voor mensen met een psychiatrische grondslag?’. Dergelijke gegevens staan niet los van elkaar. De hoogte van een budget hangt, naast de hoeveelheid hulp ook af van de specifieke zorgfunctie(s) waarvoor men is geïndiceerd. Mensen krijgen een indicatie voor een zorgfunctie op basis van een bepaalde grondslag. Deze

grondslag hangen weer samen met kenmerken van de budgethouder, zoals leeftijd. Een voorbeeld: naarmate mensen ouder worden, nemen de lichamelijke beperkingen toe. Op basis van leeftijd zou men dus verwachten dat er onder budgethouders met een somatische grondslag veel ouderen te vinden zijn (hetgeen ook het geval is).

De hier gepresenteerde gegevens kunnen niet los van elkaar worden gezien. Daarom hebben we in deze paragraaf allereerst gekeken naar de samenhang tussen grondslag, zorgfuncties en achtergrondkenmerken van budgethouders. Deze samenhang blijkt per jaar niet veel te verschillen. Daarom worden gegevens uit het meest recente jaar (2007) gepresenteerd. De tabellen die betrekking op de jaren 2004-2006 staan in bijlage 1.

Zorgfuncties naar grondslag

In tabel 1.1 is te vinden voor welke zorgfuncties budgethouders geïndiceerd zijn en op basis van welke grondslag.

Tabel 1.1 – Functies naar grondslag 2007, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PSY/S	totaal
<i>N=</i>	4.919	389	4.981	760	2.447	353	450	12.100
<i>Functie</i>								
PV	80	81	5	69	35	44	28	42
VP	41	58	2	28	10	18	16	20
OB	52	96	92	85	95	82	86	76
AB	6	10	51	20	29	38	30	28
KV	12	28	36	33	48	29	22	27
VV	18	49	13	40	46	33	14	20

Budgethouders met een *somatische grondslag* zijn vaak voor persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding geïndiceerd. Budgethouders met een psychogeriatrische grondslag hebben een variëteit aan functies. Vrijwel allemaal hebben zij echter de indicatie ondersteunende begeleiding en een grote meerderheid heeft persoonlijke verzorging. Ongeveer de helft heeft verpleging en vervoer. Budgethouders met een *psychiatrische grondslag* krijgen vrijwel allemaal ondersteunende begeleiding. De helft krijgt activerende begeleiding en ruim een derde heeft een indicatie voor kortdurend verblijf.

Budgethouders met de grondslag *lichamelijke handicap* hebben vaak persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en vervoer. Budgethouders met de indicatie *verstandelijke handicap* hebben eveneens vaak ondersteunende begeleiding en in veel gevallen een indicatie voor kortdurend verblijf, vervoer of persoonlijke verzorging.

Budgethouders met een *zintuiglijke handicap* als grondslag krijgen een variëteit aan functies geïndiceerd, maar vrijwel allemaal krijgen zij ondersteunende begeleiding. Hetzelfde kan worden gezegd voor budgethouders met een psychosociale grondslag.

Grondslag naar achtergrondkenmerken van budgethouders

Ongeveer een vierde van de budgethouders in 2007 is dat jaar ingestroomd (zie tabel 1.2). Mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap als grondslag zijn relatief gezien minder vaak instromer. Budgethouders met een somatische of psychogeriatrische grondslag zijn over het algemeen ouder dan de overige budgethouders. Niet verwonderlijk zijn de alleroudsten (71 jaar of ouder) sterk oververtegenwoordigd bij budgethouders met een psychogeriatrische grondslag. Budgethouders met een psychiatrische grondslag of een grondslag lichamelijke handicap, verstandelijke handicap of zintuiglijke handicap zijn voor meer dan de helft jonger dan 17 jaar. Onder hen zijn vrijwel geen personen ouder dan 71 jaar te vinden, met als uitzondering de budgethouders met grondslag zintuiglijke handicap, van wie 13 procent ouder dan 71 jaar is. Budgethouders met een psychosociale grondslag kunnen van iedere leeftijd zijn, maar vaak zijn zij toch jonger dan 50 jaar.

Tabel 1.2 – Grondslag naar achtergrondkenmerken budgethouders 2007, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PSY/S	totaal
<i>N=</i>	4.919	389	4.981	760	2.447	353	450	12.100
<i>Instromer</i>								
nee	76	69	71	84	80	80	77	74
ja	24	31	29	16	20	20	23	26
<i>Leeftijd begin jaar</i>								
t/m 17	11	6	66	56	58	51	33	42
18 t/m 50	20	4	27	34	37	22	34	26
51 t/m 70	29	16	6	9	4	14	17	15
71 of ouder	40	73	1	1	0	13	15	18
<i>Geslacht</i>								
man	38	40	72	58	60	53	56	56
vrouw	62	60	28	42	40	47	44	44
<i>Huishoudtype</i>								
alleenstaand	41	43	32	34	42	41	38	37
samenwonend	59	57	68	66	58	59	62	63

Omdat budgethouders met een somatische of psychogeriatrische grondslag gemiddeld ouder zijn, zijn er onder hen meer vrouwen dan mannen te vinden, in tegenstelling tot de overige budgethouders. Over alle budgethouders heen gezien zijn er iets meer mannen dan vrouwen.

Voor alle budgethouders geldt, ongeacht de grondslag, dat zij vaker samenlevend dan alleenstaand zijn.

Zorgfunctie naar achtergrondkenmerken van budgethouders

Budgethouders met de indicatie activerende begeleiding zijn relatief vaak instromers (zie tabel 1.3).

Tabel 1.3 – Functie naar achtergrondkenmerken budgethouders 2007, in procenten

	PV	VP	OB	AB	KV	VV	totaal
	<i>N=</i> 5.181	2.414	9.372	3.515	3.365	2.487	12.368
<i>Instromer</i>							
nee	78	77	74	69	78	77	74
ja	22	23	26	31	22	23	26
<i>Leeftijd begin jaar</i>							
t/m 17	16	13	50	76	74	43	42
18 t/m 50	21	20	28	20	15	28	26
51 t/m 70	25	25	11	2	4	13	15
71 of ouder	38	41	21	2	7	16	18
<i>Geslacht</i>							
man	40	43	62	71	68	58	56
vrouw	60	57	38	29	32	42	44
<i>Huishoudtype</i>							
alleenstaand	41	43	37	28	31	38	37
samenwonend	59	57	63	72	69	62	63

Wat leeftijd en geslacht van de budgethouders betreft zijn er drie groepen in zorgfuncties te onderscheiden: (1) Budgethouders met een indicatie voor persoonlijke verzorging of verpleging zijn over het algemeen ouder en zijn over het algemeen vrouw. (2) Budgethouders met een indicatie voor ondersteunende begeleiding of vervoer zijn over het algemeen een stuk jonger dan de eerste groep, maar onder hen zijn toch nog wat ouderen te vinden. In tegenstelling tot de eerste groep gaat het hier vaker over mannen dan over vrouwen. (3) Budgethouders met een indicatie voor activerende begeleiding of kortdurend verblijf zijn voor driekwart jonger dan 75 jaar

en onder hen zijn vrijwel geen ouderen te vinden. Net als bij de tweede groep zijn hier ook meer mannen dan vrouwen.

De eerste en de derde groep zijn het meest uitgesproken. Met enige fantasie zijn hier de volgende stereotypen uit te halen. Bij de eerste groep gaat het om ouderen, met name oudere vrouwen die vanwege lichamelijke beperkingen door het ouder worden, hulp nodig hebben. Bij de derde groep gaat het om jongeren, met name jongens, die vanwege psychiatrische aandoeningen of een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap hulp nodig hebben.

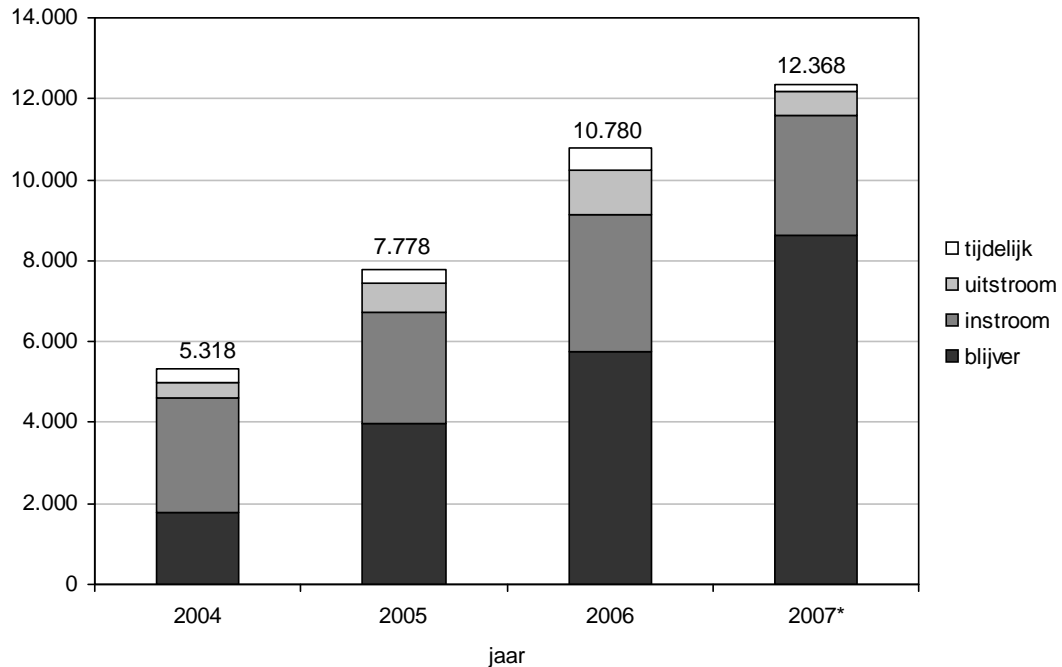
1.3 In- en uitstroom van budgethouders

In tabel 1.4 is weergegeven hoeveel budgethouders elk jaar instromen en uitstromen. We onderscheiden de volgende groepen budgethouders: blijvers, instromers, uitstromers en tijdelijke budgethouders. Een 'blijver' in 2005 is een budgethouder die in 2004 budget heeft ontvangen en dit in 2005 ook nog steeds krijgt en budgethouder blijft tot (minimaal) 2006. Wanneer deze budgethouder halverwege 2005 geen budget meer ontvangt, is het een 'uitstromer'. Een 'instromer' is een budgethouders die in een bepaald jaar voor het eerst een pgb-nieuwe stijl ontvangt én het jaar daarna ook nog (en wellicht nog langer). Tot slot spreken we nog van 'tijdelijke' budgethouders. Dat zijn budgethouders die in hetzelfde jaar instromen én ook weer uitstromen. Deze budgethouders ontvangen dus slechts tijdelijk een budget. Tabel 1.4 geeft de omvang van deze groepen in absolute aantallen en procenten. De omvang van deze groepen in absolute aantallen is tevens te vinden in figuur 1.1.

Tabel 1.4 – Instroom en uitstroom van budgethouders, in procenten en absolute aantallen

	Budgethouders in procenten				Budgethouders absoluut			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
blijver	33	51	53	70	1.769	3.980	5.753	8.613
instroom	53	35	31	24	2.827	2.729	3.386	2.984
uitstroom	7	9	10	5	381	738	1.077	591
tijdelijk	6	4	5	1	341	331	564	180
totaal	100	100	100	100	5.318	7.778	10.780	12.368

Figuur 1.1 – Instroom en uitstroom van budgethouders voor de jaren 2004-2007, in absolute aantallen



* 2007: januari tot en met oktober

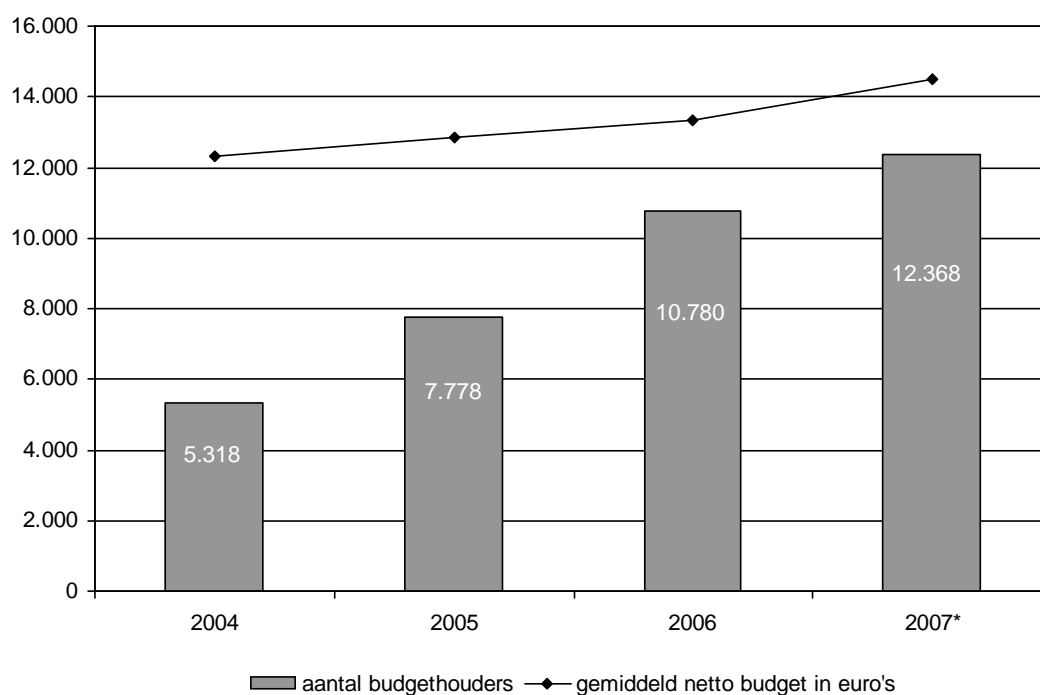
Uit tabel 1.4 en figuur 1.1 blijkt dat steeds meer budgethouders ook meerdere jaren budgethouder blijven. In 2004 was dat 33 procent en in 2006 is dit percentage gestegen naar 53 procent. Van het jaar 2007 zijn alleen gegevens opgenomen tot en met oktober en is dus geen volledig boekjaar. Dit verklaart het hoge percentage (70%) van blijvers in 2007; van de budgetten waarvan de einddatum 31-12-2007 is, is namelijk de aanname gemaakt dat deze verlengd zullen worden. Ten opzichte van het totale aantal cliënten nemen de instromers een steeds kleiner aandeel in. Dit is ook logisch gezien de grote groep blijvende budgethouders. Wanneer we enkel naar de absolute aantallen kijken, zien we dat de groep instromers groeit. Voor 2007 zou dan, berekend op basis van de groei in 10 maanden, het aantal instromers kunnen uitkomen op 3580. Het aandeel tijdelijke budgethouders neemt af in de periode 2006-2007 (ook in absolute zin).

Totale groep budgethouders

1.4 Toegekende budgetten naar achtergrondkenmerken, totale groep

In deze paragraaf presenteren wij de gegevens over het aantal toegekende budgetten en hoogte van budgetten naar achtergrondkenmerken van de totale groep budgethouders. De cijfers over 2007 hebben betrekking op de periode januari t/m oktober 2007. Figuur 1.2 geeft het aantal budgethouders en de gemiddelde hoogte van de netto budgetten voor de periode van 2004-2007.

Figuur 1.2 – Aantal budgethouders in absolute aantallen en gemiddeld netto budget in euro's



* 2007: januari tot en met oktober

Het gemiddeld netto budget is net zoals het aantal budgethouders de afgelopen jaren gestegen, van €12.305 in 2004 tot €14.486 in 2007.

Regionale verschillen

Zorgkantoor Noordoost Brabant heeft in alle jaren de meeste budgetten toegekend (zie tabel 1.5). Het gemiddelde bedrag van het toegekende budget wijkt niet sterk af tussen de verschillende zorgkantoren. Bij alle kantoren is een stijging van het budget waarneembaar van ongeveer €12.305 in 2004 tot circa €14.486 in 2007. In 2006 en 2007 kent zorgkantoor Noordoost Brabant de laagste budgetten toe in vergelijking met de andere VGZ zorgkantoren.

Gemiddeld worden in elk jaar iets meer dan twee keer zoveel budgetten toegekend aan mensen op het platteland dan aan mensen in de stad. Het gemiddelde bedrag ligt voor het platteland ook iets hoger (in alle jaren) dan de stad.

Bestaande en nieuwe budgethouder

Bestaande budgethouders (oude cliënten) hebben een hoger budget dan nieuwe budgethouders (tabel 1.5). Hierbij moet rekening worden gehouden met de groep tijdelijken onder de groep nieuwe cliënten. Zij stromen in hetzelfde jaar in en uit en hebben daardoor gemiddeld een lager budget op jaarbasis. Er stroomden in de periode 2004 – 2007 steeds minder mensen in. Was in 2004 nog 60 procent van de budgethouders ‘nieuw’; in 2007 bedroeg dit percentage nog 26 procent.

Geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, huishoudtype en inkomen

In 2004 ontvingen evenveel mannen als vrouwen een budget. In de jaren daarna werd de verdeling onevenwichtiger. In 2007 was 56 procent van de budgetten voor mannen bestemd en 44 procent voor vrouwen. Mannen ontvangen in alle jaren een hoger budget dan vrouwen.

Tabel 1.5 – Achtergrondkenmerken van budgethouders, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	<i>N=</i>	5.318	7.778	10.780	12.368				
<i>Zorgkantorregio</i>									
Nijmegen	20	21	20	20	12.835	13.117	14.243	14.672	
Midden Brabant	19	19	19	19	12.985	13.207	13.902	15.422	
Noordoost Brabant	40	38	40	38	12.203	12.583	12.330	13.399	
Noord en midden Limburg	21	22	21	23	11.425	12.708	13.768	14.486	
<i>Stad/platteland</i>									
stad	30	31	31	31	11.334	11.604	12.272	13.541	
platteland	70	69	69	69	12.728	13.395	13.786	14.908	
<i>Nieuwe/oude cliënt</i>									
nieuw	60	39	37	26	9.382	7.322	7.601	8.710	
oud	40	31	63	74	16.613	16.420	16.616	16.472	
<i>Geslacht</i>									
man	51	53	55	56	13.397	13.622	13.883	14.870	
vrouw	49	47	45	44	11.117	11.952	12.620	13.998	
<i>Leeftijd begin van het jaar</i>									
t/m 17	37	39	40	42	13.120	13.113	13.284	13.853	
18 t/m 50	26	25	25	26	13.510	14.931	15.983	17.194	
51 t/m 70	16	16	15	15	9.772	10.583	11.691	13.756	
71 of ouder	22	21	19	18	11.327	11.543	11.127	12.681	
<i>Burgerlijke staat</i>									
ongetrouwd	63	65	66	68	13.263	13.707	14.216	15.127	
getrouwd	23	22	21	21	10.510	11.151	12.117	13.793	
partnerschap	2	2	2	2	9.390	11.050	10.449	11.802	
wedu(e)(naar)	12	11	11	10	11.198	11.439	10.556	12.030	
<i>Huishoudtype</i>									
alleenstaand	44	40	37	37	13.163	14.303	14.622	15.075	
samenlevend	56	60	63	63	11.619	11.861	12.551	14.142	
<i>Inkomen*</i>									
	<i>N=</i>	3.270	4.592	5.399	5.155				
geen	1	3	5	9	11.808	16.881	16.797	18.342	
t/m 12.000	9	22	23	22	10.552	13.464	16.107	19.043	
12.001 t/m 15.000	36	22	21	19	13.322	13.777	14.662	17.060	
15.000 t/m 20.000	16	17	17	17	11.338	11.391	12.903	14.889	
20.001 t/m 30.000	15	15	14	14	10.573	11.595	12.337	14.438	
> 30.000	22	21	21	20	12.373	12.881	15.677	19.116	

* alleen budgethouders die eigen bijdrageplichtig zijn

De grootste groep budgetontvangers is 17 jaar of jonger. De gemiddelde budgetten zijn het hoogst voor cliënten in de leeftijd t/m 50 jaar. Budgethouders in de leeftijds-categorie 18 t/m 50 jaar krijgen in 2007 gemiddeld bijna €17.200; jongere budgethouders ontvangen in 2007 rond de €13.850.

Wat burgerlijke staat betreft zijn ongehuwden de grootste groep waaraan budgetten worden toegekend. Het percentage ongehuwden is in de periode 2004-2007 licht toe genomen, van 63 procent in 2004 tot 68 procent in 2007. Het percentage alleenstaanden is in de periode 2004-2007 afgenomen van 44 procent in 2004 naar 37 procent in 2007. Ongehuwden ontvangen gemiddeld het hoogste budget. In 2007 was dit ruim €15.000. Het inkomen is alleen bekend voor budgethouders die eigen bijdrageplichtig zijn. Budgethouders zijn niet eigen bijdrage plichtig indien zij jonger zijn dan 18 of (dit geldt vanaf 2006) alleen activerende en / of ondersteunende begeleiding ontvangen. Ruim éénvijfde van de eigen bijdrage plichtige budgethouders had in 2007 een inkomen t/m €12.000. Deze groep ontving in 2007 gemiddeld ook het hoogste budget te weten ruim €19.000. De groep budgethouders met een inkomen tussen €12.001 en €15.000 daalde in de periode 2006-2007 met 17 procent.

Tabel 1.6 – Budgethouders naar herkomst budget, indicatie-orgaan, eigen bijdrageplicht, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	N=	5.318	7.778	10.780	12.368				
<i>Herkomst PGB-oude stijl</i>									
geen Oude Stijl	58	68	76	81	9.875	10.309	10.808	12.609	
V&V	24	19	13	11	14.748	16.683	18.962	20.377	
VG	9	8	7	6	20.901	23.564	28.163	29.066	
GGz	8	5	3	2	12.060	13.586	14.228	13.994	
LG	0	0	0	0	36.941	35.584	39.847	39.472	
<i>Geïndiceerd door</i>									
CIZ	100	86	78	75	12.311	13.541	14.314	15.802	
BJZ	0	14	22	25	2.192	8.357	9.765	10.446	
<i>PGZ/ZIN</i>									
alleen PGB	82	82	81	82	12.097	12.528	13.112	14.258	
combinatie PGB-ZIN	18	18	19	18	13.269	14.252	14.169	15.533	
<i>EB plichtig</i>									
nee	39	41	50	58	12.631	12.797	11.930	12.479	
ja	61	59	50	42	12.101	12.871	14.692	17.295	

Het aantal door BJZ geïndiceerde budgethouders is in de periode 2004-2007 met 24 procent toegenomen (zie tabel 1.6). Zij ontvangen gemiddeld een lager budget dan door CIZ geïndiceerde budgethouders. Het aantal budgethouders dat eigen bijdrageplichtig is, is in de periode 2004-2007 met bijna 20 procent gedaald.

Grondslag

Het hoogste gemiddelde budget wordt uitgekeerd aan mensen met een grondslagcombinatie van verstandelijk-, lichamelijk- en zintuiglijk gehandicapten met psychosociale problemen (zie tabel 1.7). Zij ontvangen jaarlijks een budget van circa €25.000. Deze groep is relatief klein. Het percentage budgethouders met alleen de psychiatrische grondslag is in de periode 2004-2007 met 9 procent gestegen. Deze groep ontvangt gemiddeld het laagste budget, namelijk zo'n €10.000.

Tabel 1.7 – Grondslagcombinaties van budgethouders, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	<i>N=</i>	5.318	7.778	10.708	12.368				
<i>Grondslag bekend</i>									
nee	26	16	8	2	11.393	11.412	12.563	16.002	
ja	74	84	92	98	12.622	13.110	13.374	14.453	
<i>Grondslag combinaties</i>									
alleen SOM	35	34	32	31	10.569	11.107	11.468	13.230	
SOM + andere	13	12	12	10	16.166	16.829	18.427	21.636	
alleen PSYCH	25	26	30	34	9.696	9.906	9.507	10.054	
PSYCH + andere	5	6	6	5	14.360	15.401	15.921	18.466	
alleen VG	11	11	10	10	16.745	17.626	18.542	18.944	
VG+LG/ZG/PSYS	3	4	4	3	21.831	19.940	23.905	25.805	
alleen LG	3	3	2	2	17.534	18.926	20.070	21.304	
restcombinaties	4	4	4	5	12.215	14.068	13.252	14.235	

Tabel 1.8 – Zorgfunctie en functiecombinatie van budgethouders, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	N=	5.318	7.778	10.708	12.368				
<i>Funcities</i>									
PV	48	46	43	42	15.142	16.300	17.611	19.510	
VP	23	24	23	20	20.060	21.085	21.917	25.972	
OB	62	67	72	76	14.696	15.082	15.221	16.164	
AB	27	28	29	28	11.799	12.242	12.302	13.533	
KV	18	21	25	27	17.774	18.378	20.071	21.491	
VV	8	12	16	20	21.018	20.781	21.223	22.432	
<i>Enkelvoudige functies</i>									
alleen PV	18	15	13	12	5.374	5.200	5.130	5.915	
alleen VP	2	2	1	1	10.480	10.213	9.356	9.561	
alleen OB	16	16	17	18	7.183	6.834	7.006	7.165	
alleen AB	7	6	5	4	3.628	3.632	3.199	3.516	
alleen KV	0	0	0	0	3.676	4.971	7.126	5.454	
combinaties	57	61	65	65	17.132	17.463	17.508	18.876	
<i>Funciecombinaties</i>									
alleen OB	16	16	17	18	7.183	6.834	7.006	7.165	
alleen PV	18	15	13	12	5.374	5.200	5.130	5.915	
OB+AB	10	10	11	10	9.636	9.289	8.244	8.534	
OB+AB+KV	6	7	7	7	15.895	15.987	16.154	16.743	
OB+KV	6	6	7	7	12.918	12.317	12.897	13.654	
PV+VP	10	8	7	6	16.368	17.111	17.664	19.894	
PV+VP+OB	7	8	6	5	25.379	25.774	25.612	30.015	
rest*	27	30	33	35	15.270	16.214	17.678	19.633	

* Alle functiecombinaties minder dan 5 procent, vallen onder de categorie rest.

Zorgfuncties en functiecombinaties

De functies ondersteunende begeleiding (OB) en persoonlijke verzorging (PV) worden in alle jaren het vaakst geïndiceerd (tabel 1.8). PV laat een kleide daling zien, terwijl OB elk jaar tussen de 3 en 5 procent stijgt. Enkelvoudige indicaties komen minder vaak voor dan indicaties die bestaan uit meerdere zorgfuncties, respectievelijk 35 en 65 procent (2006 en 2007). Ondersteunende begeleiding (OB) wordt het vaakst enkelvoudig geïndiceerd (18 procent). Als er verpleging (VP) is geïndiceerd, levert dat het hoogste gemiddelde budget op. In 2007 bedroeg het gemiddelde budget van een budgethouder met VP bijna €26.000. Het laagste budgetbedrag ontvangen budgethouders met AB in 2007, namelijk €13.533. Opvallend is de ontwikkeling in de hoogte van sommige gemiddelde budgetbedragen in de periode 2004-2007. Zo is het

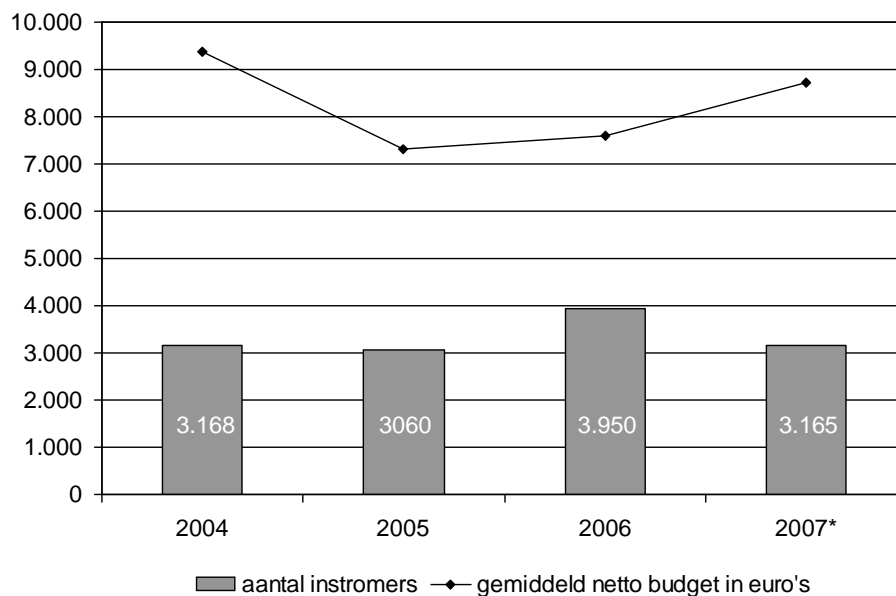
budget van een budgethouder met VP in de genoemde periode met bijna 30 procent toegenomen. En het budget van budgethouders met de functiecombinatie PV+VP+overig stijgt met gemiddeld zo'n €6.000, namelijk van €22.213 in 2004 tot €28.202 in 2007.

Instromers

1.5 Toegekende budgetten naar achtergrondkenmerken, alleen instromers

We presenteren dezelfde gegevens maar nu alleen voor de instromers. Instromers zijn budgethouders die in een bepaald jaar voor het eerst een pgb ontvangen. Een deel daarvan stroomt ook in datzelfde jaar weer uit (tijdelijke budgethouders). Figuur 1.3 geeft de aantallen instromers en het gemiddeld netto budget voor de verschillende jaren.

Figuur 1.3 – Aantal instromers in absolute aantallen en gemiddeld netto budget in euro's



* 2007: januari tot en met oktober

Het gemiddeld netto budget van de instromers daalde van €9.381 in 2004 tot €7.321 in 2005, om daarna weer te stijgen tot €8.708 in 2007.

Achtergrondkenmerken van instromers

In tabel 1.9 zijn alleen de instromers (nieuwe en tijdelijke budgethouders) opgenomen. Hierdoor komen de verschillen per jaar beter naar voren. Zorgkantoor Noord-oost Brabant kent van de VGZ zorgkantoren de meeste instromers. Het gemiddelde bedrag dat in 2007 werd uitgekeerd, is overigens bij dit zorgkantoor het laagst van alle andere VGZ zorgkantoren, te weten €7.739. Het gemiddelde toegekende budget bedroeg bij de andere VGZ zorgkantoren circa €9.200.

De gemiddelde budgetbedragen verschillen in 2007 niet tussen stad en platteland. Mannen ontvingen in 2004 en 2005 een gemiddeld hoger budget dan vrouwen; in 2006 en 2007 daarentegen ontvingen mannen gemiddeld een lager budget dan vrouwen. In de periode 2004 -2007 nam het aantal mannen onder de instroom toe.

Instromers van 51 jaar en ouder krijgen gemiddeld een lager budget dan jongere cliënten. Dit in alle jaren met uitzondering van 2007. Ongehuwden ontvangen gemiddeld het hoogste budget. Alleen in 2007 ontvingen weduwen en weduwnaars een hoger budget. Alleenstaanden ontvangen gemiddeld een hoger budget dan samenlevenden. Het percentage alleenstaanden is in de periode 2004-2007 met 7 procent afgenomen. Het aantal eigen bijdrage plichtige budgethouders dat geen inkomen heeft, steeg in de periode 2004-2007 van 2 naar 17 procent. Het percentage budgethouders met een inkomen van €12.001 t/m €30.000, daalde van 35 naar 11 procent.

Tabel 1.9 – Achtergrondkenmerken van instromers, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Instromers in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	<i>N=</i>	3.168	3.060	3.950	3.164				
<i>Zorgkantorregio</i>									
Nijmegen	19	21	18	19	8.510	7.576	8.313	9.322	
Midden Brabant	20	21	19	21	10.797	6.922	7.996	9.368	
Noordoost Brabant	39	36	42	36	9.721	7.042	6.908	7.739	
Noord en midden Limburg	21	22	21	24	8.204	7.927	8.046	9.113	
<i>Stad/platteland</i>									
stad	31	32	32	32	8.750	6.379	7.220	8.620	
platteland	69	68	68	68	9.665	7.760	7.778	8.752	
<i>Geslacht</i>									
man	52	56	57	57	10.045	7.830	7.547	8.537	
vrouw	48	44	43	43	8.676	6.677	7.672	8.939	
<i>Leeftijd begin van het jaar</i>									
t/m 17	40	44	43	44	9.607	7.348	7.056	7.850	
18 t/m 50	25	23	25	25	10.580	8.770	9.742	9.190	
51 t/m 70	15	15	14	14	7.231	6.825	6.790	9.862	
71 of ouder	20	18	18	18	9.029	6.415	6.596	9.255	
<i>Burgerlijke staat</i>									
ongetrouwd	67	66	66	66	10.242	7.654	8.165	8.717	
getrouwd	21	21	20	22	7.545	6.935	6.829	8.654	
partnerschap	1	2	2	2	7.896	7.297	5.021	7.048	
weduw(e)(naar)	11	11	11	10	7.855	6.058	6.131	9.167	
<i>Huishoudtype</i>									
alleenstaand	47	34	32	40	11.159	8.199	8.665	9.182	
samenlevend	53	66	68	60	7.827	6.874	7.109	8.393	
<i>Inkomen*</i>									
	<i>N=</i>	1.821	1.646	1.331	577				
geen	2	4	4	17	9.640	11.562	7.496	11.165	
t/m 12.000	11	23	22	17	8.028	8.036	11.789	12.792	
12.001 t/m 15.000	35	21	20	11	11.157	8.283	11.372	13.857	
15.000 t/m 20.000	15	17	16	16	8.801	6.379	6.946	9.858	
21.001 t/m 30.000	16	15	14	16	8.238	5.884	6.835	13.177	
> 30.000	21	20	24	22	8.434	7.135	9.365	13.321	

* alleen budgethouders die eigen bijdrageplichtig zijn

Tabel 1.10 – Instromers naar herkomst budget, indicatie-orgaan, bijdrageplichtig, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Instromers in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	N=	3.168	3.060	3.950	3.164				
<i>Herkomst PGB oude stijl</i>									
geen Oude Stijl	64	85	93	99	7.514	6.163	6.465	8.689	
V&V	20	8	2	1	11.006	12.562	17.554	11.203	
VG	10	7	4	-	16.669	15.249	26.856	-	
GGZ	6	0	0	0	11.582	9.247	6.627	11.203	
LG	-	-	-	-	-	-	-	-	
<i>Geïndiceerd door</i>									
CIZ	100	78	73	72	9.388	8.060	8.504	9.547	
BJZ	0	22	27	28	2.192	4.647	5.149	6.517	
<i>PGZ/ZIN</i>									
alleen PGB	82	83	81	82	9.237	7.143	7.441	8.849	
PGB/ZIN	18	17	19	18	10.037	8.181	8.301	8.086	
<i>EB plichtig</i>									
nee	43	46	66	82	9.387	7.192	6.655	7.899	
ja	57	54	34	18	9.377	7.433	9.463	12.347	

In 2007 zijn er bijna geen budgethouders pgb-oude stijl meer. Het aantal budgethouders geïndiceerd door het BJZ, liep op van 22 procent in 2005 tot 28 procent in 2007. Budgethouders die door CIZ zijn geïndiceerd ontvangen een hoger budget dan budgethouders die door BJZ zijn geïndiceerd. Het percentage EB-plichtigen daalde van 57 procent in 2004 naar 18 procent in 2007.

Grondslag

Uit tabel 1.11 blijkt dat instromers met een grondslagcombinatie van verstandelijk-, lichamelijk- en zintuiglijk gehandicapt én psychosociale problemen gemiddeld het hoogste budget ontvangen. Het laagste budget ontvangen in 2007 budgethouders met alleen een psychiatrische grondslag. Het percentage budgethouders met alleen psychiatrische grondslag is in de periode 2004-2007 sterk toegenomen van 27 procent in 2004 tot 40 procent in 2007. Het aantal mensen dat vanwege een verstandelijke handicap een budget ontvangt is in de periode 2004-2007 afgenomen.

Tabel 1.11 – Grondslagcombinaties van instromers, in procenten en gemiddeld netto budgetbedragen in euro's

	Instromers in procenten				Gemiddeld bedrag in €			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
	<i>N=</i> 3.168	3.060	3.950	3.164				
<i>Grondslag bekend</i>								
nee	25	13	6	1	9.375	6.066	8.899	10.919
ja	75	87	94	99	9.384	7.512	7.521	8.692
<i>Grondslag combinaties</i>								
alleen SOM	31	32	29	32	7.378	6.576	6.244	9.215
SOM + andere	13	12	11	6	11.156	9.248	11.093	12.869
alleen PSYCH	27	29	36	40	7.683	5.489	5.048	6.389
PSYCH + andere	6	7	6	4	10.850	9.412	9.455	14.406
alleen VG	13	10	9	8	13.218	9.848	11.742	9.957
VG+LG/ZG/PSYS	3	4	3	2	17.970	12.331	17.513	15.865
alleen LG	3	2	2	2	14.057	10.493	11.182	10.425
rest	4	4	5	6	6.895	8.110	7.228	8.999

Functies en functiecombinaties

Ook bij de instromers wordt ondersteunende begeleiding het vaakst geïndiceerd, met daaropvolgend persoonlijke verzorging en activerende begeleiding (zie tabel 1.12). In de loop van de jaren is er sprake van een lichte afname van de functie persoonlijke verzorging en een toename van ondersteunende begeleiding (OB). Het budget van mensen die activerende begeleiding (AB) ontvangen, is het laagste van alle budgethouders en het hoogste bij mensen met verpleging. Een enkelvoudige indicatie voor OB komt in alle jaren het vaakst voor en is in de periode 2004 - 2007 met negen procent toegenomen.

Wat functiecombinaties betreft komt 'alleen OB' en 'alleen PV' en 'OB in combinatie met AB' het vaakst voor.

Tabel 1.12 – Functies en functiecombinaties van instromers, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Instromers in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	
	N=	3.168	3.060	3.950	3.164				
<i>Functie</i>									
PV	43	42	36	36	11.447	9.662	10.542	11.654	
VP	22	22	21	18	14.967	12.211	13.000	15.868	
OB	64	67	73	76	11.338	8.728	8.853	9.953	
AB	31	32	35	35	9.204	7.160	7.016	7.887	
KV	20	22	23	23	13.581	10.621	12.369	12.502	
VV	9	12	17	18	15.286	12.241	13.096	12.003	
<i>Enkelvoudige functies</i>									
alleen PV	16	12	10	10	3.671	3.154	2.704	3.525	
alleen VP	2	2	2	2	7.418	4.572	5.105	5.605	
alleen OB	16	16	17	18	5.706	3.891	4.057	4.873	
alleen AB	8	9	7	6	3.038	2.557	2.424	2.985	
alleen KV	0	0	0	0	2.229	4.656	2.527	4.466	
combinaties	58	62	64	64	12.954	10.017	10.019	11.271	
<i>Functiecombinaties</i>									
alleen OB	16	16	17	18	5.706	3.891	4.057	4.873	
alleen PV	16	12	10	10	3.671	3.154	2.704	3.525	
OB+AB	11	12	14	15	7.924	5.532	5.172	6.609	
OB+AB+KV	7	6	6	6	13.194	9.523	9.597	11.241	
OB+KV	6	7	6	6	9.072	6.761	7.707	10.337	
PV+VP	9	7	6	4	11.777	9.519	8.842	9.312	
PV+VP+OB	7	7	5	5	20.383	16.248	17.158	26.437	
rest	27	33	35	36	11.277	8.942	9.913	9.739	

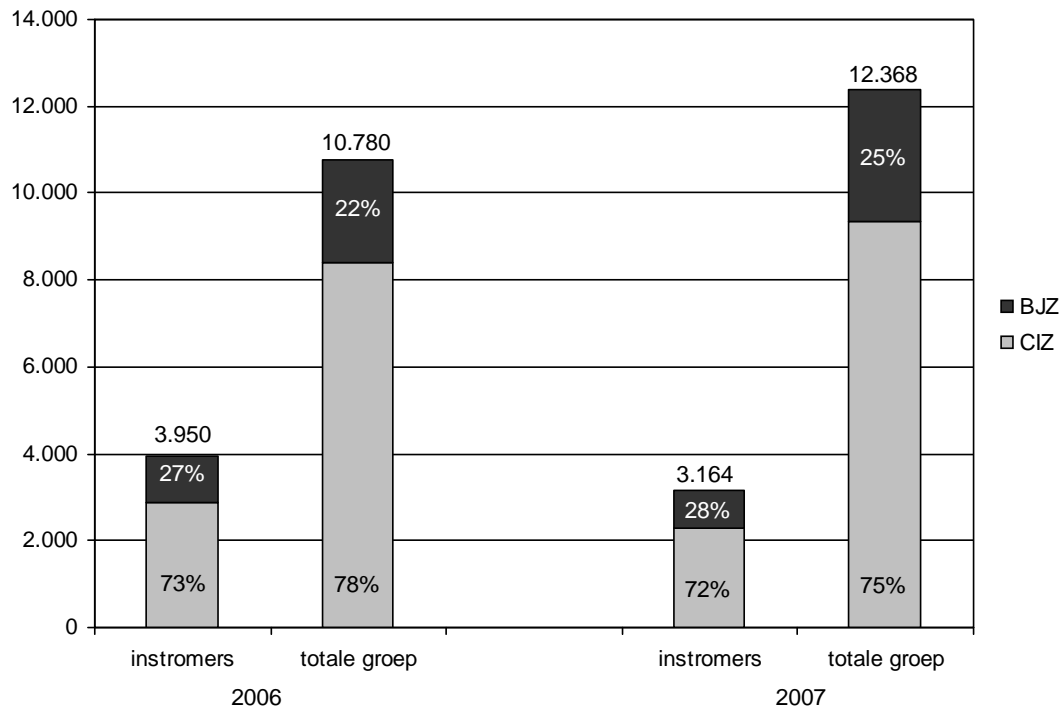
1.6 Indicatie van Centrum Indicatiestelling Zorg of Bureau Jeugdzorg

Omdat er veel belangstelling bestaat voor budgethouders afkomstig van Bureau Jeugdzorg (BJZ) hebben wij het indicatie-orgaan als variabele aan het bestand toegevoegd. We onderscheiden hier twee groepen: budgethouders met een indicatie van CIZ en een indicatie van BJZ. Omdat instromers nauwelijks afwijken van de totale groep budgethouders hebben we alleen gegevens opgenomen van de totale groep. Daar waar instromers opvallend afwijken, zullen we dat in de tekst benoemen.

Figuur 1.4 geeft de indicaties van het CIZ en het BJZ in 2006 en 2007. In 2006 ontvingen 8.407 mensen een budget op indicatie van CIZ en in 2007 9.329. Een stijging van 922. Op indicatie van BJZ ontvingen in 2006 2.373 mensen een budget en in

2007 3.039; een stijging van 666. Het aandeel van de BJZ geïndiceerden neemt in 2007 ten opzichte van 2006 licht toe met 3 procent.

Figuur 1.4 – Indicaties van het CIZ en BJZ in 2006 en 2007, in absolute aantallen en procenten



Achtergrondkenmerken van CIZ en BJZ geïndiceerde budgethouders

Opvallend is dat de combinatie pgb-zorg in natura bij de budgethouders die geïndiceerd zijn door BJZ beduidend minder vaak voorkomt dan bij CIZ geïndiceerde budgethouders, respectievelijk 6 en 22/23 procent (zie tabel 1.13).

Verder blijkt uit de gegevens dat er in de periode 2006-2007 zowel bij het CIZ als bij BJZ nauwelijks verschillen zijn in achtergrondkenmerken van budgethouders. Als de kenmerken van budgethouders met een CIZ-indicatie vergeleken worden met budgethouders met een BJZ-indicatie, dan zien we wel een aantal verschillen. Zo is viervijfde van de door BJZ geïndiceerde budgethouders van het mannelijke geslacht. Bij de door CIZ geïndiceerde budgethouders zijn de budgetten relatief gelijk over mannen en vrouwen verdeeld. Kijken we naar de leeftijd van de budgethouders dan blijkt dat alle door BJZ geïndiceerde budgethouders een leeftijd hebben van 17 jaar of jonger. Dat ligt voor de hand gezien de leeftijdsgroep waarop BJZ zich richt. Bij de groep budgethouders die door het CIZ zijn geïndiceerd valt de leeftijd van de grootste groep

budgethouders in de leeftijdscategorie 18 t/m 50 jaar en van de kleinste groep in de categorie 51 t/m 70 jaar.

We noemen verder nog twee opmerkelijke verschillen. Door CIZ geïndiceerde budgethouders ontvangen een hoger budget dan door BJZ geïndiceerde budgethouders; door CIZ geïndiceerde mannen ontvangen een hoger budget dan door CIZ geïndiceerde vrouwen.

Uit vergelijking van de bedragen die budgethouders van 17 jaar en jonger ontvangen blijkt dat de groep die door CIZ geïndiceerd is een hoger budget ontvangt, dan de groep die door BJZ geïndiceerd is.

Tabel 1.13 – Achtergrondkenmerken van budgethouders naar indicatie-orgaan, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2006		2007		2006		2007		
	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	
	<i>N=</i>	8.407	2.373	9.329	3.039				
<i>Geslacht</i>									
man		47	83	47	83	15.896	9.870	17.384	10.474
vrouw		53	17	53	17	12.922	9.246	14.389	10.309
<i>Leeftijd begin van het jaar</i>									
t/m 17		24	100	23	99	17.493	9.770	18.629	10.429
18 t/m 50		32	0	34	1	15.998	7.581	17.223	13.016
51 t/m 70		19	-	19	-	11.691	-	13.762	-
71 of ouder		25	-	24	-	11.127	-	12.681	-
<i>Burgerlijke staat</i>									
ongetrouwd		57	99	57	99	16.368	9.787	17.750	10.447
getrouwd		27	1	27	1	12.173	8.222	13.844	10.302
partnerschap		2	0	3	0	10.468	8.481	11.809	10.961
weduw(e)(naar)		14	-	13	-	10.556	-	12.030	-
<i>Huishoudtype</i>									
alleenstaand		44	12	43	19	14.736	13.162	15.830	9.839
samenlevend		56	88	57	81	13.986	9.298	15.782	10.587
<i>PGB/ZIN</i>									
alleen PGB		77	94	78	94	14.257	9.783	15.700	10.559
alleen PGB+ZIN		23	6	22	6	14.509	9.473	16.174	8.747

Grondslag, functies en functiecombinaties

Uit de tabel 1.14 blijkt dat ruim 90 procent van de mensen met BJZ indicatie een budget ontvangen vanwege psychiatrische aandoeningen. Dit komt bij budgethouders met een CIZ indicatie beduidend minder vaak voor (in 2006 13 procent en in 2007 14 procent). 41 Procent van de budgethouders met een indicatie van CIZ ontvangt een budget vanwege een somatische aandoening.

Tabel 1.14 – Grondslagcombinaties van budgethouders naar indicatie-orgaan, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2006		2007		2006		2007		
	CIZ	BJZ	CIZ	BJZ	CIZ	BJZ	CIZ	BJZ	
	<i>N=</i>	8.407	2.373	9.329	3.039				
<i>Grondslag bekend</i>									
nee	7	11	2	2	14.921	7.446	19.420	7.041	
ja	93	89	98	98	14.271	10.048	15.726	10.530	
<i>Grondslag combinaties</i>									
alleen SOM	41	1	41	0	11.470	11.094	13.231	12.966	
SOM + andere	15	0	13	0	18.438	11.969	21.665	10.132	
alleen PSY	13	93	14	94	8.509	10.038	9.260	10.432	
PSY + andere	7	1	7	1	16.148	11.701	18.736	10.612	
alleen VG	13	0	13	0	18.572	15.253	18.983	13.778	
VG+LG/ZG/PSYS	5	-	4	0	23.905	-	25.795	29.813	
alleen LG	3	-	3	-	20.070	-	21.304	-	
rest	4	5	5	5	14.532	9.122	15.044	11.874	

Door Bureau Jeugdzorg wordt voornamelijk ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en kortdurend verblijf geïndiceerd (tabel 1.15). Persoonlijke verzorging en verpleging komt niet of nauwelijks voor. Het gaat dan ook bij BJZ om een totaal andere doelgroep dan de mensen die door CIZ worden geïndiceerd. Niet alleen wat leeftijd en grondslag betreft, maar de zorgvraag is ook anders.

'Alleen OB' wordt in beide jaren zowel door CIZ als door BJZ bijna even vaak geïndiceerd. Toch ontvangen budgethouders die door BJZ zijn geïndiceerd gemiddeld een lager budget dan CIZ geïndiceerden. Het gaat om een verschil van circa €3.000 per jaar.

Tabel 1.15 – Zorgfuncties en functiecombinaties van budgethouders naar indicatie-
orgaan, in procenten en gemiddelde netto budgetbedragen in euro's

	Alle budgethouders in procenten				Gemiddeld bedrag in €				
	2006		2007		2006		2007		
	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	<i>CIZ</i>	<i>BJZ</i>	
	<i>N=</i>	8.407	2.373	9.329	3.039				
<i>Functies</i>									
PV	55	1	55	0	17.608	18.505	19.499	25.265	
VP	29	0	26	0	21.918	21.595	25.974	20.645	
OB	67	88	71	92	16.949	10.557	18.329	11.048	
AB	19	65	17	63	14.043	10.523	16.002	11.451	
KV	19	47	21	47	24.727	13.576	26.763	14.391	
VV	20	5	24	9	21.819	12.361	23.492	13.866	
<i>Enkelvoudige functies</i>									
alleen PV	16	-	16	-	5.130	-	5.915	-	
alleen VP	2	-	2	0	9.356	-	9.488	20.645	
alleen OB	17	14	18	16	7.346	5.566	7.559	5.822	
alleen AB	3	11	2	8	2.972	3.413	3.452	3.577	
alleen KV	0	0	0	0	2.527	11.725	5.578	5.371	
combinaties	62	74	62	76	19.561	11.529	21.590	12.146	
<i>Functiecombinaties</i>									
alleen OB	16	-	16	-	5.130	-	5.915	-	
alleen PV	6	25	6	25	8.671	7.867	8.964	8.238	
OB+AB	2	25	2	24	17.900	15.634	19.300	16.164	
OB+AB+KV	3	18	3	18	16.695	10.446	17.958	11.124	
OB+KV	9	-	7	-	17.664	-	19.894	-	
PV+VP	8	-	7	-	25.612	-	30.015	-	
PV+VP+OB	37	17	41	17	19.096	6.802	21.073	9.406	
rest	17	14	18	16	7.346	5.566	7.559	5.822	

1.7 Samenvatting

Kenmerken VGZ budgethouders

De populatie budgethouders uit 2007 van de vier VGZ-zorgkantoren heeft de volgende kenmerken:

- de drie meest voorkomende grondslagen zijn: somatische aandoening (41%), psychiatrische aandoening (41%) en verstandelijke handicap (20%);
- bij 80 procent van de budgethouders met een somatische problematiek is persoonlijke verzorging geïndiceerd al of niet in combinatie met andere functies;
- bij 92 procent van de budgethouders met een psychiatrische aandoening is ondersteunende begeleiding geïndiceerd al of niet in combinatie met andere functies;

- bij 95 procent van de budgethouders met een verstandelijke beperking is ondersteunende begeleiding geïndiceerd al of niet in combinatie met andere functies;
- 40 procent van de budgethouders met een somatische aandoening is 71 jaar of ouder en 62 procent is vrouw;
- 66 procent van de budgethouders met een psychiatrische aandoening is 17 jaar of jonger en 58 procent is van het mannelijke geslacht;
- bijna 60 procent van de budgethouders met een verstandelijke handicap is ook 17 jaar of jonger en van het mannelijke geslacht;
- budgethouder van 17 jaar en jonger krijgen vooral een pgb voor kort verblijf, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding geïndiceerd.

Ontwikkelingen in de periode 2004-2007

De totale populatie budgethouders wijkt in 2007 niet veel af van de populatie in de andere jaren nu de groep met huishoudelijke verzorging is weggelaten. We zien een lichte stijging van het aantal budgethouders van 17 jaar en jonger. Een stijging van 5 procent in de afgelopen 4 jaar. Ook is er sprake van een lichte toename van het aantal mannen met 5 procent. Verder zien we sinds 2005 een toename van het aantal budgethouders met een BJZ-indicatie: van 14 procent in 2005 tot 25 procent in 2007. Kijken we naar de grondslagcombinaties dan zien we dat in de loop van de jaren de enkelvoudige grondslag psychiatrische aandoening is gestegen van 25 procent in 2004 tot 34 procent in 2007. De groep budgethouders met alleen de grondslag verstandelijke handicap blijft vrij constant met zo'n 10-11 procent.

In alle jaren ontvangen budgethouders met de grondslag (VG + LG/ZG/PSYS) het hoogste budget. In 2007 ontvangt deze groep een budget van €25.805 per jaar; in 2004 was dat €21.831 per jaar. Een stijging van €4000. Ook lichamelijk gehandicapten ontvangen een vrij hoog budget. Budgethouders met alleen een psychiatrische grondslag ontvangen in alle jaren het laagste budget. Was dat in 2004 gemiddeld €9.69 per jaar, in 2007 ontvangen zij gemiddeld €10.000 per jaar.

Ondersteunende begeleiding wordt in alle jaren het vaakst geïndiceerd en neemt ook toe van 62 procent in 2004 tot 76 procent in 2007. Daarna volgt persoonlijke verzorging dat in alle jaren om en nabij de 45 procent wordt geïndiceerd. Een indicatie voor kort verblijf neemt in de jaren toe met zo'n 10 procent: van 18 procent in 2004 tot 27 procent in 2007. En de vervoersindicatie neemt toe van 8 procent in 2004 tot maar liefst 20 procent in 2007.

Enkelvoudige functies komen minder vaak voor dan meervoudige functies. In 2006 en 2007 is de verhouding constant gebleven: 35 procent enkelvoudige en 65 meervoudige functies. Alleen ondersteunende begeleiding of alleen persoonlijke verzorging komen het vaakst voor, gevolgd door de combinatie ondersteunende en activerende begeleiding.

In alle jaren ontvangen budgethouders met de functiecombinatie PV+VP+OB het hoogste budget. In 2007 was dat gemiddeld zo'n €30.000. Dit betreft in 2007 slechts 5 procent van het aantal budgethouders. De meeste budgethouders hebben een indicatie voor alleen ondersteunende begeleiding (18% in 2007). Zij ontvangen per jaar een budget van gemiddeld circa €7.000.

Kijken we alleen naar de instromers in de diverse jaren, dan kunnen we daaruit concluderen dat zij in de periode 2004-2007 nauwelijks veranderen wat achtergrondkenmerken betreft. In vergelijking met de totale groep budgethouders valt op dat het aandeel van budgethouders met alleen de psychiatrische grondslag onder de instromers relatief groter is. Dat geldt voor alle jaren. In 2007 bijvoorbeeld heeft 40 procent van de budgethouders de psychiatrische grondslag; bij de totale groep is dat 34 procent.

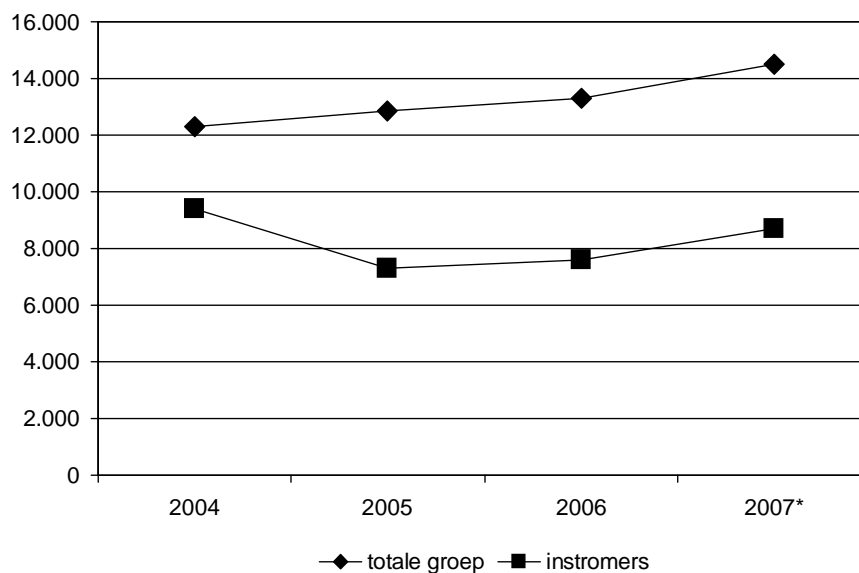
Instromers krijgen in alle jaren een lager budget dan de totale groep budgethouders. Het hoogste budget ontvangen ook hier de budgethouders met de grondslagcombinatie VG+LG/ZG/PSYS, namelijk gemiddeld €15.865. Maar dat is nog altijd €10.000 minder dan het gemiddelde budget dat deze groep budgethouders ontvangt binnen de totale populatie. Dit geldt ook voor instromers met alleen de psychiatrische grondslag. Zij ontvangen in 2007 gemiddeld een budget van €6.389 terwijl dezelfde groep binnen de totale populatie gemiddeld zo'n €3.500 meer per jaar ontvangt.

2 Kenmerken budgethouders naar hoogte netto budget

2.1 Inleiding

Sinds 2004 stijgt het gemiddeld netto budget jaarlijks voor de totale groep budgethouders (figuur 2.1). In 2004 was het gemiddeld netto budget €12.305, in 2007 was dat €14.486. Het gemiddeld netto budget voor instromers stijgt vanaf 2005 (van €7.424 in 2005 tot €8.708 in 2007). Samen met de steeds groeiende groep budgethouders betekent dit dat er steeds meer geld in pgb's omgaat.

Figuur 2.1 Gemiddeld netto budget 2004-2007, in euro's



* 2007: januari t/m oktober

Op verzoek van het ministerie van VWS worden in dit hoofdstuk de kenmerken van budgethouders afgezet tegen de hoogte van het budget dat zij krijgen. Op deze manier wordt duidelijk waarin budgethouders met lage netto budgetten afwijken van budgethouders met een hoog netto budget. Net als in het eerste hoofdstuk presenteren we de gegevens voor de totale groep budgethouders en de instromers apart. Om het geheel overzichtelijk te houden is ervoor gekozen om alleen de gegevens voor de meest recente jaren (2006 en 2007) te presenteren.

2.2 Netto budget in klassen

Om een beeld te krijgen van de verschillen tussen budgethouders naar hoogte van het netto budget wordt het netto budget ingedeeld in klassen. Tabel 2.1 geeft een uitgebreide indeling in 10 klassen.

In 2007 had 51 procent van de budgethouders een netto budget van €10.000 of minder. Bijna de helft had dus een budget dat hoger was. 12 Procent van de budgethouders had in 2007 een netto budget dat hoger was dan €30.000, slechts 1 procent had een netto budget dat over de €75.000 heen ging.

Tabel 2.1 – Totale groep budgethouders en instromers naar netto budget, in procenten en gemiddeld netto budget

	2006		2007	
	totale groep	instromers	totale groep	instromers
	<i>N=</i>	<i>10.778</i>	<i>3.949</i>	
			<i>12.367</i>	<i>3.164</i>
<i>Netto budget in klassen</i>				
t/m €1.000	8	17	4	6
€1.001 t/m €2.000	10	16	8	12
€2.001 t/m €3.000	7	11	6	12
€3.001 t/m €5.000	10	15	11	19
€5.001 t/m €10.000	22	20	25	27
€10.001 t/m €20.000	20	12	23	15
€20.001 t/m €30.000	10	5	10	5
€30.001 t/m €50.000	8	3	8	4
€50.001 t/m €75.000	3	1	3	1
€75.001 of meer	1	0	1	0
gemiddeld netto budget (€)	13.313	7.601	14.486	8.708

Voor de presentatie van gegevens zal verder een minder uitgebreide indeling in klassen van het netto budget worden gebruikt. De budgethouders worden onderverdeeld in 4 groepen. Een groep met een netto budget tot en met €2.000 (12 % in 2007 voor de totale groep budgethouders); een groep met een netto budget tussen de €2.001 en €5.000 (17% in 2007 voor de totale groep budgethouders); een groep met een netto budget tussen de €5.001 en €30.000 (58 % in 2007 voor de totale groep budgethouders) en tenslotte een groep met een netto budget hoger dan €30.000 (12% in 2007 voor de totale groep budgethouders).

2.3 Totale groep budgethouders

In deze paragraaf staat de totale groep budgethouders centraal. Tabel 2.2 geeft achtergrondkenmerken van de totale groep budgethouders naar de hoogte van het nettobudget voor de jaren 2006 en 2007.

Geslacht, leeftijd, huishoudtype en inkomen

De groep met een netto budget tot en met €2000 bestaat uit meer vrouwen dan mannen (54% tegen 46% in 2007). Bij de budgethouders met hogere netto budgetten is dat juist omgekeerd. Onder de budgethouders met een budget tot en met €2.000 bevinden zich relatief gezien weinig jongeren tot en met 17 jaar en juist relatief veel personen van 71 jaar of ouder. Onder de budgethouders met een netto budget tussen de €2.001- €30.000 zijn relatief gezien veel jongeren tot en met 17 jaar te vinden. De 18 tot en 50 jarigen zijn oververtegenwoordigd bij de budgetten hoger dan €30.000.

Voor alle budgetklassen geldt dat er meer samenlevenden zijn dan alleenstaanden. De budgethouders met een budget tot en met €2.000 zijn iets minder vaak dan gemiddeld geïndiceerd door het Bureau Jeugdzorg (BJZ). De mensen die geïndiceerd zijn door Bureau Jeugdzorg zijn met name te vinden bij de netto budgetten tussen de €2.000 en €30.000 (25-26% van deze groep is geïndiceerd door BJZ).

Tabel 2.2 – Achtergrondkenmerken van budgethouders in procenten, naar hoogte van het netto budget in euro's

	2006					2007					
	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	
	N=	2.022	1.820	5.677	1.261	10.780	1.448	2.110	7.245	1.565	12.368
<i>Zorgkantorregio</i>											
Nijmegen	17	19	20	23	20	20	19	21	22	20	
Midden Brabant	19	19	19	21	19	18	19	19	21	19	
Nrdoost Brabant	47	43	38	35	40	46	42	36	33	38	
Nrd&mdn Limburg	17	20	23	21	21	16	20	25	24	23	
<i>Geslacht</i>											
man	46	51	59	55	55	42	52	60	54	56	
vrouw	54	49	41	45	45	58	48	40	46	44	
<i>Leeftijd begin jaar</i>											
t/m 17	30	38	45	35	40	25	42	47	32	42	
18 t/m 50	24	23	24	37	26	26	23	24	37	26	
51 t/m 70	17	16	15	13	15	19	14	14	14	15	
71 of ouder	29	23	15	16	19	31	20	15	16	18	
<i>Huishoudtype</i>											
alleenstaand	40	33	35	45	37	46	37	34	43	37	
samenlevend	60	67	65	55	63	54	63	66	57	63	
<i>Geïndiceerd door:</i>											
*CIZ	81	74	75	94	78	84	70	72	94	75	
BJZ	19	26	25	6	22	16	30	28	6	25	
<i>Inkomen*</i>											
	N=	1.021	865	2.722	791	5.399	678	730	2.788	959	5.155
geen	3	4	6	6	5	7	8	10	9	9	
t/m 12.000	24	23	21	29	23	23	24	19	27	22	
12.001 t/m 15.000	20	21	21	20	21	20	18	19	18	19	
15.001 t/m 20.000	19	17	17	13	17	22	16	17	12	17	
20.001 t/m 30.000	15	15	14	10	14	16	16	14	10	14	
>30.000	18	20	21	22	21	13	17	21	23	20	

* alleen budgethouders die eigen bijdrageplichtig zijn

Grondslag en grondslagcombinaties

Tabel 2.3 geeft de grondslag naar de hoogte van het netto budget. Zoals al bekend was uit hoofdstuk 1 hebben budgethouders over het algemeen een somatische grondslag (41% in 2007), een psychiatrische grondslag (41% in 2007) of een grondslag lichamelijk gehandicapt (20% in 2007).

Bij de groep met een netto budget tot €2.000 zijn mensen met een somatische grondslag sterk oververtegenwoordigd, zeker als gekeken wordt naar mensen die *alleen* een somatische grondslag hebben. 51 Procent van de mensen met een netto budget tot en met €2.000 heeft in 2007 een somatische grondslag. Bijna een derde (29% in 2007) van deze groep budgethouders heeft een psychiatrische grondslag. De meeste budgethouders met een psychiatrische grondslag zijn echter te vinden bij de budgethouders met een netto budget tussen de €2001- €5.000 of tussen de €5.001 - €30.000 (respectievelijk 42% en 38% in 2007).

Mensen met een grondslag verstandelijk gehandicapt of lichamelijk gehandicapt zijn oververtegenwoordigd bij de hogere budgetten. Bij de budgethouders met een netto budget van meer dan €30.000 heeft meer dan een derde (38% in 2007) een grondslag verstandelijk gehandicapt, ongeveer 1 op de 7 (16% in 2007) heeft een grondslag lichamelijk gehandicapt.

Tabel 2.3 – Grondslag en grondslagcombinaties van budgethouders in procenten, naar hoogte van het netto budget in euro's

	2006					2007					
	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	
	<i>N =</i>	1.845	1.640	5.320	1.157	9.962	1.408	2.075	7.103	1.514	12.100
<i>Grondslag</i>											
SOM	54	47	39	50	44	56	41	35	50	41	
PG	2	2	4	7	4	1	2	3	7	3	
PSY	36	43	42	18	38	32	48	46	19	41	
LG	3	3	7	17	7	3	3	6	16	6	
VG	12	12	23	39	21	9	11	22	38	20	
ZG	3	2	3	4	3	4	2	3	4	3	
Psy/S	7	6	6	5	6	4	4	4	3	4	
<i>Grondslagcombinaties</i>											
alleen SOM	45	38	27	27	32	51	36	26	30	31	
SOM + andere	9	8	11	22	12	5	5	10	20	10	
alleen PSY	28	36	34	9	30	29	42	38	9	34	
PSY + andere	5	4	6	8	6	2	4	6	8	5	
alleen VG	6	6	11	16	10	6	6	11	15	10	
VG+LG/ZG/PSYS	2	2	4	9	4	1	1	3	8	3	
alleen LG	1	1	3	5	2	1	1	2	5	2	
rest	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	

Functies en functiecombinaties

Mensen met een netto budget tot en met €2.000 hebben vaker slechts 1 functie geïndiceerd gekregen dan mensen met hogere budgetten (tabel 2.4). Vaak gaat het dan om ondersteunende begeleiding of persoonlijke verzorging.

Mensen met een netto budget van boven de €30.000 krijgen vaak een combinatie van persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding geïndiceerd.

Tabel 2.4 – Zorgfuncties en functiecombinaties van budgethouders in procenten, naar hoogte van het netto budget in euro's

	2006					2007					
	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	
	N=	2.022	1.820	5.677	1.261	10.780	1.448	2.110	7.245	1.565	12.368
<i>Functies</i>											
PV	41	40	38	76	43	45	36	36	77	42	
VP	12	17	22	53	23	11	9	17	52	20	
OB	50	61	80	86	72	46	63	83	88	76	
AB	27	33	30	22	29	21	33	30	21	28	
KV	9	14	30	44	25	5	10	32	47	27	
VV	8	10	17	36	16	6	10	21	41	20	
<i>Enkelvoudige functies</i>											
alleen PV	27	19	8	1	13	33	22	8	1	12	
alleen VP	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	
alleen OB	24	18	17	2	17	28	24	17	2	18	
alleen AB	12	9	2		5	12	8	1		4	
alleen KV		0	0		0	0	0	0		0	
combinaties	35	51	72	96	65	24	45	72	97	65	
<i>Functiecombinaties</i>											
alleen OB	24	18	17	2	17	28	24	17	2	18	
alleen PV	27	19	8	1	13	33	22	8	1	12	
OB+AB	10	15	11	2	11	6	18	11	1	10	
OB+AB+KV	2	4	10	6	7	1	2	11	5	7	
OB+KV	3	5	9	3	7	1	3	10	4	7	
PV+VP	5	7	7	12	7	3	4	6	9	6	
PV+VP+OB	2	2	6	17	6	2	1	4	17	5	
rest	27	30	30	57	33	28	26	33	61	35	

2.4 Instromers

In deze paragraaf staan de instromers centraal. Tabel 2.5 geeft achtergrondkenmerken van de instromers naar de hoogte van het netto budget voor de jaren 2006 en 2007.

Tabel 2.5 – Achtergrondkenmerken van instromers in procenten, naar hoogte van het netto budget in euro's

	2006					2007					
	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	
	<i>N =</i>	1.295	1.017	1.457	181	3.950	562	962	1.482	159	3.165
<i>Zorgkantorregio</i>											
Nijmegen	15	19	19	25	18	18	19	20	21	19	
Midden Brabant	19	18	20	20	19	17	20	23	21	21	
Nrdoost Brabant	50	42	37	36	42	49	38	30	39	36	
Nrd&mdn Limburg	16	21	25	19	21	16	23	27	19	24	
<i>Geslacht</i>											
man	53	57	61	51	57	48	58	61	47	57	
vrouw	47	43	39	49	43	52	42	39	53	43	
<i>Leeftijd begin jaar</i>											
t/m 17	39	45	44	33	42	34	47	46	26	43	
18 t/m 50	22	23	27	43	25	25	26	24	32	25	
51 t/m 70	16	13	13	12	14	18	11	13	18	14	
71 of ouder	22	18	16	12	19	23	16	16	24	18	
<i>Huishoudtype</i>											
alleenstaand	33	29	31	46	32	44	40	37	51	40	
samenlevend	67	71	69	54	68	56	60	63	49	60	
<i>Geïndiceerd door:</i>											
CIZ	74	67	74	95	73	77	66	72	94	72	
BJZ	26	33	26	5	27	23	34	28	6	28	
<i>Inkomen</i>											
	<i>N =</i>	427	311	494	99	1.331	98	131	285	63	577
geen	4	4	5	1	4	14	13	21	13	17	
t/m 12.000	21	22	19	36	22	18	17	16	19	17	
12.001 t/m 15.000	17	17	21	29	29	10	11	11	13	11	
15.001 t/m 20.000	17	18	16	5	16	16	21	15	10	16	
20.001 t/m 30.000	16	17	13	6	14	17	18	15	17	16	
>30.000	24	23	26	22	14	23	20	21	29	22	

* alleen budgethouders die eigen bijdrageplichtig zijn

Geslacht, leeftijd, huishoudtype en inkomen

Bij de hoogste en de laagste budgetten (t/m €2.000 en meer dan €30.000) zijn in 2007 iets meer vrouwen dan mannen te vinden, bij de budgetklassen daartussen zijn er meer mannen dan vrouwen (tabel 2.5).

Net als voor de totale groep budgethouders zijn bij de instromers met een netto budget lager dan €2.000 de jongeren tot en met 17 jaar ondervertegenwoordigd en zijn de instromers ouder dan 70 oververtegenwoordigd. De jongere instromers zijn met name te vinden onder de budgethouders met een budget tussen de €2.001 en €5.000 of tussen €5001 en €30.000.

De meeste instromers zijn samenlevend en dit geldt voor alle onderscheiden klassen. De meeste instromers met BJZ-indicatie zijn te vinden bij de budgethouders met een budget tussen de €2.001 en €5.000 en tussen €5.001 en €30.000. Een instromer met een netto budget van meer dan €30.000 is bijna nooit geïndiceerd door het BJZ.

Grondslag en grondslagcombinaties

Instromers met een netto budget van €2.000 of minder hebben vaak alleen een somatische grondslag (tabel 2.6). Mensen met alleen een somatische grondslag zijn verder relatief vaak te vinden bij de instromers met een netto budget van €30.000 of meer.

Tabel 2.6 – Grondslag en grondslagcombinaties van instromers in procenten, naar hoogte van het netto budget in euro's

	2006					2007					
	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	
	N=	1.229	942	1.385	164	3.720	557	958	1.468	156	3.139
<i>Grondslag</i>											
SOM	44	38	37	41	40	49	34	35	58	38	
PG	2	2	5	5	3	2	2	5	8	4	
PSY	43	51	42	18	44	37	53	48	17	46	
LG	3	3	6	17	5	3	3	5	9	4	
VG	14	13	25	60	20	9	11	18	31	15	
ZG	3	2	3	4	3	3	2	2	1	2	
Psy/S	7	6	7	3	7	3	4	3	8	3	
<i>Grondslagcombinaties</i>											
alleen SOM	36	29	24	18	29	45	30	27	46	32	
SOM + andere	8	9	13	23	11	3	3	8	13	6	
alleen PSY	36	44	33	5	36	35	48	41	4	40	
PSY + andere	5	5	7	12	6	1	3	5	12	3	
alleen VG	6	6	11	22	9	7	7	10	10	8	
VG+LG/ZG/PSYS	2	2	4	13	3	1	1	2	6	2	
alleen LG	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	
rest	5	5	5	4	5	6	6	6	6	6	

Mensen met alleen een psychiatrische grondslag zijn vrijwel niet te vinden bij instromers met een netto budget boven de €30.000, wel bij de budgetten die daaronder liggen. De instromers met een netto budget van boven de €30.000 hebben wel vaak een psychiatrische grondslag in combinatie met een andere grondslag.

Functies en functiecombinaties

Instromers in 2007 met een netto budget van €2.000 of minder hebben relatief vaak alleen persoonlijke verzorging (tabel 2.7). Verder telt deze groep relatief veel mensen die alleen de indicatie ondersteunende begeleiding hebben gekregen.

Tabel 2.7 – Zorgfunctie en functiecombinaties van instromers in procenten, naar hoogte van het netto budget in euro's

	2006					2007					
	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	t/m 2.000	2.000 - 5.000	5.000 - 30.000	30.000 of meer	totaal	
	<i>N=</i>	1.295	1.017	1.457	181	3.950	562	962	1.482	159	3.165
<i>Functies</i>											
HV	30	22	23	33	25	4	2	4	8	4	
PV	34	32	37	71	36	41	28	35	76	36	
VP	13	18	27	51	21	15	10	20	59	18	
OB	57	72	84	91	73	52	73	86	96	76	
AB	32	37	36	27	35	27	40	37	19	35	
KV	12	21	31	56	23	9	13	33	40	23	
VV	10	13	22	47	17	9	12	25	30	18	
<i>Enkelvoudige functies</i>											
alleen PV	19	9	4	-	10	23	13	5	-	10	
alleen VP	2	2	1	1	2	3	2	1	1	2	
alleen OB	24	19	12	1	17	26	25	14	1	18	
alleen AB	12	8	3	-	7	15	7	2	-	6	
alleen KV	-	0	-	-	0	-	1	-	-	0	
combinaties	43	62	80	99	64	33	54	78	99	64	
<i>Functiecombinaties</i>											
alleen OB	24	19	12	1	17	26	25	14	1	18	
alleen PV	19	9	4	-	10	23	13	5	-	10	
OB+AB	13	18	14	3	14	7	22	14	6	15	
OB+AB+KV	3	5	10	7	6	1	3	11	4	6	
OB+KV	4	7	8	6	6	1	4	9	6	6	
PV+VP	5	6	7	8	6	2	3	4	3	4	
PV+VP+OB	2	2	9	14	5	2	2	5	39	5	
rest	31	33	36	62	35	37	29	39	42	36	

Instromers met een netto budget tussen de €2001 en €5000 of tussen de €5001 en €30.000 hebben relatief vaak de indicatie ondersteunende begeleiding. Daarnaast

hebben zij vaak een combinatie van ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Instromers in de allerhoogste budgetklasse (meer dan €30.000) krijgen vaak een budget voor de combinatie van persoonlijke verzorging, verpleging plus ondersteunende begeleiding.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk werden de kenmerken van budgethouders afgezet tegen de hoogte van het netto budget voor de jaren 2006 en 2007.

De totale groep budgethouders

De groep met het laagste netto budget (tot en met €2000) bestaat uit meer vrouwen dan mannen, terwijl dat bij de hogere budgetten omgekeerd is. Onder de budgethouders met een budget tot en met €2000 bevinden zich relatief gezien weinig jongeren tot en met 17 jaar en juist relatief veel personen van 71 jaar of ouder. De jongeren tot en met 17 jaar zijn met name te vinden bij de budgetten tussen de €2000 en €30.000. De budgethouders met een budget tot en met €2000 zijn iets minder vaak dan gemiddeld geïndiceerd door het Bureau Jeugdzorg (BJZ). De mensen die geïndiceerd zijn door Bureau Jeugdzorg zijn met name te vinden bij de netto budgetten tussen de €2000 en €30.000 euro (25-26% van deze groep is geïndiceerd door BJZ).

Bij de groep met een netto budget tot €2000 euro zijn mensen met een somatische grondslag sterk oververtegenwoordigd, zeker als gekeken wordt naar zij die *alleen* een somatische grondslag hebben. Mensen met de grondslag verstandelijk gehandicapt of lichamelijk gehandicapt zijn oververtegenwoordigd bij de hogere budgetten. Budgethouders met een netto budget tot en met €2000 euro hebben vaker slechts een indicatie voor één zorgfunctie dan mensen met hogere budgetten. Vaak gaat het dan om ondersteunende begeleiding of persoonlijke verzorging.

Instromers

Instromers lijken wat leeftijd en indicatie door BJZ betreft op de totale groep budgethouders. Instromers met een netto budget van €2000 of minder hebben vaak alleen een somatische grondslag en relatief vaak alleen persoonlijke verzorging. Verder telt deze groep relatief veel mensen die alleen de indicatie ondersteunende begeleiding hebben gekregen.

Instromers met een netto budget tussen de €2001 en €5000 of tussen de €5001 en €30.000 hebben relatief vaak de indicatie ondersteunende begeleiding. Daarnaast hebben zij vaak een combinatie van ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Instromers in de allerhoogste budgetklasse (meer dan €30.000 euro) krijgen vaak een budget voor de combinatie van persoonlijke verzorging, verpleging plus ondersteunende begeleiding.

3 Veranderingen in de pgb populatie en groei

In hoofdstuk 1 en 2 stond de hoogte van het netto budget centraal. In dit derde hoofdstuk gaat het om de samenstelling van de groep budgethouders en de veranderingen die hier in de loop van de tijd in zijn opgetreden. Net als in de voorgaande hoofdstukken zijn de gegevens afkomstig van de vier VGZ zorgkantoren (N= 5.318; 7.778; 10.780; 12.368 voor respectievelijk 2004, 2005, 2006 en 2007).

In de eerste paragraaf wordt een indeling van budgethouders op basis van leeftijd en grondslag gepresenteerd. Hiervoor zullen alleen de budgethouders uit 2007 worden gebruikt. In de tweede paragraaf staan ontwikkelingen in de tijd centraal, van 2004 tot en met oktober 2007.

3.1 Indeling van budgethouders op basis van grondslag en leeftijd

De hulp die budgethouders inkopen is direct afhankelijk van de beperkingen die zij hebben. Deze beperkingen worden weerspiegeld in de grondslag, die door het CIZ of het BJZ wordt bepaald. De grondslag vormt in dit hoofdstuk, samen met de leeftijd van de budgethouder, de basis voor een indeling van budgethouders in zes groepen. Leidend bij de huidige indeling is het aantal budgethouders met een bepaalde grondslag (zie tabel 3.1).

De grondslagen SOM (somatisch), PSY (psychiatrisch) en VG (verstandelijke beperking) komen het meest voor in 2007. De grondslagen PG (psychogeriatrisch), LG (lichamelijke beperking), ZG (zintuiglijke beperking) en PSY/S (psycho-sociaal) veel minder. De grondslagen LG en ZG en PG worden in de huidige indeling samen genomen met SOM. Bij LG en ZG gaat het net als bij SOM om fysieke aandoeningen. De budgethouders met PG worden bij SOM opgeteld omdat zij hier wat leeftijd en geïndiceerde functies betreft, het meeste op lijken. De grondslag PSY/S is samen genomen met PSY. Op deze wijze blijven er drie grote groepen van grondslagen over: SOM plus LG plus ZG plus PG (hiernaar zal in het vervolg worden verwezen als SOM); PSY plus PSYS (hiernaar zal in het vervolg worden verwezen als PSY); en tenslotte VG.

Tabel 3.1 – Grondslagen in 2007, in procenten

	N=12.100
<i>Individuele grondslagen*</i>	
SOM	41
PG	3
PSY	41
LG	6
VG	20
ZG	3
PSY/S	4
<i>Optelling van grondslagen*</i>	
SOM+LG+ZG+PG	49
VG	20
PSY+PSY/S	44
<i>Grondslag-indeling</i>	
SOM	40
VG	16
PSY	44

* De percentages tellen op tot meer dan 100 omdat een budgethouder twee grondslagen kan hebben, behalve bij de grondslag-indeling.

Om te voorkomen dat een budgethouder in meer dan één groep wordt ingedeeld (budgethouders kunnen immers meer dan één grondslag hebben), zijn de grondslagen in de volgende volgorde gezet: PSY, VG, en SOM. Dit betekent dat een budgethouder die zowel een grondslag PSY als VG heeft, wordt ingedeeld in de groep met grondslag PSY. Een budgethouder die zowel een grondslag SOM als VG heeft wordt ingedeeld bij VG, enzovoorts. We komen dan tot de volgende grondslag-indeling: PSY (dit zijn eigenlijk alle budgethouders met de grondslag PSY of PSY/S); VG (eigenlijk alle budgethouders met de grondslag VG die *niet* ook de grondslag PSY of PSY/S hebben); en SOM (eigenlijk alle budgethouders met de grondslag SOM of LG of ZG of PG die niet ook de grondslag VG, PSY of PSY/S hebben). Voor de verdere analyses maken we gebruik van deze driedeling.

De overlap tussen de grondslag SOM, PSY en VG is overigens niet groot. Van de budgethouders uit 2007 heeft 85 procent één van deze drie grondslagen en bij 15 procent is er overlap, dat wil zeggen dat zij twee van de drie bovengenoemde grondslagen hebben.

Bij de leeftijd is een onderscheid gemaakt tussen budgethouders die jonger en budgethouders die ouder zijn dan 18 jaar. Samen met de grondslagindeling leidt dit tot 6 groepen van budgethouders. Deze groepen zijn te vinden in tabel 3.2.

Tabel 3.2 – Omvang van de groepen in 2007, in procenten.

	<i>N=12.100</i>
jongere met PSY	28
jongere met VG	9
jongere met SOM	5
volw met PSY	16
volw met VG	7
volw met SOM	35

De groep volwassenen met een somatische grondslag is het grootst en bedraagt 35 procent van alle budgethouders in 2007. Daarna komen jongeren met een psychiatrische grondslag (28%), volwassenen met een psychiatrische grondslag (16%) en jongeren en volwassenen met de grondslag verstandelijke beperking (respectievelijk 9% en 7%).

Jongeren met een somatische grondslag zijn over het algemeen jonger dan de overige jongeren: deze groep telt relatief gezien het meeste 0-6 jarigen (tabel 3.3). De volwassenen met een psychiatrische grondslag of een grondslag verstandelijke beperking zijn over het algemeen jonger dan de andere volwassen budgethouders: ongeveer 80 procent is tussen de 18 en 50 jaar oud. De volwassen budgethouders met een somatische grondslag zijn relatief vaak ouder dan 70.

Jongeren met een psychiatrische grondslag zijn vaak man, bij de andere groepen budgethouders is de verhouding tussen mannen en vrouwen meer in evenwicht.

De groep volwassenen met de grondslag verstandelijke beperking, telt relatief gezien (in procenten) de minste instromers.

Volwassen budgethouders zijn vrijwel altijd geïndiceerd door het CIZ; de jonge budgethouders zijn vrijwel altijd geïndiceerd door het BJZ. Bij de jonge budgethouders met een psychiatrische grondslag heeft ongeveer 1 op de 7 een indicatie ontvangen van het CIZ.

Een op de vijf budgethouders ontvangt naast de zorg die ingekocht wordt met het PGB ook zorg in natura. De combinatie pgb met zorg in natura komt het vaakst voor bij volwassenen met de grondslag verstandelijke beperking en jongeren met de grondslag verstandelijke beperking. Jonge budgethouders met een psychiatrische grondslag krijgen relatief het minst vaak zorg in natura (8%).

De jongeren zijn, op basis van hun leeftijd, niet eigen bijdrage plichtig. Bij de volwassenen met een psychiatrische grondslag is ongeveer de helft eigen bijdrage plichtig, bij de volwassenen met de grondslag verstandelijke beperking of een somatische grondslag is ongeveer driekwart eigen bijdrage plichtig.

Tabel 3.3 – Achtergrondkenmerken van de verschillende groepen in 2007, in procenten

	jongere met PSY	jongere met VG	jongere met SOM	volw. met PSY	volw. met VG	volw. met SOM	totaal
<i>N</i> =	3.435	1.044	596	1.932	861	4.232	12.100
<i>Leeftijd begin van het jaar</i>							
0-6 jaar	10	23	39	0	0	0	7
7-12 jaar	55	46	40	0	0	0	21
13-17 jaar	35	31	22	0	0	0	14
18-50 jaar	0	0	0	77	88	20	26
51-70 jaar	0	0	0	18	11	32	15
71 jaar of ouder	0	0	0	6	1	48	18
<i>Gemiddelde leeftijd (in jaren)</i>	11	10	8	40	33	66	36
<i>Geslacht</i>							
man	82	56	58	50	57	37	56
vrouw	18	44	42	50	43	63	44
<i>Instromer</i>							
nee	71	78	73	72	84	74	74
ja	29	22	27	28	16	26	26
<i>Samenstelling huishouden</i>							
alleenstaand	20	26	17	53	64	43	37
samenlevend	80	74	83	47	36	57	63
<i>Geïndiceerd door</i>							
CIZ	16	99	94	99	100	100	75
BJZ	84	1	6	1	0	0	25
<i>Combinatie met zorg in natura</i>							
nee	92	74	84	86	66	76	82
ja	8	26	16	14	34	24	18
<i>EB plichtig</i>							
nee	99	98	98	49	28	21	59
ja	1	2	2	51	72	79	41

In tabel 3.4 zijn de inkomensgegevens voor de eigenbijdrage plichtige budgethouders te vinden. Bij de jongeren zijn er geen gegevens gepresenteerd, omdat zij niet eigen bijdrage plichtig zijn. Ongeveer een vijfde van de budgethouders heeft een inkomen tot en met €12.000, ongeveer een vijfde heeft een inkomen van meer dan €30.000. De volwassen budgethouders met een grondslag verstandelijke beperking hebben over het algemeen lagere inkomens.

Tabel 3.4 – Inkomen naar groep in 2007, in procenten

	jongere met PSY	jongere met VG	jongere met SOM	volw met PSY	volw met VG	volw met SOM	totaal
<i>N</i> =	32	26	13	976	619	3.339	5.005
<i>Inkomen*</i>							
geen	x	x	x	21	18	3	9
t/m 12000	x	x	x	21	26	22	22
12001 t/m 15000	x	x	x	21	28	17	19
15001 t/m 20000	x	x	x	14	15	18	16
20001 t/m 30000	x	x	x	11	8	16	14
30001 of meer	x	x	x	12	5	25	20

x: te kleine N, geen procenten berekend

** alleen EB plichtigen*

Tabel 3.5 geeft de functies weer waar de budgethouders voor zijn geïndiceerd. Zoals ook uit hoofdstuk 1 blijkt, hangen de geïndiceerde functies sterk samen met de grondslag. Zowel de jongeren als de volwassenen met een psychiatrische grondslag zijn vrijwel altijd geïndiceerd voor ondersteunende begeleiding. De jongeren met een psychiatrische grondslag zijn daarnaast nog vaak geïndiceerd voor activerende begeleiding en kortdurend verblijf.

Jongeren en volwassenen met de grondslag verstandelijke beperking zijn vaak geïndiceerd voor persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer.

Jongeren en volwassenen met een somatische grondslag hebben relatief vaak een indicatie voor persoonlijke verzorging en verpleging. De jongeren hebben daarnaast nog vaak een indicatie voor ondersteunende begeleiding.

Tabel 3.5 – Functies naar groep in 2007, in procenten

	PV	VP	OB	AB	KV	VV	<i>N</i> =
jongere met PSY	3	0	92	61	49	13	3.435
jongere met VG	40	8	91	37	55	45	1.044
jongere met SOM	52	36	74	27	30	21	596
volwassene met PSY	16	8	91	29	10	13	1.932
volwassene met VG	40	15	99	15	35	48	861
volwassene met SOM	85	41	48	4	8	17	4.232
Totaal	42	20	76	29	27	20	12.100

Volwassenen met de grondslag verstandelijke beperking ontvangen in 2007 gemiddeld het hoogste netto budget (tabel 3.6). De groepen met gemiddeld het laagste netto budget zijn de jongeren en de volwassenen met een psychiatrische grondslag. Zij hebben een budget van minder dan €12.000. Opvallend is dat de jongeren met de grondslag verstandelijke beperking een zoveel lager budget hebben dan de volwassenen met dezelfde grondslag, terwijl zij voor ongeveer dezelfde functies geïndiceerd zijn.

Tabel 3.6 – Gemiddeld netto budget naar groep in 2007, in procenten en euro's

	jongere met PSY	jongere met VG	jongere met SOM	volw met PSY	volw met VG	volw met SOM	totaal
N=	3.435	1.044	596	1.932	861	4.232	12.100
< 1.000	1	1	3	4	1	6	4
1.000-2.000	6	5	4	9	4	12	8
2.000-3.000	7	5	4	6	2	6	6
3.000-5.000	13	7	9	14	3	12	11
5.000-10.000	28	22	20	32	20	22	25
10.000-20.000	31	28	20	19	20	19	23
20.000-30.000	9	15	15	8	18	10	10
30.000-50.000	4	11	17	6	18	9	8
50.000-75.000	1	4	6	2	11	3	3
> 75.000	0	1	3	0	3	2	1
gem netto budg	11.557	17.646	21.124	11.544	25.980	14.058	14.453

3.2 Ontwikkelingen in omvang van groepen budgethouders

In deze paragraaf staat de ontwikkeling van de omvang van de diverse groepen centraal. Probleem bij het schetsen van deze ontwikkeling is dat de grondslag van de budgethouders niet altijd bekend is, zodat niet alle budgethouders in een groep kunnen worden ingedeeld. In 2004 is van 26 procent van de budgethouders de grondslag niet bekend, in 2005, 2006 en 2007 was dat respectievelijk 16 procent, 8 procent en 2 procent. Als de mensen waarvan de grondslag onbekend is niet worden meegenomen in de ontwikkelingen, dan is er een grote overschatting van de stijging van het totale aantal budgethouders en van de verschillende groepen. Om dit te voorkomen worden de ontbrekende grondslagen bijgeschat.

We gebruiken twee methoden om de ontbrekende grondslagen in te vullen.

In de **eerste methode** doen we net alsof de verdeling over de verschillende groepen bij de budgethouders waarvan de grondslag onbekend is, precies hetzelfde is als bij de

budgethouders waarvan de grondslag wel bekend is. Dit is een simpele methode, waarbij de groepen per jaar vermenigvuldigd worden met een bepaalde constante. Een voorbeeld. In 2004 waren er 5.318 budgethouders. Van 3.948 budgethouders is de grondslag bekend. De constante voor dat jaar is dan $5.318 / 3.948 = 1.347$. In het jaar 2004 waren er onder de respondenten waarvan de grondslag bekend was 865 jongeren met een psychiatrische grondslag. Het geschatte aantal voor deze groep wordt dan $865 * 1,347 = 1165$. Zo kan voor iedere groep voor ieder jaar het aantal geschat worden.

Bij de **tweede methode** wordt zo veel mogelijk informatie die bekend is over de budgethouders meegenomen. We weten bijvoorbeeld dat van mensen met een psychiatrische grondslag in 2007 92 procent geïndiceerd is voor ondersteunende begeleiding. En zo zijn er meer verbanden tussen achtergrondkenmerken van de budgethouders en tussen de grondslagen. Bij de budgethouders waarvan de grondslag onbekend is, kan de informatie die er wel is gebruikt worden om in te schatten wat hun grondslag zou kunnen zijn.

Dat gaat in twee stappen. In de eerste stap wordt bij de budgethouders waarvan de grondslag wel bekend is, door middel van analysetechnieken onderzocht wat precies de verbanden zijn tussen de grondslagen en de achtergrondkenmerken. Hierbij is gekeken naar het verband van grondslag met de geïndiceerde functies, de leeftijdsklasse, het geslacht, de budgetklasse, het indicatie-orgaan (CIZ of BJZ), het wel of niet ontvangen van zorg in natura en het boekjaar. De gevonden verbanden worden vervolgens in de tweede stap toegepast bij de groep budgethouders waarvan de grondslag niet bekend is. In bijlage 3 is meer informatie te vinden over de uitgevoerde analyses.

Hierna worden de geschatte ontwikkelingen in de samenstelling van de groep budgethouders volgens beide methoden gegeven. De methoden leiden tot vergelijkbare maar niet tot identieke uitkomsten. Voor beide methoden geldt: de schatting wordt per jaar meer betrouwbaar, omdat het percentage budgethouders waarvoor de grondslag onbekend is, afneemt. Dus: resultaten voor 2004 zijn het minst betrouwbaar en voor 2007 het meest.

Geschatte ontwikkelingen volgens de 'lineaire' methode

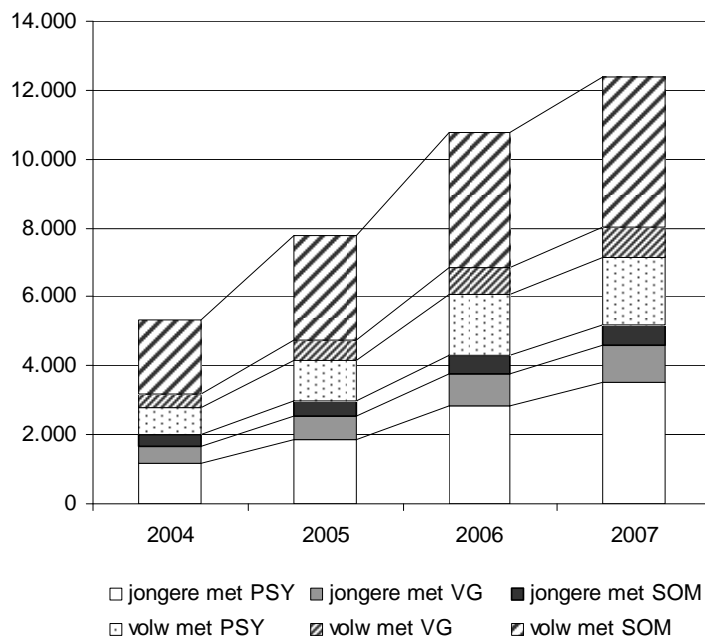
Tabel 3.7 geef een indruk van de geschatte grootte van de verschillen groepen, in procenten en absolute aantallen, volgens de eerste schattingsmethode. De absolute aantallen vormen ook de basis voor figuur 3.1.

Tabel 3.7 – Geschatte omvang van de verschillende groepen 2004-2007, in absolute aantallen en procenten

	Procenten				Absolute aantallen			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007*
jongere met PSY	22	24	26	28	1.165	1.840	2.854	3.511
jongere met VG	10	9	9	9	519	711	923	1.067
jongere met SOM	6	5	5	5	307	422	530	609
volwassene met PSY	15	16	16	16	785	1.209	1.776	1.975
volwassene met VG	7	7	7	7	387	550	768	880
volwassene met SOM	41	39	36	35	2.155	3.046	3.929	4.326
totaal	100	100	100	100	5.318	7.778	10.780	12.368

* 2007: januari t/m oktober

Figuur 3.1 – Omvang van de verschillende groepen 2004-2007, in absolute aantallen



* 2007: januari t/m oktober

Absoluut gezien zijn alle groepen budgethouders de afgelopen jaren groter geworden. De volgorde van de groepen wat betreft hun omvang, verandert niet over de loop van de jaren. Zo is de groep volwassenen met een somatische grondslag steeds de grootste groep, gevolgd door de jongeren met een psychiatrische grondslag en de volwassenen met een psychiatrische grondslag.

Alle groepen worden groter, maar sommige groepen worden sneller groter dan andere. De groep die het snelst groter wordt zijn de jongeren met een psychiatrische grondslag. In 2004 was 22 procent van de budgethouders een jongere met een psychiatrische grondslag, in 2007 was dat 28 procent.

De werkelijke groei in de verschillende groepen zal overigens hoger zijn dan hier wordt gepresenteerd, omdat de gegevens uit 2007 alleen betrekking hebben op de maanden januari tot en met oktober.

Geschatte ontwikkelingen volgens de ‘multivariate’ methode

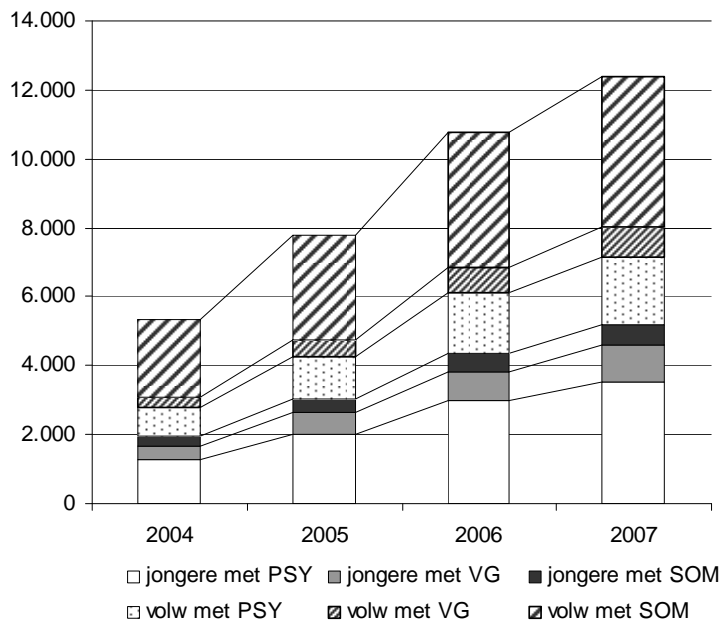
Tabel 3.8 en figuur 3.2 geven de geschatte ontwikkelingen in de omvang van de groepen volgens de tweede methode weer. De uitkomsten volgens de tweede methode komen grotendeels overeen met de uitkomsten van de eerste methode. Alle groepen worden groter en de volgorde van de groepen wat betreft hun omvang blijft hetzelfde. Er zijn twee verschillen. Bij de eerste methode was er een kleine relatieve daling in het aantal jongeren met de grondslag verstandelijke beperking, bij de tweede methode is hun aandeel stabiel. Tweede verschil is dat de stijging van het aandeel jongeren met een psychiatrische grondslag volgende de tweede methode iets kleiner is dan volgens de eerste methode. Bij de eerste methode was er een stijging van 6 procentpunten (van 22% naar 28%), bij de tweede methode is er een stijging van 5 procentpunten (van 24% naar 29%).

Tabel 3.8 – Geschatte omvang van de verschillende groepen 2004-2007, in absolute aantallen en procenten

	Procenten				Absolute aantallen			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007*
jongere met PSY	24	26	28	29	1.266	2.023	2.973	3.529
jongere met VG	8	8	8	8	402	612	865	1.047
jongere met SOM	5	5	5	5	274	388	507	602
volwassene met PSY	16	16	17	16	841	1.241	1.782	1.985
volwassene met VG	6	6	7	7	327	502	746	876
volwassene met SOM	42	39	36	35	2.208	3.012	3.907	4.329
totaal	100	100	100	100	5.318	7.778	10.780	12.368

* 2007: januari t/m oktober

Figuur 3.2 – Omvang van de verschillende groepen 2004-2007, in absolute aantallen



* 2007: januari t/m oktober

3.3 Ontwikkelingen in het gemiddelde netto budget

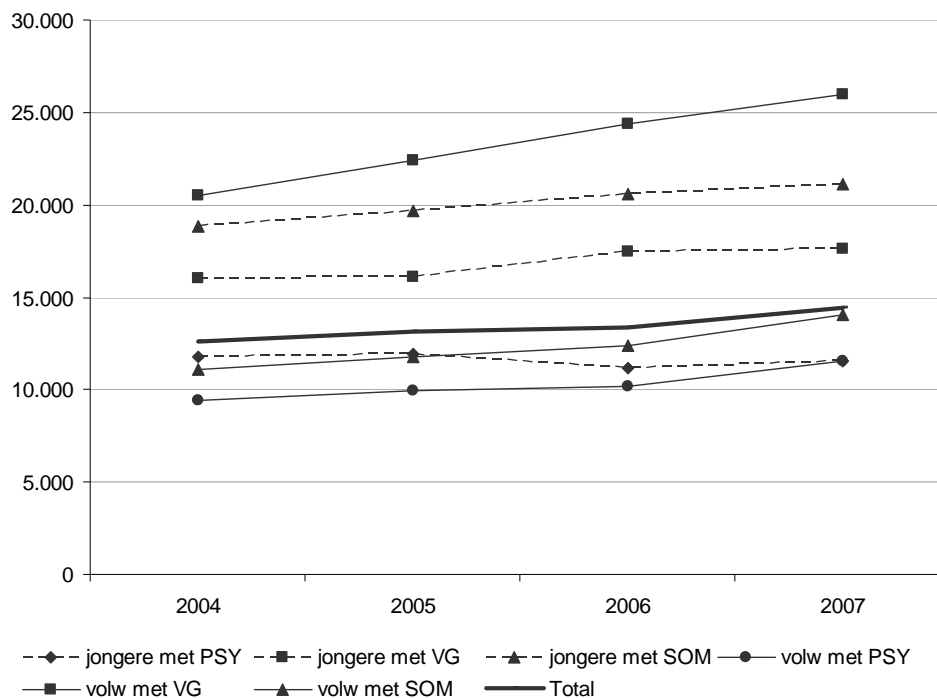
De ontwikkeling in het gemiddeld netto budget is te vinden in tabel 3.9. De gemiddelde netto budgetten zijn ook grafisch weergegeven in figuur 3.3. De netto budgetten wijken iets af van de netto budgetten zoals die in figuur 1.2 zijn gepresenteerd, omdat in de huidige berekeningen alleen de budgethouders worden meegenomen van wie de grondslag bekend is.

Tabel 3.9 – Gemiddeld netto budget naar groep en jaar, in euro's

	2004	Gemiddeld bedrag in €		
		2005	2006	2007*
<i>N=</i>	3.948	6.544	9.962	12.100
jongere met PSY	11.774	11.925	11.140	11.557
jongere met VG	16.042	16.068	17.471	17.646
jongere met SOM	18.842	19.690	20.579	21.124
volw met PSY	9.426	9.978	10.199	11.544
volw met VG	20.531	22.431	24.383	25.980
volw met SOM	11.121	11.783	12.346	14.058
totaal	12.624	13.110	13.374	14.453

* gebaseerd op gegevens van januari t/m oktober

Figuur 3.3 – Gemiddeld netto budget naar groep en jaar, in euro's

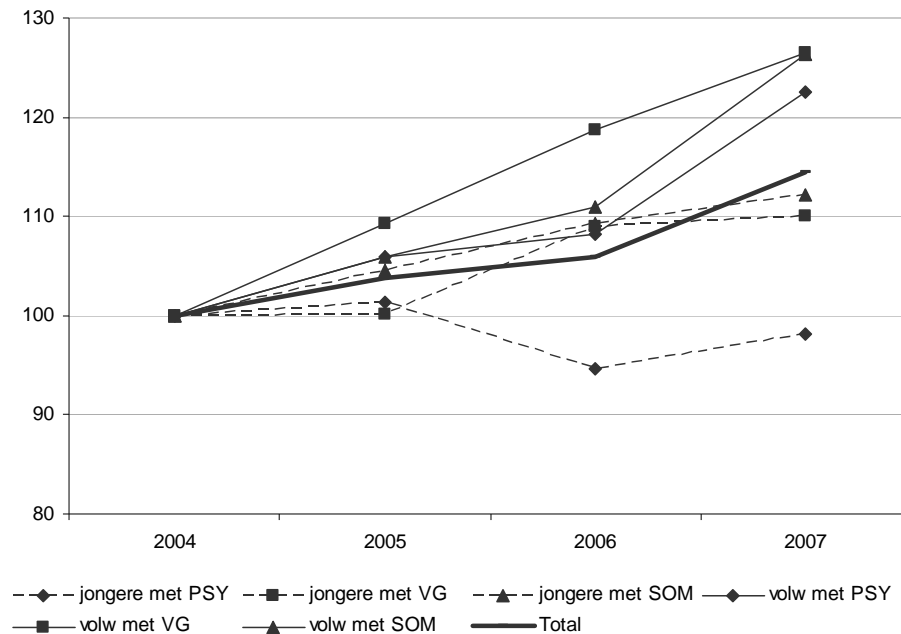


* 2007: gebaseerd op gegevens van januari t/m oktober

Conclusies

- Het gemiddeld netto budget vertoont een stijging over de jaren heen. De relatieve positie van de verschillende groepen ten opzichte van elkaar is over de jaren heen ongeveer hetzelfde gebleven (de lijnen kruisen elkaar nauwelijks). De volwassenen met een grondslag verstandelijke beperking hebben gemiddeld gezien het hoogste budget, gevolgd door de jongeren met een somatische grondslag en de jongeren met een grondslag verstandelijke beperking.
- Het gemiddeld netto budget vertoont voor alle groepen een stijgende lijn over de jaren heen, *behalve* voor de groep jongeren met een psychiatrische grondslag. Dit is nog duidelijker te zien in figuur 3.4, waarin de hoogte van de netto budgetten in de verschillende jaren afgezet is tegen de hoogte van de budgetten in 2004. De jongeren met een psychiatrische grondslag ontvangen in 2007 minder dan in 2004.
- De grootste stijger wat het gemiddeld netto budget betreft is de groep volwassenen budgethouders met een psychiatrische grondslag gevolgd door de volwassenen met een somatische grondslag en de volwassenen met een grondslag verstandelijke beperking.
- De volwassenen stijgen in het algemeen sneller dan het gemiddelde, de jongeren over het algemeen trager.

Figuur 3.4 – Gemiddeld netto budget naar groep en jaar, in indexcijfers (2004 = 100)



* 2007: gebaseerd op gegevens van januari t/m oktober

3.4 Beslag op de subsidie

Op basis van het gemiddelde netto budget op jaarbasis en de omvang van de verschillende groepen is het mogelijk om een schatting te maken van het beslag op de subsidie voor de VGZ-budgethouders in 2007 (zie tabel 3.10 en figuur 3.5). Voor de volledigheid zijn hier de gegevens van de groep budgethouders van wie de grondslag onbekend is, toegevoegd. Het totaal gemiddelde netto budget is hierdoor iets anders dan in de paragrafen 3.1 en 3.2.

De cijfers in tabel 3.10 worden hier met name gebruikt om de positie van de groepen ten opzichte van elkaar te bepalen. Het gaat namelijk om gegevens van januari tot en met oktober van 2007. Gegevens over de instroom en uitstroom van budgethouders over de maanden november en december van 2007 en eventuele correcties over 2007 ontbreken. Verder wordt de aanname gemaakt dat de gegevens omtrent het gemiddelde netto budget ook geldig zijn voor de maanden november en december.

De VGZ-budgethouders ontvangen gezamenlijk in 2007 iets meer dan 179 miljoen euro. De volwassenen met een somatische grondslag ontvangen gezamenlijk het meest (59,5 miljoen euro), gevolgd door de jongeren met een psychiatrische grondslag (39,7 miljoen euro). De jongeren met een psychiatrische grondslag hebben wel-

liswaar een laag netto budget, maar door hun grote aantallen leggen zij toch een groot beslag op pgb-gelden. De jongeren met een somatische grondslag leggen het kleinste beslag op pgb-gelden (zie tabel 3.10).

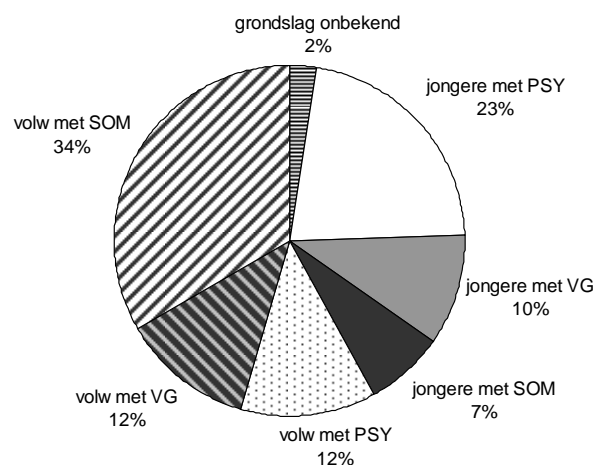
Tabel 3.10 – Schatting van het beslag op de subsidie naar groep in 2007*

	VGZ-budgethouders			Beslag op de subsidie in miljoenen euro's voor Nederland totaal	
	Gemiddeld Netto budget in €	N	Beslag op de subsidie in miljoenen euro's (en % van het totaal)	Methode 1 (=VGZ*7,23)	Methode 2 (% van het subsidie-plafond)
grondslag onbekend	€16.002	268	4,3 (2%)	31,0	34,8
jongere met PSY	€11.557	3.435	39,7 (23%)	287,0	322,4
jongere met VG	€17.646	1.044	18,4 (10%)	133,2	149,6
jongere met SOM	€21.124	596	12,6 (7%)	91,0	102,2
volwassene met PSY	€11.544	1.932	22,3 (12%)	161,2	181,1
volwassene met VG	€25.980	861	22,4 (12%)	161,7	181,7
volwassene met SOM	€14.058	4.232	59,5 (34%)	430,1	483,2
Totaal	€14.486	12.368	179,2 (100%)	1.295,4	1.455,0

* Schatting op basis van VGZ-gegevens van januari t/m oktober.

Tabel 3.10 geeft ook twee schattingen van het beslag op de subsidie voor de totale groep budgethouders in Nederland. Deze gegevens moeten met nog meer voorzichtigheid worden betracht dan de gegevens omtrent het beslag op de subsidie voor de VGZ-budgethouders, omdat er nog meer aannames worden gemaakt.

Figuur 3.5 – Beslag op de subsidie, 2007*, in procenten van het totaal



* gebaseerd op gegevens van januari t/m oktober

Bij **methode 1** wordt gekeken hoe groot het aandeel VGZ-budgethouders is ten opzichte van de totale groep budgethouders. Op 31 december 2007 waren er 12.419 VGZ-budgethouders en het totaal aantal budgethouders in Nederland was toen 89.771 (Bron: CVZ). Dit aantal van 89.771 gedeeld door 12.419 is 7,23. Door het vermenigvuldigen van het beslag op de subsidie van de VGZ-budgethouders met dit getal ontstaat een landelijk beeld. Behalve de aanname die al gold voor de VGZ-budgethouders (de maanden december en november 2007 hebben geen invloed op het gemiddelde netto budget en het totaal aantal budgethouders) worden hierbij de volgende aannames gemaakt:

- het gemiddeld netto budget is gelijk voor VGZ-budgethouders en de overige budgethouders, terwijl de gemiddelde dagprijs bij VGZ waarschijnlijk lager is dan de landelijk gemiddelde dagprijs⁶;
- de omvang van de verschillende groepen in de VGZ-populatie is een goede indicatie van de omvang van de verschillende groepen in de totale populatie budgethouders in Nederland, terwijl er waarschijnlijk in de VGZ-populatie iets te weinig jongeren en iets te veel ouderen zitten (zie het volgende hoofdstuk 4).

Het beslag op de subsidie komt met methode 1 op ruim 1.295 miljoen euro, hiervan komt 430 miljoen euro op conto van de volwassenen met een somatische aandoening en 287 komt voor rekening van de jongeren met een psychiatrische aandoening.

Het beslag op de subsidie volgens methode 1 is fors lager dan het subsidie-plafond voor 2007 (1.455 miljoen euro), waarschijnlijk omdat de gegevens over de maanden december en november 2007 ontbreken, het totaal aantal VGZ-budgethouders over 2007 hoger uitvalt of doordat de gemiddelde dagprijs voor de VGZ-budgethouders lager is dan gemiddeld.

Methode 2 laat zien hoe de verdeling over de verschillende groepen eruit zou zien, als het volledige subsidie-plafond gebruikt zou worden. Voor deze tweede methode gelden dezelfde aannames als voor de eerste methode, plus de extra aanname dat het subsidie-plafond opgebruikt wordt en naar rato verdeeld wordt over de verschillende groepen. Volgens de tweede methode zijn de volwassenen met een somatische grondslag goed voor 483 miljoen euro en de jongeren met een psychiatrische aandoening leggen beslag op 322 miljoen euro.

Bij dit alles moet opgemerkt worden dat het beslag op pgb-gelden niet gelijk is aan het beslag op AWBZ-geld. Naast geld dat zij ontvangen in het kader van hun pgb, kunnen budgethouders ook nog zorg in natura ontvangen. Jongeren met een psychiatrische grondslag ontvangen het minst vaak van alle groepen naast het pgb ook nog zorg in natura (8%), bij de volwassenen met een somatische grondslag en de volwas-

6 Bron: CVZ juli 2007. Gemiddelde dagprijs bij VGZ €45.04 en landelijk €51,51.

senen met de grondslag verstandelijke beperking is dit respectievelijk 24 procent en 34 procent (zie tabel 3.2).

3.5 Samenvatting

Om veranderingen in de samenstelling van de populatie budgethouders te kunnen aantonen, zijn budgethouders toegewezen aan één van de drie volgende grondslagen: PSY, VG of SOM. Samen met de leeftijd van de budgethouder (ouder of jonger dan 18 jaar) levert dat 6 groepen van budgethouders op.

- In 2007 vormden de volwassenen met SOM de grootste groep (35%) gevolgd door de jongeren met PSY (28%) en de volwassenen met PSY (16%). Volwassenen met VG ontvangen in 2007 het hoogste netto budget (€25.980), jongeren en volwassenen met PSY het laagst (rond de €11.500).
- Alle groepen budgethouders zijn de afgelopen jaren in omvang gestegen. De grootste stijger is echter de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening. De omvang van deze groep is de afgelopen jaren met 5-6 procentpunten gestegen tot het huidige aandeel van 28 / 29 procent.
- Het gemiddelde budget is eveneens gestegen in de afgelopen jaren, behalve voor de groep jongeren met PSY. Het budget in 2007 ligt zelfs iets lager dan het budget in 2004.
- Alle volwassenen met SOM leggen bij elkaar het grootste beslag op de PGB-gelden (59,5 miljoen), gevolgd door de jongeren met PSY (39,7 miljoen). Het gemiddelde budget is voor deze laatste groep weliswaar het laagst, maar door hun grote aantallen leggen zij toch een groot beslag op pgb-gelden.

4 Representativiteit VGZ-budgethouders

4.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn gegevens over budgethouders gepresenteerd op basis van het VGZ-bestand. Dit bestand bevat gegevens van budgethouders die via één van de vier VGZ-zorgkantoren een PGB ontvangen. Deze vier VGZ-zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ in volgende regio's: Nijmegen, Midden Brabant, Noord Oost Brabant en Noord en Midden Limburg. In totaal zijn er 32 zorgkantorregio's.

In dit hoofdstuk proberen we een antwoord te geven op de vraag in hoeverre de populatie VGZ-budgethouders representatief is voor de totale populatie budgethouders in Nederland. Een definitief antwoord op deze vraag is (nog) niet te geven. Daarvoor zouden *alle* VGZ-budgethouders (of een representatieve steekproef van hen) vergeleken moeten worden met (een representatieve steekproef van) *alle* budgethouders uit de overige zorgkantorregio's. Dat is op basis van de beschikbare gegevens niet mogelijk.

CIZ-registraties

De registratie van CIZ-indicaties biedt op dit moment de beste vergelijking met de populatie VGZ-budgethouders. In het bestand van CIZ kan, uitgesplitst naar zorgkantorregio, gekeken worden hoeveel mensen op een bepaalde peildatum een geldige indicatie hadden en hoeveel van hen een voorkeur hadden voor een pgb als leveringsvorm. De achtergrondkenmerken van deze groep (zoals leeftijd en geslacht, maar ook grondslag en geïndiceerde functies) kunnen dan vergeleken worden met de budgethouders uit het VGZ-bestand die op dezelfde peildatum een geldige indicatie hadden. Deze vergelijking is op twee punten niet compleet. (1) We kunnen alleen de budgethouders uit het VGZ-bestand die door het CIZ zijn geïndiceerd vergelijken en we kunnen dus niets zeggen over de budgethouders die door het BJZ zijn geïndiceerd. (2) Bij de CIZ-registraties gaat het om een *voorkeur* voor het pgb als leveringsvorm, het VGZ-bestand heeft betrekking op *budgethouders* die daadwerkelijk een pgb toegekend hebben gekregen.

De groep budgethouders kan op twee manieren afwijken van de groep die bij indicatie een voorkeur had voor een pgb. Mensen zonder voorkeur voor een pgb kunnen van gedachten veranderen (bijvoorbeeld doordat zij moeite hebben om zorg in natura

te vinden) en uiteindelijk toch voor een pgb kiezen. Daar staat tegenover dat het mogelijk is dat mensen die bij indicatie een voorkeur hadden voor een pgb, uiteindelijk toch kiezen voor zorg in natura. Om uitspraken te kunnen doen over de representativiteit van de VGZ-populatie budgethouders, maken we de aanname dat de groep budgethouders voor het grootste gedeelte bestaat uit mensen die bij indicatie een voorkeur hadden voor een pgb.

Vergelijking in twee stappen

In twee stappen wordt gekeken naar de representativiteit van de VGZ-populatie. De eerste stap is een vergelijking van mensen met een geldige indicatie uit de VGZ-zorgkantoorregio's versus de totale populatie mensen met een geldige indicatie, los van of er sprake is van een voorkeur voor een pgb. De vier VGZ zorgkantoorregio's zijn allemaal te vinden in het zuidoosten van het land. Wellicht wijkt de populatie VGZ-budgethouders alleen om deze reden al af van de budgethouders uit de overige zorgkantoor regio's, bijvoorbeeld omdat in het noorden van het land meer jongeren of juist meer ouderen een indicatie krijgen. Dergelijke verschillen moeten dan ook al zichtbaar zijn voor de totale groep mensen met een indicatie en niet alleen voor de mensen met een voorkeur voor een pgb. In de tweede stap wordt de groep met een voorkeur voor een PGB (zowel landelijk als in de VGZ-regio's) vergeleken met de VGZ-budgethouders.

4.2 VGZ zorgkantoorregio's versus Nederland totaal

Tabel 4.1 geeft de achtergrondkenmerken van personen die op 1 november 2007 een geldige CIZ-indicatie hadden. De verschillen tussen de populatie van de VGZ-zorgkantoren en de totale populatie van alle zorgkantoorregio's zijn zeer klein. In heel Nederland geeft 8,9% aan een voorkeur te hebben voor het pgb, in de VGZ-regio's is dat niet anders. Dit betekent dat er geen a priori verschillen zijn tussen de mensen in de VGZ-regio's en de overige regio's.

Tabel 4.1 – Vergelijking VGZ populatie budgethouders met totale populatie van alle zorgkantoren (selectie personen met een op 1 november 2007 geldige CIZ-indicatie), in procenten

	Alle zorgkantoren (CIZ-bestand)	VGZ-zorgkantoren (CIZ-bestand)
	<i>N=744.394</i>	<i>N=81.411</i>
<i>Gewenste leverborm</i>		
zorg in natura (ZIN)	91,1	91,1
PGB (incl. PGB plus ZIN)	8,9	8,9
<i>Geslacht</i>		
onbekend	0,1	0,1
man	38,5	38,4
vrouw	61,5	61,5
<i>Leeftijdsklasse</i>		
onbekend	0,0	0,0
0-11 jaar	4,1	4,6
12-17 jaar	2,9	2,8
18-49 jaar	16,0	15,3
50-64 jaar	10,0	10,3
65-74 jaar	11,9	13,1
75-84 jaar	31,0	32,7
>85 jaar	24,2	21,2
<i>Dominante grondslag</i>		
geen grondslag	1,7	1,0
SOM	56,5	57,2
PSY	11,8	10,7
VG	11,9	11,8
PG	13,6	14,0
ZG	2,6	3,8
PS	0,6	0,3
LG	1,3	1,2
<i>Geïndiceerde functie(s)*</i>		
PV	10,8	11,9
VP	5,2	4,4
PV+VP	9,4	9,3
BH(+PV/VP)	0,1	0,4
OBA-sec	7,0	6,6
OBA+PV/VP/BH	7,6	6,5
OBA+OBD(+PV/VP/BH)	4,6	4,4
OBD-sec	3,0	3,0
OBD+PV/VP/BH	3,3	3,9
AB(+PV/VP/BH/OBA/OBD)	5,2	5,8
VBT <k13 ((+PV/VP/OBA/OBD/BH)	3,2	2,9
VB(+PV/VP/OBA/OBD)geen BH	23,6	24,5
VB(+PV/VP/OBA/OBD)wel BH	17,0	16,4

* indeling van CIZ

4.3 Budgethouders versus personen met voorkeur voor pgb

Tabel 4.2 geeft achtergrondkenmerken van de mensen die bij de CIZ-indicatie aangeven een voorkeur te hebben voor een pgb en de budgethouders uit het VGZ-bestand (geïndiceerd door het CIZ en met een geldig indicatie-besluit op 1 november 2007).

Er zijn enkele verschillen tussen de mensen uit de VGZ-regio's met een voorkeur voor een pgb en de totale populatie mensen met een voorkeur voor een pgb (de eerste twee kolommen van tabel 3.2). In de VGZ-regio's zijn ten opzichte van Nederland totaal iets meer vrouwen (51,9% versus 49,4% landelijk). De verschillen naar leeftijd zijn groter. De VGZ-populatie omvat minder jongeren tot en met 17 jaar (24,2% versus 32,9 % landelijk) en meer 'ouderen' vanaf 50 jaar; met name meer 75 tot 84 jarigen (14% versus 18,8% landelijk).

Omdat er in de VGZ-regio minder jongeren en meer ouderen een voorkeur voor een PGB hebben, zijn er ook verschillen in de dominante grondslag en de geïndiceerde functies. In de VGZ-regio's zijn er meer personen met een somatische grondslag (dit zijn vaak ouderen) en minder met een psychiatrische grondslag of een grondslag verstandelijke handicap (dit zijn vaak jongeren). De VGZ-regio telt iets meer mensen met een voorkeur voor een pgb die VP of VP+PV geïndiceerd hebben gekregen.

De VGZ-budgethouders uit het CIZ-bestand blijken een goede weerspiegeling te zijn van de mensen met een voorkeur voor een PGB uit de VGZ-regio's (de laatste twee kolommen uit tabel 3.2). De verschillen tussen deze twee groepen naar geslacht, leeftijd, grondslag en geïndiceerde functies zijn zeer klein. Omdat de VGZ-budgethouders zo erg lijken op de mensen met een voorkeur voor een pgb uit de VGZ-regio's, vertonen zij dezelfde verschillen als de laatstgenoemde groep met de totale groep mensen met een voorkeur voor een pgb: minder jongeren en meer ouderen en de daarbij behorende verschillen in grondslag en geïndiceerde functies.

Binnen de VGZ-populatie zijn er bijna 600 echte budgethouders (7,5 %) meer op peildatum 1-11- 2007, dan personen die op het moment van indicatiestelling aangeven voorkeur voor een pgb te hebben. Dat houdt in dat deze mensen bij indicatiestelling ofwel eerst geen voorkeur hadden of liever zorg in natura hadden willen ontvangen, maar uiteindelijk toch voor een pgb hebben gekozen.

Tabel 4.2 – Vergelijking budgethouders in VGZ-bestand met personen met voorkeur PGB als leveringsvorm in CIZ-bestand, in procenten

	Personen met voorkeur PGB als leveringsvorm		Budgethouders VGZ-zorgkantoren met CIZ indicatie (VGZ-bestand)*
	Alle zorgkantoren (CIZ-bestand)*	VGZ zorgkantoren (CIZ-bestand)*	
	N=65.939	N=7.253	N=7.849
<i>Geslacht</i>			
onbekend	0,1	0,1	
man	50,5	47,8	47,8
vrouw	49,4	52,0	52,2
<i>Leeftijdsklasse</i>			
0-11 jaar	20,8	16,1	14,9
12-17 jaar	12,1	8,6	9,3
18-49 jaar	31,8	31,9	32,7
50-64 jaar	13,9	15,5	15,7
65-74 jaar	7,3	8,9	8,5
75-84 jaar	8,6	12,0	11,9
>85 jaar	5,4	6,9	6,9
<i>Dominante grondslag</i>			
geen grondslag	1,3	0,5	1,9
SOM	33,5	42,1	40,6
PSY	21,9	18,8	17,2
VG	32,2	27,0	28,0
PG	3,1	3,4	3,7
ZG	2,6	3,0	2,7
PS	0,6	0,3	0,5
LG	4,8	4,8	5,4
<i>Geïndiceerde functies (1)</i>			
alleen PV	10,6	15,0	16,9
alleen VP	1,1	1,2	1,5
PV+VP	5,7	7,9	7,6
rest	82,7	75,8	74,1
<i>Geïndiceerde functies (2)</i>			
alleen PV	10,6	15,0	
alleen VP	1,1	1,2	
PV+VP	5,7	7,9	
alleen OB algemeen (OBA)	14,2	12,8	
OBA+PV/VP/BH	12,4	12,1	
OBA+OBD(+PV/VP/BH)	7,9	9,3	
OBD-sec	2,0	1,8	
OBD+PV/VP/BH	2,2	3,3	
AB(+PV/VP/BH/OBA/OBD)	14,2	14,8	
VBT <k13 (+PV/VP/OBA/OBD/BH)	22,6	15,5	
VB(+PV/VP/OBA/OBD)geen BH	4,7	4,3	
VB(+PV/VP/OBA/OBD)wel BH	2,6	1,9	

* Met een geldige CIZ-indicatie op 1 november 2007; dus zonder BJZ geïndiceerden.

4.4 Conclusie

Er zijn weinig tot geen verschillen in achtergrondkenmerken tussen de groep budgethouders uit de VGZ-regio's en de groep mensen uit dezelfde regio's met een voorkeur voor een pgb. Dit wijst erop dat de aanname klopt dat we gegevens over de voorkeur voor een pgb mogen gebruiken om iets te zeggen over de representativiteit van de populatie VGZ-budgethouders. Dit betekent dan dat er zich onder de populatie VGZ-budgethouders ten opzichte van de totale populatie budgethouders iets te weinig jongeren en te veel ouderen bevinden, hetgeen ook leidt tot verschillen in grondslag en geïndiceerde functies. Landelijk is 32,9 procent 17 jaar of jonger; in de VGZ-populatie is dat 24,2 procent. Het is niet duidelijk waar deze verschillen tussen de VGZ-regio's en het landelijke gemiddelde vandaan komen.

In hoeverre deze verschillen zullen verdwijnen door de BJZ geïndiceerde budgethouders is op dit moment niet te zeggen.

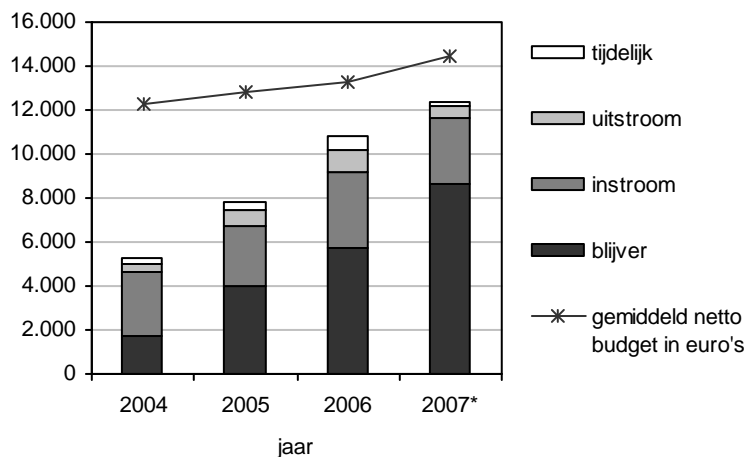
5 Samenvatting en conclusies

Groei pgb

Het aantal VGZ-budgethouders is van 2004 tot 2007 meer dan verdubbeld, van 5.318 in 2004 tot 12.368 in 2007. Dit is nog een onderschatting van de werkelijke groei, omdat in de gegevens over 2007 alleen de maanden januari tot en met oktober zijn meegenomen⁷. Het aantal en ook het aandeel 'blijvers' (budgethouders die minstens een kalenderjaar budgethouder blijven) neemt over de jaren heen toe. In 2007 is 70 procent van de budgethouders een blijver. De instroom van budgethouders neemt relatief gezien af. Dat wil zeggen dat ten opzichte van de totale groep budgethouders het percentage instromers steeds kleiner wordt. In 2004 was 53 procent van de budgethouders instromer, in 2007 was dat 70 procent. In *absolute* aantallen gezien is er geen sprake van een daling van de instroom, eerder van een (lichte) stijging.

Het gemiddeld netto budget is net als het aantal budgethouders de afgelopen jaren gestegen. In 2004 was het gemiddeld netto budget € 12.305, in 2007 was dat €14.486.

Figuur 5.1 – VGZ- budgethouders in absolute aantallen en gemiddeld netto budget in euro's, 2004 - 2007



⁷ Uit zeer recente informatie (25 april 2008) van Alfanumeriek blijkt dat VGZ in totaal aan 13.875 mensen een pgb in 2007 is toegekend. Op het moment dat dit onderzoek is uitgevoerd (januari-maart 2007) was het pgb-databestand over 2007 nog niet voor onderzoekdoeleinden beschikbaar. Zorgkantoren hebben in februari 2008 nog met terugwerkende kracht beschikkingen afgegeven voor 2007.

Kenmerken budgethouders

De populatie budgethouders uit 2007 van de vier VGZ-zorgkantoren heeft de volgende kenmerken:

- de drie meest voorkomende grondslagen zijn: somatische aandoening (41%), psychiatrische aandoening (41%) en verstandelijke handicap (20%);
- bij 80 procent van de budgethouders met een somatische problematiek is persoonlijke verzorging geïndiceerd al of niet in combinatie met andere functies;
- bij 92 procent van de budgethouders met een psychiatrische aandoening is ondersteunende begeleiding geïndiceerd al of niet in combinatie met andere functies;
- bij 95 procent van de budgethouders met een verstandelijke beperking is ondersteunende begeleiding geïndiceerd al of niet in combinatie met andere functies;
- 40 procent van de budgethouders met een somatische aandoening is 71 jaar of ouder en 62 procent is vrouw;
- 66 procent van de budgethouders met een psychiatrische aandoening is 17 jaar of jonger en 58 procent is van het mannelijke geslacht;
- bijna 60 procent van de budgethouders met een verstandelijke handicap is ook 17 jaar of jonger en van het mannelijke geslacht;
- budgethouders van 17 jaar en jonger ontvangen vooral een pgb voor kort verblijf, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding.

Ontwikkelingen in de periode 2004-2007

De totale populatie budgethouders wijkt in 2007 niet veel af van de populatie in de andere jaren nu de groep met huishoudelijke verzorging is weggelaten. We zien een lichte stijging van het aantal budgethouders van 17 jaar en jonger. Een stijging van 5 procent in de afgelopen 4 jaar. Ook is er sprake van een lichte toename van het aantal mannen met 5 procent. Verder zien we sinds 2005 een toename van het aantal budgethouders met een BJZ-indicatie: van 14 procent in 2005 tot 25 procent in 2007. Kijken we naar de grondslagcombinaties dan zien we dat in de loop van de jaren de enkelvoudige grondslag psychiatrische aandoening is gestegen van 25 procent in 2004 tot 34 procent in 2007. De groep budgethouders met alleen de grondslag verstandelijke handicap blijft vrij constant met zo'n 10-11 procent.

In alle jaren ontvangen budgethouders met de grondslag VG (in combinatie met LG, ZG, PSYS) het hoogste budget. In 2007 ontvangt deze groep een budget van €25.805 per jaar; in 2004 was dat €21.831 per jaar. Een stijging van €4.000. Ook lichamelijk gehandicapten ontvangen een vrij hoog budget. Budgethouders met alleen een psychiatrische grondslag ontvangen in alle jaren het laagste budget. Was dat in 2004 gemiddeld €9.696 per jaar, in 2007 ontvangen zij gemiddeld €10.000 per jaar.

Ondersteunende begeleiding wordt in alle jaren het vaakst geïndiceerd en neemt ook toe van 62 procent in 2004 tot 76 procent in 2007. Daarna volgt persoonlijke verzor-

ging dat in alle jaren om en nabij de 45 procent wordt geïndiceerd. Een indicatie voor kort verblijf neemt in de jaren toe met zo'n 10 procent: van 18 procent in 2004 tot 27 procent in 2007. En de vervoersindicatie neemt toe van 8 procent in 2004 tot maar liefst 20 procent in 2007.

Enkelvoudige functies komen minder vaak voor dan meervoudige functies. In 2006 en 2007 is de verhouding constant gebleven: 35 procent enkelvoudige en 65 meervoudige functies. Alleen ondersteunende begeleiding of alleen persoonlijke verzorging komen het vaakst voor, gevolgd door de combinatie ondersteunende én activerende begeleiding.

Hoogte van netto budgetten

In alle jaren ontvangen budgethouders met de functiecombinatie PV+VP+OB het hoogste budget. In 2007 was dat gemiddeld zo'n €30.000. Dit betreft in 2007 slechts 5 procent van het aantal budgethouders. Budgethouders met een enkelvoudige indicatie voor ondersteunende begeleiding (18% in 2007) krijgt een budget van gemiddeld circa €7.000 per jaar.

Kijken we alleen naar de instromers in de diverse jaren, dan kunnen we daaruit concluderen dat zij in de periode 2004-2007 nauwelijks veranderen wat achtergrondkenmerken betreft. In vergelijking met de totale groep budgethouders valt op dat het aandeel van budgethouders met alleen de psychiatrische grondslag onder de instromers relatief groter is. Dat geldt voor alle jaren. In 2007 bijvoorbeeld heeft 40 procent van de budgethouders de psychiatrische grondslag; bij de totale groep is dat 34 procent.

Instromers krijgen in alle jaren een lager budget dan de totale groep budgethouders. Het hoogste budget ontvangen ook hier de budgethouders met de grondslagcombinatie VG+LG/ZG/PSYS, namelijk gemiddeld €15.865. Maar dat is nog altijd €10.000 minder dan het gemiddelde budget dat deze groep budgethouders ontvangt binnen de totale populatie. Dit geldt ook voor instromers met alleen de psychiatrische grondslag. Zij ontvangen in 2007 gemiddeld een budget van €6.389 terwijl dezelfde groep binnen de totale populatie gemiddeld zo'n €3.500 meer per jaar ontvangt.

Kenmerken totale groep budgethouders afgezet tegen hoogte netto budget 2006 – 2007

De groep met het laagste netto budget (tot en met €2000) bestaat uit meer vrouwen dan mannen, terwijl dat bij de hogere budgetten omgekeerd is. Onder de budgethouders met een budget tot en met €2.000 bevinden zich relatief gezien weinig jongeren tot en met 17 jaar en juist relatief veel personen van 71 jaar of ouder. De jongeren tot en met 17 jaar zijn met name te vinden bij de budgetten tussen de € 2.000 en €30.000.

De budgethouders met een budget tot en met €2.000 zijn iets minder vaak dan gemiddeld geïndiceerd door het Bureau Jeugdzorg (BJZ). De mensen die geïndiceerd zijn door Bureau Jeugdzorg zijn met name te vinden bij de netto budgetten tussen de €2.000 en €30.000 (25%-26% van deze groep is geïndiceerd door BJZ).

Bij de groep met een netto budget tot €2.000 euro zijn mensen met een somatische grondslag sterk oververtegenwoordigd, zeker als gekeken wordt naar zij die *alleen* een somatische grondslag hebben. Mensen met de grondslag verstandelijk gehandicapt of lichamelijk gehandicapt zijn oververtegenwoordigd bij de hogere budgetten. Budgethouders met een netto budget tot en met €2.000 euro hebben vaker slechts een indicatie voor één zorgfunctie dan mensen met hogere budgetten. Vaak gaat het dan om ondersteunende begeleiding of persoonlijke verzorging.

Kenmerken van instromers afgezet tegen hoogte netto budget 2006 – 2007

Instromers lijken wat leeftijd en indicatie door BJZ betreft op de totale groep budgethouders. Instromers met een netto budget van €2.000 of minder hebben vaak alleen een somatische grondslag en relatief vaak alleen persoonlijke verzorging. Verder telt deze groep relatief veel mensen die alleen de indicatie ondersteunende begeleiding hebben gekregen.

Instromers met een netto budget tussen de €2.001 en €5.000 of tussen de €5.001 en €30.000 hebben relatief vaak de indicatie ondersteunende begeleiding. Daarnaast hebben zij vaak een combinatie van ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Instromers in de allerhoogste budgetklasse (meer dan €30.000 euro) krijgen vaak een budget voor de combinatie van persoonlijke verzorging, verpleging plus ondersteunende begeleiding.

Veranderingen in populatie, groei en beslag op subsidie

Om veranderingen in de samenstelling van de populatie budgethouders te kunnen aantonen, hebben wij budgethouders toegewezen aan één van de drie volgende grondslagen: PSY, VG of SOM. Samen met de leeftijd van de budgethouder (ouder of jonger dan 18 jaar) levert dat zes groepen van budgethouders op. De belangrijkste bevindingen zijn:

- In 2007 vormden de volwassenen met SOM de grootste groep (35%) gevolgd door de jongeren met PSY (28%) en de volwassenen met PSY (16%). Volwassenen met VG ontvingen in 2007 het hoogste netto budget (€25.980), jongeren en volwassenen met PSY het laagst (circa €11.500).
- Alle groepen budgethouders zijn de afgelopen jaren in omvang gestegen. De grootste stijger is echter de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening. De omvang deze groep is de afgelopen jaren met 5-6 procentpunten gestegen tot het huidige aandeel van 28 - 29 procent.

- Het gemiddelde budget is eveneens gestegen de afgelopen jaren, behalve voor de groep jongeren met PSY. Voor hen ligt het budget in 2007 zelfs iets lager dan het budget in 2004.
- Alle volwassenen met SOM leggen bij elkaar het grootste beslag op de pgb-gelden (59,5 miljoen), gevolgd door de jongeren met PSY (39,7 miljoen). Het gemiddeld budget is voor deze laatste groep weliswaar het laagst, maar door hun grote aantallen leggen zij toch een groot beslag op pgb-gelden.

Naar landelijk niveau

Met een aantal extra aannames kan een zeer grof landelijk beeld worden gegeven van het beslag op de pgb-subsidie. Steeds wordt hierbij de verdeling binnen de VGZ-populatie als uitgangspunt genomen. Afhankelijk van de gebruikte methode leggen volwassenen met SOM voor 430 miljoen dan wel 483 miljoen euro beslag op de subsidie. Jongeren met PSY doen dat voor respectievelijk 287 dan wel voor 322 miljoen euro.

Representativiteit VGZ-budgethouders

De representativiteit van de VGZ-budgethouders is alleen te bepalen voor de groep die door het CIZ is geregistreerd en niet voor de VGZ-budgethouders die door het BIZ zijn geïndiceerd. De VGZ-budgethouders met een CIZ-indicatie zijn vergeleken met landelijke CIZ-registraties. Uit deze vergelijking blijkt dat de VGZ budgethouders redelijk representatief zijn voor de landelijke populatie. Alleen bevinden zich onder de door CIZ geïndiceerde VGZ-budgethouders iets te weinig jongeren en iets te veel ouderen.

Bijlage 1 – Geïndiceerde functies, grondslagen en kenmerken budgethouders

Tabel 1.1 – Functies naar grondslag 2004, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	Psy/S	totaal
<i>N=</i>	1.882	201	1.296	300	827	125	200	3.948
<i>Functie</i>								
PV	79	84	5	68	32	46	47	48
VP	37	58	2	29	9	15	30	22
OB	38	71	88	71	92	75	69	64
AB	7	3	56	22	34	38	28	27
KV	5	2	33	23	42	24	15	20
VV	6	11	5	17	27	14	6	9

Tabel 1.2 – Functies naar grondslag 2005, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	Psy/S	totaal
<i>N=</i>	3.062	270	2.251	512	1.380	190	394	6.544
<i>Functie</i>								
PV	80	83	7	70	35	48	42	48
PV	42	61	3	30	10	22	28	23
VP	44	87	88	78	94	76	79	68
OB	7	7	56	20	32	42	25	28
AB	7	7	35	28	44	27	15	22
KV	11	29	7	26	31	21	11	13

Tabel 1.3 – Functies naar grondslag 2006, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	Psy/S	totaal
<i>N=</i>	4.411	351	3.801	682	2.064	285	603	9.962
<i>Functie</i>								
PV	79	83	6	69	34	44	32	44
VP	44	68	3	30	10	23	20	23
OB	49	94	91	83	95	80	82	72
AB	8	6	54	23	31	44	31	29
KV	10	20	35	32	46	28	18	25
VV	17	44	10	35	40	30	15	17

Tabel 1.4 – Grondslag naar achtergrondkenmerken budgethouders 2004, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	Psy/S	totaal
<i>N=</i>	1.882	201	1.296	300	827	125	200	3.948
<i>Instromer</i>								
nee	44	42	35	45	34	38	31	39
ja	56	58	65	55	66	62	69	61
<i>Leeftijd</i>								
t/m17	12	3	64	53	62	54	26	37
18 t/m 50	23	4	27	37	34	17	31	26
51 t/m 70	27	11	8	9	4	17	18	16
71 of meer	38	82	1	1	0	13	26	20
<i>Geslacht</i>								
man	35	31	69	63	59	58	48	51
vrouw	65	69	31	37	41	42	52	49
<i>Samenstelling huishouden</i>								
alleenstaand	43	53	42	39	52	48	46	44
samenlevend	57	47	58	61	48	52	54	56

Tabel 1.5 – Grondslag naar achtergrondkenmerken budgethouders 2005, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	Psy/S	totaal
<i>N=</i>	3.062	270	2.251	512	1.380	190	394	6.544
<i>Instromer</i>								
nee	65	65	56	61	58	67	54	61
ja	35	35	44	39	42	33	46	39
<i>Leeftijd</i>								
t/m17	11	3	63	57	61	53	27	38
18 t/m 50	20	3	27	31	35	16	32	25
51 t/m 70	28	17	7	11	4	16	18	16
71 of meer	40	77	1	1	0	15	22	20
<i>Geslacht</i>								
man	37	33	71	58	61	54	49	53
vrouw	63	67	29	42	39	46	51	47
<i>Samenstelling huishouden</i>								
alleenstaand	43	50	34	36	46	46	43	40
samenlevend	57	50	66	64	54	54	57	60

Tabel 1.6 – Grondslag naar achtergrondkenmerken budgethouders 2006, in procenten

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	Psy/S	totaal
	<i>N=</i> 4.411	351	3.801	682	2.064	285	603	9.962
<i>Instromer</i>								
nee	66	64	57	75	64	66	59	63
ja	34	36	43	25	36	34	41	37
<i>Leeftijd</i>								
t/m17	11	5	65	58	58	48	30	40
18 t/m 50	21	3	28	32	37	23	38	26
51 t/m 70	28	15	6	9	4	15	16	15
71 of meer	40	77	1	1	0	14	15	19
<i>Geslacht</i>								
man	38	40	71	58	59	55	53	18
vrouw	62	60	29	42	41	45	47	26
<i>Samenstelling huishouden</i>								
alleenstaand	41	43	30	33	42	42	41	37
samenlevend	59	57	70	67	58	58	59	63

Tabel 1.7 – Functies naar achtergrondkenmerken budgethouders 2004, in procenten

	HV	PV	VP	OB	AB	KV	VV	totaal
	<i>N=</i> 2.081	2.529	1.223	3.276	1.415	950	450	5.318
<i>Instromer</i>								
nee	46	46	45	38	33	34	36	40
ja	54	54	112	62	69	66	64	60
<i>Leeftijd</i>								
t/m17	2	13	12	48	75	86	40	37
18 t/m 50	28	22	19	28	23	11	39	26
51 t/m 70	24	23	22	10	4	2	9	16
71 of meer	45	42	47	13	1	2	12	22
<i>Geslacht</i>								
man	29	37	39	58	71	72	54	51
vrouw	71	63	62	42	32	28	46	49
<i>Samenstelling huishouden</i>								
alleenstaand	56	46	49	47	39	38	51	44
samenlevend	65	54	52	53	63	62	49	56

Tabel 1.8 – Functies naar achtergrondkenmerken budgethouders 2005, in procenten

	HV	PV	VP	OB	AB	KV	VV	totaal
<i>N=</i>	2.767	3.603	1.828	5.200	2.216	1.662	928	7.778
<i>Instromer</i>								
nee	71	67	65	61	55	60	60	62
ja	29	33	35	39	45	40	40	38
<i>Leeftijd</i>								
t/m17	2	15	13	48	75	84	37	39
18 t/m 50	25	20	19	27	20	17	35	25
51 t/m 70	27	25	24	11	2	2	12	16
71 of meer	46	40	44	13	2	3	16	21
<i>Geslacht</i>								
man	30	38	42	60	71	70	56	53
vrouw	70	62	58	40	29	30	44	47
<i>Samenstelling huishouden</i>								
alleenstaand	57	44	46	42	29	31	43	40
samenlevend	43	56	54	59	71	69	57	60

Tabel 1.9 – Functies naar achtergrondkenmerken budgethouders 2006, in procenten

	HV	PV	VP	OB	AB	KV	VV	totaal
<i>N=</i>	3.425	4.678	2.480	7.759	3.137	2.680	1.778	10.780
<i>Instromer</i>								
nee	71	69	66	63	56	66	62	63
ja	28	31	34	37	44	34	38	37
<i>Leeftijd</i>								
t/m17	1	15	12	49	74	77	40	40
18 t/m 50	25	20	19	28	21	13	31	25
51 t/m 70	27	24	24	11	3	3	12	15
71 of meer	46	40	44	12	2	7	17	19
<i>Geslacht</i>								
man	30	39	42	61	71	68	55	56
vrouw	70	61	58	39	29	32	45	45
<i>Samenstelling huishouden</i>								
alleenstaand	58	42	45	37	24	28	39	37
samenlevend	42	58	55	63	76	72	61	63

Bijlage 2 – Netto-budgetten naar grondslag en leeftijd

Tabel 2.1 – Netto budget naar grondslag en leeftijd, budgethouders met een lopend budget op 1-11-2007

Budgetklasse		Aantal budgethouders abs.	Gemiddeld netto pgb	Budgethouders naar eerste grondslag, absoluut									Budgethouders naar leeftijdsklasse, absoluut			
ondergrens	bovengrens			SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
0	2.500	1.594	1.493	784	9	550	30	127	40	31	23	1.594	496	567	531	1.594
2.500	5.000	1.664	3.788	665	22	753	29	110	21	36	28	1.664	692	573	399	1.664
5.000	7.500	1.558	6.072	505	25	741	46	169	24	20	28	1.558	704	588	266	1.558
7.500	10.000	1.397	8.804	431	22	638	43	179	16	32	36	1.397	638	502	257	1.397
10.000	12.500	919	11.270	297	11	452	31	86	6	18	18	919	483	274	162	919
12.500	15.000	727	13.766	215	7	352	28	96	4	14	11	727	401	207	119	727
15.000	17.500	662	16.074	193	11	276	33	124	7	9	9	662	346	233	83	662
17.500	20.000	433	18.693	130	9	181	31	72	3	2	5	433	238	135	60	433
20.000	22.500	434	21.097	149	8	144	28	80	5	5	15	434	197	177	60	434
22.500	25.000	280	23.653	99	8	99	20	51	1	2	0	280	144	80	56	280
25.000	27.500	288	26.051	107	5	65	21	75	4	2	9	288	118	131	39	288
27.500	30.000	224	28.670	83	8	66	18	46	2	0	1	224	96	88	40	224
30.000	32.500	181	31.272	76	4	33	17	42	2	0	7	181	69	84	28	181
32.500	35.000	164	33.635	74	7	42	9	21	2	1	8	164	63	61	40	164
35.000	37.500	150	36.069	71	5	22	11	36	1	2	2	150	57	67	26	150
37.500	40.000	125	38.771	55	4	23	14	22	3	2	2	125	56	47	22	125
40.000	42.500	107	41.311	40	2	16	16	27	2	1	3	107	42	54	11	107
42.500	45.000	85	43.714	33	4	18	8	16	4	0	2	85	33	32	20	85
45.000	47.500	83	46.232	44	0	7	12	17	2	0	1	83	19	50	14	83
47.500	50.000	64	48.684	20	3	14	10	17	0	0	0	64	24	31	9	64
50.000	52.500	64	51.272	24	1	8	10	20	1	0	0	64	24	35	5	64
52.500	55.000	44	53.673	21	0	3	7	10	0	0	3	44	13	25	6	44
55.000	57.500	51	56.482	24	4	3	7	9	2	0	2	51	11	30	10	51
57.500	60.000	34	58.858	12	0	1	2	13	1	1	4	34	7	24	3	34
60.000	62.500	38	61.334	17	0	4	4	12	0	0	1	38	4	29	5	38
62.500	65.000	37	63.866	18	2	7	1	8	0	1	0	37	13	18	6	37

Vervolg Tabel 2.1

Budgetklasse		Aantal budgethouders abs.	Gemiddeld netto pgb	Budgethouders naar eerste grondslag, absoluut									Budgethouders naar leeftijdsklasse, absoluut			
ondergrens	bovengrens			SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
65.000	67.500	26	66.224	14	1	2	2	3	1	0	3	26	12	12	2	26
67.500	70.000	25	68.794	10	1	6	2	4	0	0	2	25	7	15	3	25
70.000	72.500	16	x	5	1	1	5	4	0	0	0	16	4	8	4	16
72.500	75.000	11	x	6	0	1	1	3	0	0	0	11	3	7	1	11
75.000	77.500	21	x	10	0	2	6	3	0	0	0	21	9	11	1	21
77.500	80.000	11	x	7	0	0	1	3	0	0	0	11	2	7	2	11
80.000	82.500	10	x	4	0	0	1	4	0	0	1	10	3	7	0	10
82.500	85.000	12	x	8	1	1	1	1	0	0	0	12	4	7	1	12
85.000	87.500	7	x	4	0	0	1	1	0	1	0	7	2	4	1	7
87.500	90.000	8	x	5	0	0	2	1	0	0	0	8	1	7	0	8
90.000	92.500	7	x	4	0	0	1	2	0	0	0	7	2	5	0	7
92.500	95.000	3	x	2	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	0	3
95.000	97.500	6	x	3	0	0	2	0	1	0	0	6	1	3	2	6
97.500	100.000	7	x	3	0	0	3	1	0	0	0	7	2	4	1	7
100.000	102.500	2	x	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2
102.500	105.000	5	x	3	0	0	2	0	0	0	0	5	1	3	1	5
105.000	107.500	6	x	2	0	0	1	3	0	0	0	6	2	4	0	6
107.500	110.000	7	x	4	0	0	2	1	0	0	0	7	3	4	0	7
		11.597	14.338	4.283	185	4.531	519	1.520	155	180	224	11.597	5.047	4.253	2.297	11.597

x: aantal < 25, geen gemiddelde berekend



Tabel 2.2 - Netto budget naar grondslag en leeftijd, budgethouders met een lopend budget op 1-11-2007, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	N=	<18	18-64	65 plus	N=
0	2.500	49,2	0,6	34,5	1,9	8,0	2,5	1,9	1,4	1.594	31,1	35,6	33,3	1.594
2.500	5.000	40,0	1,3	45,3	1,7	6,6	1,3	2,2	1,7	1.664	41,6	34,4	24,0	1.664
5.000	7.500	32,4	1,6	47,6	3,0	10,8	1,5	1,3	1,8	1.558	45,2	37,7	17,1	1.558
7.500	10.000	30,9	1,6	45,7	3,1	12,8	1,1	2,3	2,6	1.397	45,7	35,9	18,4	1.397
10.000	12.500	32,3	1,2	49,2	3,4	9,4	0,7	2,0	2,0	919	52,6	29,8	17,6	919
12.500	15.000	29,6	1,0	48,4	3,9	13,2	0,6	1,9	1,5	727	55,2	28,5	16,4	727
15.000	17.500	29,2	1,7	41,7	5,0	18,7	1,1	1,4	1,4	662	52,3	35,2	12,5	662
17.500	20.000	30,0	2,1	41,8	7,2	16,6	0,7	0,5	1,2	433	55,0	31,2	13,9	433
20.000	22.500	34,3	1,8	33,2	6,5	18,4	1,2	1,2	3,5	434	45,4	40,8	13,8	434
22.500	25.000	35,4	2,9	35,4	7,1	18,2	0,4	0,7	0,0	280	51,4	28,6	20,0	280
25.000	27.500	37,2	1,7	22,6	7,3	26,0	1,4	0,7	3,1	288	41,0	45,5	13,5	288
27.500	30.000	37,1	3,6	29,5	8,0	20,5	0,9	0,0	0,4	224	42,9	39,3	17,9	224
30.000	32.500	42,0	2,2	18,2	9,4	23,2	1,1	0,0	3,9	181	38,1	46,4	15,5	181
32.500	35.000	45,1	4,3	25,6	5,5	12,8	1,2	0,6	4,9	164	38,4	37,2	24,4	164
35.000	37.500	47,3	3,3	14,7	7,3	24,0	0,7	1,3	1,3	150	38,0	44,7	17,3	150
37.500	40.000	44,0	3,2	18,4	11,2	17,6	2,4	1,6	1,6	125	44,8	37,6	17,6	125
40.000	42.500	37,4	1,9	15,0	15,0	25,2	1,9	0,9	2,8	107	39,3	50,5	10,3	107
42.500	45.000	38,8	4,7	21,2	9,4	18,8	4,7	0,0	2,4	85	38,8	37,6	23,5	85
45.000	47.500	53,0	0,0	8,4	14,5	20,5	2,4	0,0	1,2	83	22,9	60,2	16,9	83
47.500	50.000	31,3	4,7	21,9	15,6	26,6	0,0	0,0	0,0	64	37,5	48,4	14,1	64
50.000	52.500	37,5	1,6	12,5	15,6	31,3	1,6	0,0	0,0	64	37,5	54,7	7,8	64
52.500	55.000	47,7	0,0	6,8	15,9	22,7	0,0	0,0	6,8	44	29,5	56,8	13,6	44
55.000	57.500	47,1	7,8	5,9	13,7	17,6	3,9	0,0	3,9	51	21,6	58,8	19,6	51
57.500	60.000	35,3	0,0	2,9	5,9	38,2	2,9	2,9	11,8	34	20,6	70,6	8,8	34
60.000	62.500	44,7	0,0	10,5	10,5	31,6	0,0	0,0	2,6	38	10,5	76,3	13,2	38
62.500	65.000	48,6	5,4	18,9	2,7	21,6	0,0	2,7	0,0	37	35,1	48,6	16,2	37

Vervolg Tabel 2.2

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	N=	<18	18-64	65 plus	N=
65.000	67.500	53,8	3,8	7,7	7,7	11,5	3,8	0,0	11,5	26	46,2	46,2	7,7	26
67.500	70.000	40,0	4,0	24,0	8,0	16,0	0,0	0,0	8,0	25	28,0	60,0	12,0	25
70.000	72.500	x	x	x	x	x	x	x	x	16	x	x	x	16
72.500	75.000	x	x	x	x	x	x	x	x	11	x	x	x	11
75.000	77.500	x	x	x	x	x	x	x	x	21	x	x	x	21
77.500	80.000	x	x	x	x	x	x	x	x	11	x	x	x	11
80.000	82.500	x	x	x	x	x	x	x	x	10	x	x	x	10
82.500	85.000	x	x	x	x	x	x	x	x	12	x	x	x	12
85.000	87.500	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
87.500	90.000	x	x	x	x	x	x	x	x	8	x	x	x	8
90.000	92.500	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
92.500	95.000	x	x	x	x	x	x	x	x	3	x	x	x	3
95.000	97.500	x	x	x	x	x	x	x	x	6	x	x	x	6
97.500	100.000	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
100.000	102.500	x	x	x	x	x	x	x	x	2	x	x	x	2
102.500	105.000	x	x	x	x	x	x	x	x	5	x	x	x	5
105.000	107.500	x	x	x	x	x	x	x	x	6	x	x	x	6
107.500	110.000	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
		36,9	1,6	39,1	4,5	13,1	1,3	1,6	1,9	11.597	43,5	36,7	19,8	11.597

x: aantal < 25, geen percentages berekend

∞ Tabel 2.3 - Netto budget naar grondslag en leeftijd, budgethouders met een lopend budget op 1-11-2007, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
0	2.500	18,3	4,9	12,1	5,8	8,4	25,8	17,2	10,3	13,7	9,8	13,3	23,1	13,7
2.500	5.000	15,5	11,9	16,6	5,6	7,2	13,5	20,0	12,5	14,3	13,7	13,5	17,4	14,3
5.000	7.500	11,8	13,5	16,4	8,9	11,1	15,5	11,1	12,5	13,4	13,9	13,8	11,6	13,4
7.500	10.000	10,1	11,9	14,1	8,3	11,8	10,3	17,8	16,1	12,0	12,6	11,8	11,2	12,0
10.000	12.500	6,9	5,9	10,0	6,0	5,7	3,9	10,0	8,0	7,9	9,6	6,4	7,1	7,9
12.500	15.000	5,0	3,8	7,8	5,4	6,3	2,6	7,8	4,9	6,3	7,9	4,9	5,2	6,3
15.000	17.500	4,5	5,9	6,1	6,4	8,2	4,5	5,0	4,0	5,7	6,9	5,5	3,6	5,7
17.500	20.000	3,0	4,9	4,0	6,0	4,7	1,9	1,1	2,2	3,7	4,7	3,2	2,6	3,7
20.000	22.500	3,5	4,3	3,2	5,4	5,3	3,2	2,8	6,7	3,7	3,9	4,2	2,6	3,7
22.500	25.000	2,3	4,3	2,2	3,9	3,4	0,6	1,1	0,0	2,4	2,9	1,9	2,4	2,4
25.000	27.500	2,5	2,7	1,4	4,0	4,9	2,6	1,1	4,0	2,5	2,3	3,1	1,7	2,5
27.500	30.000	1,9	4,3	1,5	3,5	3,0	1,3	0,0	0,4	1,9	1,9	2,1	1,7	1,9
30.000	32.500	1,8	2,2	0,7	3,3	2,8	1,3	0,0	3,1	1,6	1,4	2,0	1,2	1,6
32.500	35.000	1,7	3,8	0,9	1,7	1,4	1,3	0,6	3,6	1,4	1,2	1,4	1,7	1,4
35.000	37.500	1,7	2,7	0,5	2,1	2,4	0,6	1,1	0,9	1,3	1,1	1,6	1,1	1,3
37.500	40.000	1,3	2,2	0,5	2,7	1,4	1,9	1,1	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1
40.000	42.500	0,9	1,1	0,4	3,1	1,8	1,3	0,6	1,3	0,9	0,8	1,3	0,5	0,9
42.500	45.000	0,8	2,2	0,4	1,5	1,1	2,6	0,0	0,9	0,7	0,7	0,8	0,9	0,7
45.000	47.500	1,0	0,0	0,2	2,3	1,1	1,3	0,0	0,4	0,7	0,4	1,2	0,6	0,7
47.500	50.000	0,5	1,6	0,3	1,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,5	0,7	0,4	0,6
50.000	52.500	0,6	0,5	0,2	1,9	1,3	0,6	0,0	0,0	0,6	0,5	0,8	0,2	0,6
52.500	55.000	0,5	0,0	0,1	1,3	0,7	0,0	0,0	1,3	0,4	0,3	0,6	0,3	0,4
55.000	57.500	0,6	2,2	0,1	1,3	0,6	1,3	0,0	0,9	0,4	0,2	0,7	0,4	0,4
57.500	60.000	0,3	0,0	0,0	0,4	0,9	0,6	0,6	1,8	0,3	0,1	0,6	0,1	0,3
60.000	62.500	0,4	0,0	0,1	0,8	0,8	0,0	0,0	0,4	0,3	0,1	0,7	0,2	0,3
62.500	65.000	0,4	1,1	0,2	0,2	0,5	0,0	0,6	0,0	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3

Vervolg Tabel 2.3

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
65.000	67.500	0,3	0,5	0,0	0,4	0,2	0,6	0,0	1,3	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
67.500	70.000	0,2	0,5	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0	0,9	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2
70.000	72.500	0,1	0,5	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
72.500	75.000	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
75.000	77.500	0,2	0,0	0,0	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,0	0,2
77.500	80.000	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1
80.000	82.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
82.500	85.000	0,2	0,5	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
85.000	87.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
87.500	90.000	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1
90.000	92.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
92.500	95.000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
95.000	97.500	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
97.500	100.000	0,1	0,0	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
100.000	102.500	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
102.500	105.000	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
105.000	107.500	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
107.500	110.000	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
		4.283	185	4.531	519	1.520	155	180	224	11.597	5.047	4.253	2.297	11.597

Tabel 2.4 - Netto budget naar grondslag en leeftijd, budgethouders met een lopend budget op 1-11-2007 plus een geldige indicatie

Budgetklasse		Aantal budgethouders abs.	Gemiddeld netto pgb	Budgethouders naar eerste grondslag, absoluut									Budgethouders naar leeftijdsklasse, absoluut			
ondergrens	bovengrens			SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
0	2.500	1.181	1.559	609	9	359	27	101	36	19	21	1.181	358	380	443	1.181
2.500	5.000	1.432	3.801	605	19	623	25	97	19	21	23	1.432	572	485	375	1.432
5.000	7.500	1.371	6.061	474	25	622	41	149	23	13	24	1.371	587	528	256	1.371
7.500	10.000	1.279	8.815	410	20	561	41	175	15	25	32	1.279	557	473	249	1.279
10.000	12.500	840	11.270	291	11	394	30	77	5	15	17	840	427	254	159	840
12.500	15.000	654	13.764	203	7	303	27	86	4	14	10	654	352	187	115	654
15.000	17.500	621	16.068	187	9	253	29	119	7	8	9	621	312	226	83	621
17.500	20.000	405	18.691	123	9	164	30	69	3	2	5	405	219	128	58	405
20.000	22.500	409	21.099	145	8	135	26	72	4	4	15	409	179	172	58	409
22.500	25.000	268	23.646	97	8	92	18	50	1	2	0	268	136	78	54	268
25.000	27.500	276	26.072	103	5	61	20	74	4	0	9	276	110	129	37	276
27.500	30.000	212	28.685	81	8	59	17	44	2	0	1	212	88	84	40	212
30.000	32.500	176	31.265	75	3	30	17	42	2	0	7	176	66	83	27	176
32.500	35.000	154	33.636	73	7	37	8	18	2	1	8	154	56	58	40	154
35.000	37.500	141	36.075	68	5	18	10	35	1	2	2	141	54	63	24	141
37.500	40.000	120	38.783	53	4	22	14	21	3	1	2	120	51	47	22	120
40.000	42.500	103	41.328	40	2	15	16	26	1	1	2	103	39	53	11	103
42.500	45.000	80	43.688	31	4	15	8	16	4	0	2	80	29	31	20	80
45.000	47.500	82	46.221	44	0	6	12	17	2	0	1	82	18	50	14	82
47.500	50.000	61	48.693	17	3	14	10	17	0	0	0	61	23	31	7	61
50.000	52.500	64	51.272	24	1	8	10	20	1	0	0	64	24	35	5	64
52.500	55.000	44	53.673	21	0	3	7	10	0	0	3	44	13	25	6	44
55.000	57.500	51	56.482	24	4	3	7	9	2	0	2	51	11	30	10	51
57.500	60.000	33	58.858	12	0	1	2	13	1	0	4	33	6	24	3	33
60.000	62.500	38	61.334	17	0	4	4	12	0	0	1	38	4	29	5	38
62.500	65.000	36	63.874	18	2	7	1	8	0	0	0	36	12	18	6	36

Vervolg Tabel 2.4

Budgetklasse		Aantal budgethouders abs.	Gemiddeld netto pgb	Budgethouders naar eerste grondslag, absoluut									Budgethouders naar leeftijdsklasse, absoluut			
ondergrens	bovengrens			SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
65.000	67.500	26	66.224	14	1	2	2	3	1	0	3	26	12	12	2	26
67.500	70.000	25	68.794	10	1	6	2	4	0	0	2	25	7	15	3	25
70.000	72.500	15	x	5	1	1	4	4	0	0	0	15	3	8	4	15
72.500	75.000	10	x	5	0	1	1	3	0	0	0	10	3	7	0	10
75.000	77.500	21	x	10	0	2	6	3	0	0	0	21	9	11	1	21
77.500	80.000	10	x	6	0	0	1	3	0	0	0	10	2	7	1	10
80.000	82.500	10	x	4	0	0	1	4	0	0	1	10	3	7	0	10
82.500	85.000	12	x	8	1	1	1	1	0	0	0	12	4	7	1	12
85.000	87.500	7	x	4	0	0	1	1	0	1	0	7	2	4	1	7
87.500	90.000	8	x	5	0	0	2	1	0	0	0	8	1	7	0	8
90.000	92.500	7	x	4	0	0	1	2	0	0	0	7	2	5	0	7
92.500	95.000	3	x	2	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	0	3
95.000	97.500	6	x	3	0	0	2	0	1	0	0	6	1	3	2	6
97.500	100.000	7	x	3	0	0	3	1	0	0	0	7	2	4	1	7
100.000	102.500	2	x	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2
102.500	105.000	5	x	3	0	0	2	0	0	0	0	5	1	3	1	5
105.000	107.500	6	x	2	0	0	1	3	0	0	0	6	2	4	0	6
107.500	110.000	7	x	4	0	0	2	1	0	0	0	7	3	4	0	7
		10.318	15.141	3.939	177	3.822	489	1.412	144	129	206	10.318	4.361	3.812	2.145	10.318

x: aantal < 25, geen gemiddelde berekend

Tabel 2.5 - Netto budget naar grondslag en leeftijd, budgethouders met een lopend budget op 1-11-2007 plus een geldige indicatie, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	N=	<18	18-64	65 plus	N=
0	2.500	51,6	0,8	30,4	2,3	8,6	3,0	1,6	1,8	1.181	31,1	35,6	33,3	1.594
2.500	5.000	42,2	1,3	43,5	1,7	6,8	1,3	1,5	1,6	1.432	41,6	34,4	24,0	1.664
5.000	7.500	34,6	1,8	45,4	3,0	10,9	1,7	0,9	1,8	1.371	45,2	37,7	17,1	1.558
7.500	10.000	32,1	1,6	43,9	3,2	13,7	1,2	2,0	2,5	1.279	45,7	35,9	18,4	1.397
10.000	12.500	34,6	1,3	46,9	3,6	9,2	0,6	1,8	2,0	840	52,6	29,8	17,6	919
12.500	15.000	31,0	1,1	46,3	4,1	13,1	0,6	2,1	1,5	654	55,2	28,5	16,4	727
15.000	17.500	30,1	1,4	40,7	4,7	19,2	1,1	1,3	1,4	621	52,3	35,2	12,5	662
17.500	20.000	30,4	2,2	40,5	7,4	17,0	0,7	0,5	1,2	405	55,0	31,2	13,9	433
20.000	22.500	35,5	2,0	33,0	6,4	17,6	1,0	1,0	3,7	409	45,4	40,8	13,8	434
22.500	25.000	36,2	3,0	34,3	6,7	18,7	0,4	0,7	0,0	268	51,4	28,6	20,0	280
25.000	27.500	37,3	1,8	22,1	7,2	26,8	1,4	0,0	3,3	276	41,0	45,5	13,5	288
27.500	30.000	38,2	3,8	27,8	8,0	20,8	0,9	0,0	0,5	212	42,9	39,3	17,9	224
30.000	32.500	42,6	1,7	17,0	9,7	23,9	1,1	0,0	4,0	176	38,1	46,4	15,5	181
32.500	35.000	47,4	4,5	24,0	5,2	11,7	1,3	0,6	5,2	154	38,4	37,2	24,4	164
35.000	37.500	48,2	3,5	12,8	7,1	24,8	0,7	1,4	1,4	141	38,0	44,7	17,3	150
37.500	40.000	44,2	3,3	18,3	11,7	17,5	2,5	0,8	1,7	120	44,8	37,6	17,6	125
40.000	42.500	38,8	1,9	14,6	15,5	25,2	1,0	1,0	1,9	103	39,3	50,5	10,3	107
42.500	45.000	38,8	5,0	18,8	10,0	20,0	5,0	0,0	2,5	80	38,8	37,6	23,5	85
45.000	47.500	53,7	0,0	7,3	14,6	20,7	2,4	0,0	1,2	82	22,9	60,2	16,9	83
47.500	50.000	27,9	4,9	23,0	16,4	27,9	0,0	0,0	0,0	61	37,5	48,4	14,1	64
50.000	52.500	37,5	1,6	12,5	15,6	31,3	1,6	0,0	0,0	64	37,5	54,7	7,8	64
52.500	55.000	47,7	0,0	6,8	15,9	22,7	0,0	0,0	6,8	44	29,5	56,8	13,6	44
55.000	57.500	47,1	7,8	5,9	13,7	17,6	3,9	0,0	3,9	51	21,6	58,8	19,6	51
57.500	60.000	36,4	0,0	3,0	6,1	39,4	3,0	0,0	12,1	33	20,6	70,6	8,8	34
60.000	62.500	44,7	0,0	10,5	10,5	31,6	0,0	0,0	2,6	38	10,5	76,3	13,2	38
62.500	65.000	50,0	5,6	19,4	2,8	22,2	0,0	0,0	0,0	36	35,1	48,6	16,2	37

Vervolg Tabel 2.5

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten t.o.v. totaal aantal budgethouders per budgetklasse			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	N=	<18	18-64	65 plus	N=
65.000	67.500	53,8	3,8	7,7	7,7	11,5	3,8	0,0	11,5	26	46,2	46,2	7,7	26
67.500	70.000	40,0	4,0	24,0	8,0	16,0	0,0	0,0	8,0	25	28,0	60,0	12,0	25
70.000	72.500	x	x	x	x	x	x	x	x	15	x	x	x	16
72.500	75.000	x	x	x	x	x	x	x	x	10	x	x	x	11
75.000	77.500	x	x	x	x	x	x	x	x	21	x	x	x	21
77.500	80.000	x	x	x	x	x	x	x	x	10	x	x	x	11
80.000	82.500	x	x	x	x	x	x	x	x	10	x	x	x	10
82.500	85.000	x	x	x	x	x	x	x	x	12	x	x	x	12
85.000	87.500	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
87.500	90.000	x	x	x	x	x	x	x	x	8	x	x	x	8
90.000	92.500	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
92.500	95.000	x	x	x	x	x	x	x	x	3	x	x	x	3
95.000	97.500	x	x	x	x	x	x	x	x	6	x	x	x	6
97.500	100.000	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
100.000	102.500	x	x	x	x	x	x	x	x	2	x	x	x	2
102.500	105.000	x	x	x	x	x	x	x	x	5	x	x	x	5
105.000	107.500	x	x	x	x	x	x	x	x	6	x	x	x	6
107.500	110.000	x	x	x	x	x	x	x	x	7	x	x	x	7
		38,2	1,7	37,0	4,7	13,7	1,4	1,3	2,0	10.318	43,5	36,7	19,8	11.597

x: aantal < 25, geen gemiddelde berekend

Tabel 2.6 - Netto budget naar grondslag en leeftijd, budgethouders met een lopend budget op 1-11-2007 plus een geldige indicatie, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag			
		onder- grens	boven- grens	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64
0	2.500	15,5	5,1	9,4	5,5	7,2	25,0	14,7	10,2	11,4	8,2	10,0	20,7	11,4
2.500	5.000	15,4	10,7	16,3	5,1	6,9	13,2	16,3	11,2	13,9	13,1	12,7	17,5	13,9
5.000	7.500	12,0	14,1	16,3	8,4	10,6	16,0	10,1	11,7	13,3	13,5	13,9	11,9	13,3
7.500	10.000	10,4	11,3	14,7	8,4	12,4	10,4	19,4	15,5	12,4	12,8	12,4	11,6	12,4
10.000	12.500	7,4	6,2	10,3	6,1	5,5	3,5	11,6	8,3	8,1	9,8	6,7	7,4	8,1
12.500	15.000	5,2	4,0	7,9	5,5	6,1	2,8	10,9	4,9	6,3	8,1	4,9	5,4	6,3
15.000	17.500	4,7	5,1	6,6	5,9	8,4	4,9	6,2	4,4	6,0	7,2	5,9	3,9	6,0
17.500	20.000	3,1	5,1	4,3	6,1	4,9	2,1	1,6	2,4	3,9	5,0	3,4	2,7	3,9
20.000	22.500	3,7	4,5	3,5	5,3	5,1	2,8	3,1	7,3	4,0	4,1	4,5	2,7	4,0
22.500	25.000	2,5	4,5	2,4	3,7	3,5	0,7	1,6	0,0	2,6	3,1	2,0	2,5	2,6
25.000	27.500	2,6	2,8	1,6	4,1	5,2	2,8	0,0	4,4	2,7	2,5	3,4	1,7	2,7
27.500	30.000	2,1	4,5	1,5	3,5	3,1	1,4	0,0	0,5	2,1	2,0	2,2	1,9	2,1
30.000	32.500	1,9	1,7	0,8	3,5	3,0	1,4	0,0	3,4	1,7	1,5	2,2	1,3	1,7
32.500	35.000	1,9	4,0	1,0	1,6	1,3	1,4	0,8	3,9	1,5	1,3	1,5	1,9	1,5
35.000	37.500	1,7	2,8	0,5	2,0	2,5	0,7	1,6	1,0	1,4	1,2	1,7	1,1	1,4
37.500	40.000	1,3	2,3	0,6	2,9	1,5	2,1	0,8	1,0	1,2	1,2	1,2	1,0	1,2
40.000	42.500	1,0	1,1	0,4	3,3	1,8	0,7	0,8	1,0	1,0	0,9	1,4	0,5	1,0
42.500	45.000	0,8	2,3	0,4	1,6	1,1	2,8	0,0	1,0	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8
45.000	47.500	1,1	0,0	0,2	2,5	1,2	1,4	0,0	0,5	0,8	0,4	1,3	0,7	0,8
47.500	50.000	0,4	1,7	0,4	2,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,5	0,8	0,3	0,6
50.000	52.500	0,6	0,6	0,2	2,0	1,4	0,7	0,0	0,0	0,6	0,6	0,9	0,2	0,6
52.500	55.000	0,5	0,0	0,1	1,4	0,7	0,0	0,0	1,5	0,4	0,3	0,7	0,3	0,4
55.000	57.500	0,6	2,3	0,1	1,4	0,6	1,4	0,0	1,0	0,5	0,3	0,8	0,5	0,5
57.500	60.000	0,3	0,0	0,0	0,4	0,9	0,7	0,0	1,9	0,3	0,1	0,6	0,1	0,3
60.000	62.500	0,4	0,0	0,1	0,8	0,8	0,0	0,0	0,5	0,4	0,1	0,8	0,2	0,4
62.500	65.000	0,5	1,1	0,2	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3

Vervolg Tabel 2.6

Budgetklasse		Budgethouders naar eerste grondslag, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag									Budgethouders naar leeftijdsklasse, in procenten ten opzichte van het totaal aantal budgethouders per grondslag			
		SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PS	onbekend	totaal	<18	18-64	65 plus	totaal
65.000	67.500	0,4	0,6	0,1	0,4	0,2	0,7	0,0	1,5	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3
67.500	70.000	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,0	0,0	1,0	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2
70.000	72.500	0,1	0,6	0,0	0,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
72.500	75.000	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
75.000	77.500	0,3	0,0	0,1	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,0	0,2
77.500	80.000	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1
80.000	82.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,5	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
82.500	85.000	0,2	0,6	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
85.000	87.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,8	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
87.500	90.000	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1
90.000	92.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
92.500	95.000	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
95.000	97.500	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
97.500	100.000	0,1	0,0	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
100.000	102.500	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
102.500	105.000	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
105.000	107.500	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
107.500	110.000	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
		3.939	177	3.822	489	1.412	144	129	206	10.318	4.361	3.812	2.145	10.318

Bijlage 3 – Multivariate analyses schatting grondslag

Om bij budgethouders met een ontbrekende grondslag in te kunnen schatten wat die grondslag zou kunnen zijn, zijn bij de budgethouders waarbij de grondslagen wel bekend zijn analyses uitgevoerd om de determinanten van die grondslagen te bepalen.

In de determinanten-analyse zijn alleen de variabelen die in het VGZ-bestand aanwezig zijn meegenomen. Er is gekozen om te kijken naar de geïndiceerde functies, leeftijd en geslacht van de budgethouder, de combinatie met zorg in natura, de budgetklasse, het indicatie-orgaan, de eigen-bijdrage plicht en het boekjaar (2004-2007). Sommige van deze variabelen leveren een probleem op, omdat bepaalde combinaties niet mogelijk zijn of omdat variabelen dezelfde informatie bevatten. Zo kan een 70-jarige nooit door het BJZ geïndiceerd zijn en is een 12-jarige nooit eigen bijdrage plichtig. Leeftijd is wel meegenomen in de analyses, maar het indicatie-orgaan en de eigen bijdrage plicht niet. Eenzelfde probleem doet zich voor bij de hoogte van het netto-budget en de geïndiceerde functies. Budgethouders met verpleging of kortdurend verblijf hebben een veel hoger budget dan budgethouders met activerende begeleiding. De variabelen ‘functie’ en ‘hoogte van het netto budget’ bevatten (gedeeltelijk) dezelfde informatie en kunnen eigenlijk niet in dezelfde analyse worden meegenomen. Er is gekozen om de functies wel en de hoogte van het netto budget niet mee te nemen in de analyses.

Het bepalen van de determinanten van de ontbrekende grondslagen kan op twee manieren.

Bij de **eerste manier** wordt gekeken naar de determinanten van de individuele grondslagen (SOM, PSY, VG, LG, ZG, PG of PSYS). Hierbij is het dus mogelijk dat een budgethouder twee verschillende geschatte grondslagen heeft. Vervolgens wordt op de manier van hoofdstuk 3⁸ de voorspelde grondslag-indeling bepaald. Deze analyse komt neer op het eerst voorspellen van de individuele grondslagen en respondenten worden op basis van deze voorspellingen ingedeeld in de grondslag-indeling: SOM, PSY en VG.

De **tweede manier** gaat vanaf het begin uit van de ‘opgeschoonde’ indeling in grondslagen (de grondslag-indeling), waarbij respondenten aan één grondslag worden toe-

⁸ LG, ZG en PG worden samen genomen met SOM; PSY/S wordt samen genomen met PSY; budgethouders worden aan één grondslag toebedeeld op basis van de volgorde PSY, VG, SOM

gewezen op de manier zoals dat in hoofdstuk 3 werd beschreven. Deze analyse komt neer op het direct voorspellen van de ‘grondslag-indeling’ (PSY, VG of SOM).

Methode 1: logistische regressies op de individuele grondslagen

Tabel 1 geeft de uitkomsten van logistische regressies op de individuele grondslagen, voor de budgethouders waarvan de grondslag bekend is. De getallen in tabel 1 zijn odd's ratio's. De vergelijkingsgroep wordt steeds gevormd door de budgethouders die een bepaalde grondslag *niet* hebben. Dus: de budgethouders met een somatische grondslag worden vergeleken met de budgethouders die deze grondslag niet hebben, enzovoorts. Een odd's ratio kleiner dan 1 wil zeggen dat de desbetreffende categorie een kleinere kans heeft om tot een grondslag te behoren dan de referentiegroep, een odd's ratio groter dan 1 geeft het omgekeerde aan. Zo hebben budgethouders met de functie pv een grote kans om een somatische grondslag te hebben en voor budgethouders met activerende begeleiding geldt het omgekeerde. Significante odd's ratio's zijn vetgedrukt.

Tabel 1 – Determinanten van de individuele grondslagen, in odd's ratio's (N = 32.554)

	SOM	PG	PSY	LG	VG	ZG	PSYS
<i>Functie</i>							
pv (t.o.v. afwezigheid pv)	3,98	1,20	0,11	6,63	1,58	1,35	0,60
vp (t.o.v. afwezigheid vp)	3,30	1,68	0,33	1,41	0,46	0,88	1,26
kv (t.o.v. afwezigheid kv)	0,55	1,41	1,25	0,58	1,61	0,76	0,76
ob (t.o.v. afwezigheid ob)	0,20	8,98	2,99	1,47	3,02	1,19	2,06
ab (t.o.v. afwezigheid van ab)	0,34	0,80	3,25	0,52	0,55	1,52	1,21
vv (t.o.v. afwezigheid vv)	1,08	2,21	0,34	1,84	4,23	1,30	0,75
<i>Leeftijdsklasse (t.o.v. < 18 jr)</i>							
18-50 jr	1,76	1,11	0,90	0,38	0,88	0,56	2,03
51-70 jr	6,39	11,60	0,68	0,10	0,13	0,70	2,25
71 jr of ouder	9,62	59,53	0,15	0,01	0,01	0,48	2,18
<i>Vrouwen (t.o.v. mannen)</i>	1,56	0,92	0,68	0,95	1,33	1,15	1,08
<i>Combinatie met zorg in natura (t.o.v. geen zorg in natura)</i>							
	1,00	1,06	0,64	1,31	1,51	2,20	0,78
<i>Jaar (t.o.v. 2004)</i>							
2005	1,03	0,58	1,12	1,00	0,93	0,90	1,18
2006	1,10	0,41	1,28	0,85	0,78	0,87	1,17
2007	0,98	0,36	1,46	0,75	0,66	0,89	0,70
R ² Nagelkerke in procenten	68%	39%	60%	24%	37%	4%	4%

De patronen uit tabel 1 zijn inmiddels bekend. Budgethouders met een somatische grondslag zijn bijvoorbeeld vaak geïndiceerd voor pv en vp en veel minder vaak voor kv, ob of ab. Zij zijn vaak ouder, en onder hen zijn veel vrouwen te vinden. De resultaten met betrekking tot het jaar zijn nieuw. Een aantal grondslagen vertoont een stijging of daling over de jaren heen. Het aandeel budgethouders met de grondslag psy neemt toe van 2004 tot en met 2007, het aandeel budgethouders met pg, lg, of vg daalt.

De R^2 Nagelkerke in tabel 1 kan (zeer grofweg gezegd) worden vergeleken met de hoeveelheid verklaarde variantie uit een regressie-analyse. Hoe groter dit percentage, hoe 'beter' de determinanten voorspellen. Bij ZG en PSY/S is het percentage slechts 4%: de determinanten voorspellen dus in slechts zeer beperkte mate een verklaring voor het hebben van de grondslagen ZG of PSY/S.

Alle determinanten uit tabel 1 blijken een relatie te hebben met een of meerdere grondslagen en zij zijn allemaal meegenomen in verdere discriminant-analyses. Deze discriminant-analyses leveren individuele geschatte grondslagen op. De analyses bleken geen resultaten op te leveren voor PG, LG, ZG en PSY/S, omdat deze groepen te klein zijn of de determinanten te slecht voorspelden. De overgebleven geschatte grondslagen werden gebruikt om een geschatte grondslag-indeling te maken. Deze geschatte grondslag-indeling is niet alleen berekend voor de budgethouders van wie de grondslag onbekend was, maar ook voor de budgethouders met een bekende grondslag. Bij deze laatste groep komt de geschatte grondslag-indeling in 78% van de gevallen overeen met de werkelijke grondslag-indeling.

Methode 2: multinomiale analyse op grondslag-indeling

In tabel 2 worden de uitkomsten gepresenteerd van een multinomiale analyse op de grondslag-indeling, voor de respondenten waarvan de grondslag bekend is. De getallen in tabel 2 zijn net als de getallen in tabel 1 odd's ratio's. Verschil is dat de referentiegroep nu bestaat uit de budgethouders die werden ingedeeld bij PSY. Zo blijkt uit tabel 1 dat budgethouders met de geïndiceerde functie pv een grotere kans hebben om ingedeeld te worden bij VG of bij SOM dan bij PSY. Voor activerende begeleiding geldt het omgekeerde.

Tabel 2 – Determinanten van grondslag, vergelijking met de groep die 'PSY' als grondslag heeft, in odd's ratio's (N=32.554; R² Nagelkerke = 68%)

	VG	SOM
<i>Functie</i>		
pv (t.o.v. afwezigheid pv)	4,61	8,66
vp (t.o.v. afwezigheid vp)	1,02	2,66
kv (t.o.v. afwezigheid kv)	1,10	0,43
ob (t.o.v. afwezigheid ob)	1,19	0,18
ab (t.o.v. afwezigheid van ab)	0,37	0,22
vv (t.o.v. afwezigheid vv)	3,94	1,66
<i>Leeftijdsklasse (t.o.v. < 18 jr)</i>		
18-50 jr	1,03	1,12
51-70 jr	0,29	2,19
71 jr of ouder	0,03	4,39
<i>Vrouwen (t.o.v. mannen)</i>	1,51	1,34
<i>Combinatie met zorg in natura (t.o.v. geen zorg in natura)</i>	1,73	1,69
<i>Jaar (t.o.v. 2004)</i>		
2005	0,82	0,89
2006	0,68	0,85
2007	0,63	0,93

Noot: significante odd's ratio's zijn vetgedrukt (alle odd's ratio's zijn significant)

Alle variabelen die in de analyse zijn meegenomen blijken een significante samenhang met de grondslag te hebben. Met de determinanten uit de multinomiale regressie werd een discriminant-analyse uitgevoerd, met als uitkomst een variabele die de geschatte grondslag-indeling weergeeft. Bij deze budgethouders met een bekende grondslag komt de geschatte grondslag-indeling in 77% van de gevallen overeen met de werkelijke grondslag-indeling.

Schatting van de ontbrekende grondslagen

De eerste manier voorspelt iets beter dan de tweede manier. De budgethouders met een ontbrekende grondslag werden volgens de eerste manier ingedeeld. Er bleven na deze stap nog 97 budgethouders over met een ontbrekende grondslag. Deze budgethouders werden volgens de tweede manier ingedeeld.

Deel II

Onderzoek onder budgethouders en jonge
budgethouders met psychiatrische aandoeningen

Clarie Ramakers
Roelof Schellingerhout

1 Inleiding

Het onderzoek waarvan in dit deel verslag wordt gedaan is uitgevoerd onder leden van het pgb-panel. Twee onderwerpen hebben in het onderzoek speciale aandacht: inzicht in de oorzaken van de groei van het pgb en in de groep jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen.

VWS wil graag weten waardoor de groei van het pgb kan worden verklaard. Daarbij vraagt men zich af of in bepaalde gevallen zorg vanuit de AWBZ wel zo noodzakelijk is. Een van de onderzoeksvragen is of door het pgb een nieuwe zorgvraag is aangeboord of is er alom sprake van een betere en grotere bekendheid met het pgb? Daarnaast dient onderzocht te worden hoe mensen met het pgb hun zorgbehoefte invullen en wat ze zouden gaan doen als het pgb ophoudt te bestaan. Ook heeft VWS interesse in budgethouders die gebruik maken van bepaalde uitkeringen en regelingen. Het is dan de vraag of deze budgethouders via deze regelingen in contact zijn gekomen met het persoonsgebonden budget of doorverwezen zijn naar het pgb. Verder heeft VWS ons gevraagd specifiek te kijken naar de groep jonge budgethouders met een psychiatrische problematiek. Belangrijk is om te onderzoeken hoe deze groep naar het pgb is toe geleid. Vanuit de praktijk zijn er signalen dat ouders van deze kinderen niet met hun zorgvraag bij de natura instellingen terecht kunnen. Ook bestaat de indruk dat deze groep budgethouders moeilijk gekwalificeerde hulpverleners kunnen vinden die gespecialiseerd zijn in het aanbieden van de juiste structuur onder deskundige begeleiding. Uit het evaluatieonderzoek (ITS, 2007) is gebleken dat juist bij deze groep de mate van onderbesteding relatief het grootst is. Daarom zal ook in dit vervolgonderzoek aandacht worden besteed aan de onderbesteding en oorzaken daarvan.

Om iets te kunnen zeggen over de groei is het nodig om een onderscheid te maken tussen budgethouders die al voor 2007 een budget hadden (deze noemen we 'blijvers' en budgethouders die in 2007 voor het *eerst* een pgb hebben ontvangen (deze noemen we 'instromers'). Om de problematiek van de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening te kunnen duiden, onderscheiden we deze groep van de andere budgethouders. Op deze manier ontstaat er een indeling in vier onderzoeksgroepen, die steeds met elkaar worden vergeleken:

- jonge blijvers met psychiatrische aandoening (afgekort tot psych);
- jonge instromers met een psychiatrische aandoening (afgekort tot psych);
- overige blijvers;
- overige instromers.

Instromers vormden in 2007 slechts een kwart van de budgethouders (zie deel 1). Daarnaast is het aantal jongeren met een psychiatrische aandoening beperkt. Om voldoende aantallen jongeren met psychiatrische aandoeningen en instromers in het onderzoek te krijgen, zijn zij extra benaderd en zijn daardoor oververtegenwoordigd in het onderzoek. Aan alle jonge budgethouders en instromers met een psychiatrische aandoeningen zijn extra vragen gesteld. In hoofdstuk 8 worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd die specifiek betrekking hebben op deze twee groepen. (Zie ook deel 3 van het vervolgonderzoek, waarin verslag wordt gedaan van een kwalitatief onderzoek onder 20 gezinnen die met behulp van een pgb de benodigde begeleiding en ondersteuning van een of meerdere kinderen met psychiatrische aandoeningen hebben geregeld).

In hoofdstuk 9 geven we een de resultaten weer van een aantal dwarsverbanden. We zijn nagegaan hoe de verschillende type budgethouders ertoe gekomen zijn om een budget aan te vragen. Verder geven wij een doorkijkje in de motieven die het inkoopgedrag van de budgethouders bepalen.

Dit deel van het vervolgonderzoek wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek (hoofdstuk 10) met daarbij een aantal beleidsimplicaties.

2 Beschrijving onderzoeksgroep

2.1 Budgethouders met alleen huishoudelijke verzorging vanuit Wmo

De vragenlijst werd in totaal ingevuld door 889 budgethouders (of hun vertegenwoordigers). Van deze budgethouders hadden er 153 (dat is 17%) alleen een budget voor huishoudelijke verzorging (HV). Sinds 1 januari 2007 wordt de huishoudelijke verzorging gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De budgethouders met alléén een budget voor HV behoren niet tot de doelgroep van dit onderzoek. Het zijn met name vrouwen, ouder dan 50 jaar, die alleen wonen of samenwonen met een partner (zie tabel 2.1). Deze budgethouders zijn uit het databestand verwijderd. Verdere analyses vinden plaats op de groep van 736 budgethouders die een pgb ontvangen in het kader van de AWBZ.

Tabel 2.1 – Budgethouders met alleen HV (WMO), in procenten

	WMO (alleen hv)	AWBZ (andere functies)	totaal
	<i>N=153</i>	<i>N=736</i>	<i>N=889</i>
<i>geslacht</i>			
man	16	58	51
vrouw	84	42	49
<i>leeftijdsklasse</i>			
0 t/m 17 jaar	-	56	47
18-50-jaar	14	17	16
51-74 jaar	58	18	25
75 jaar of ouder	28	9	13
<i>samenstelling huishouden</i>			
alleenwonend	53	15	22
inwonend bij ouders	-	57	47
samenwonend met partner	34	14	17
samenwonend met kinderen	5	3	3
samenwonend met partner en kinderen	7	5	5
anders	2	6	6

hv: huishoudelijke verzorging

2.2 Achtergrondkenmerken van budgethouders AWBZ

De budgethouders die een pgb ontvangen vanuit de AWBZ vormen de onderzoeksgroep in dit rapport. We beschrijven allereerst de achtergrondkenmerken.

Tabel 2.2 – Achtergrondkenmerken van budgethouders naar onderzoeksgroep, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
	<i>N=193</i>	<i>N=86</i>	<i>N=304</i>	<i>N=153</i>	<i>N=736</i>
<i>vragenlijst ingevuld door:</i>					
de budgethouder zelf	3	3	31	33	21
iemand anders	97	97	69	67	79
<i>geslacht</i>					
man	78	71	42	56	58
vrouw	22	29	58	44	42
<i>leeftijd in klassen</i>					
t/m 17 jaar	100	100	32	24	56
18-50-jaar	0	0	25	29	17
51-74 jaar	0	0	28	31	18
75 jaar of ouder	0	0	14	16	9
<i>samenstelling huishouden</i>					
alleenwonend	0	0	27	20	15
inwonend bij ouders	91	93	39	30	57
samenwonend met partner	0	0	18	29	14
samenwonend met kinderen	1	2	4	4	3
samenwonend met partner en kinderen	3	1	5	8	5
anders	5	3	6	9	6
<i>hoogst voltooide opleiding</i>					
geen opleiding	28	44	30	22	30
lager onderwijs/basisonderwijs	53	42	21	21	32
voortgezet onderwijs	10	6	8	9	8
lager beroepsonderwijs	2	1	6	10	5
middelbaar beroepsonderwijs	2	2	17	18	12
hoger beroepsonderwijs	2	2	11	15	8
universitair onderwijs			4	3	2
anders, nl.:	4	2	2	2	3
<i>grondslag (meerdere grondslagen mogelijk)</i>					
somatisch	3	2	44	42	28
psycho-geriatisch	2	5	7	10	6
psychiatrisch	88	87	14	14	42
lichamelijke beperking	4	8	44	38	28
verstandelijke beperking	19	15	32	24	25
zintuiglijke beperking	1	1	9	11	6
psycho-sociaal	16	13	7	12	11

* Een blijver heeft in 2007 én ook in 2006 of eerder al een budget. Een instromer heeft in 2007 voor het eerst een budget gekregen. Jonge blijver/instromer: < 18 jaar.

De onderzoeksgroep bestaat:

- voor 26 procent (193 t.o.v. 736) uit jonge blijvers met een psychiatrische aandoening (in 2007 een pgb én ook daarvoor);
- voor 12 procent uit jonge instromers met een psychiatrische aandoening (voor het eerst in 2007 een pgb);
- voor 41 procent uit overige blijvers;
- en voor 21 procent uit overige instromers (pgb voor het eerst in 2007).

De instromers maken 32 procent uit van de totale onderzoeksgroep; de jongeren met een psychiatrische aandoening maken 38 procent uit van de onderzoeksgroep.

De jonge instromers met psychiatrische aandoening lijken erg veel op de jonge blijvers met psychiatrische aandoeningen wat achtergrondkenmerken betreft. Het grootste verschil is dat jonge instromers met een psychiatrische aandoening vaker geen opleiding of lager onderwijs hebben dan jonge blijvers. Later zal blijken dat de jonge instromers met een psychiatrische aandoening nog iets jonger zijn dan de jonge blijvers met dezelfde problematiek. De overige blijvers en instromers lijken ook heel erg op elkaar wat betreft hun achtergrondkenmerken. Bij de instromers zijn er meer mannen dan vrouwen en bij de blijvers is dat omgekeerd. Onder de blijvers zijn iets meer jongeren dan onder de instromers.

Van de jongeren met een psychiatrische aandoening heeft een derde het pgb in 2007 gekregen (dit zijn de instromers) en een vijfde in 2006. Iets meer dan de helft heeft het pgb dus in of na 2006 gekregen. Dit aandeel ligt iets lager bij de overige blijvers en instromers. Van hen heeft 44 procent het budget in of na 2006 gekregen.

Bovenstaande redenering kan ook omgedraaid worden: jongeren met een psychiatrische aandoening vormen niet echt een nieuwe groep binnen de budgethouders; bijna de helft van de jongeren met een psychiatrische aandoening had het budget al voor 2006.

Tabel 2.3 – Jaar waarin men voor het eerst een pgb kreeg, in procenten

	jonge blijvers en instromers met psych	overige blijvers en instromers	totaal
	<i>N=278</i>	<i>N=456</i>	<i>N=734</i>
voor 2003	11	29	22
2003	8	8	8
2004	13	10	11
2005	16	9	12
2006	21	10	14
2007	31	34	33

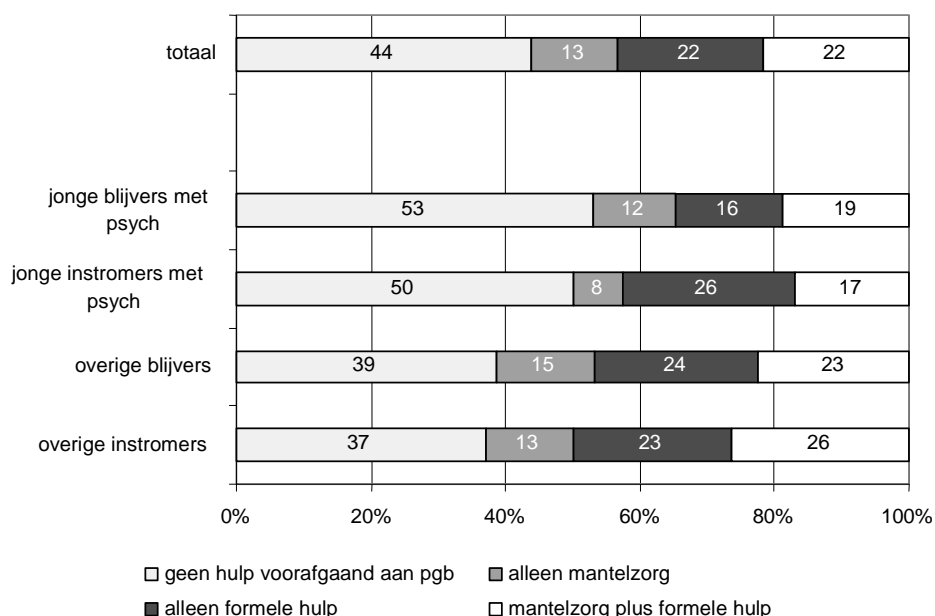
3 Hulp voorafgaand aan het pgb

Na de indicatie door CIZ of BJZ kunnen mensen kiezen of ze de zorg in natura (zin) of via een pgb zelf willen inkopen. Bij deze keuze kan onder andere meespelen welke hulp men op dat moment al heeft, de mogelijkheid om deze hulp te continueren of juist te veranderen. In dit hoofdstuk kijken we welke hulp de budgethouders hadden voorafgaand aan het pgb.

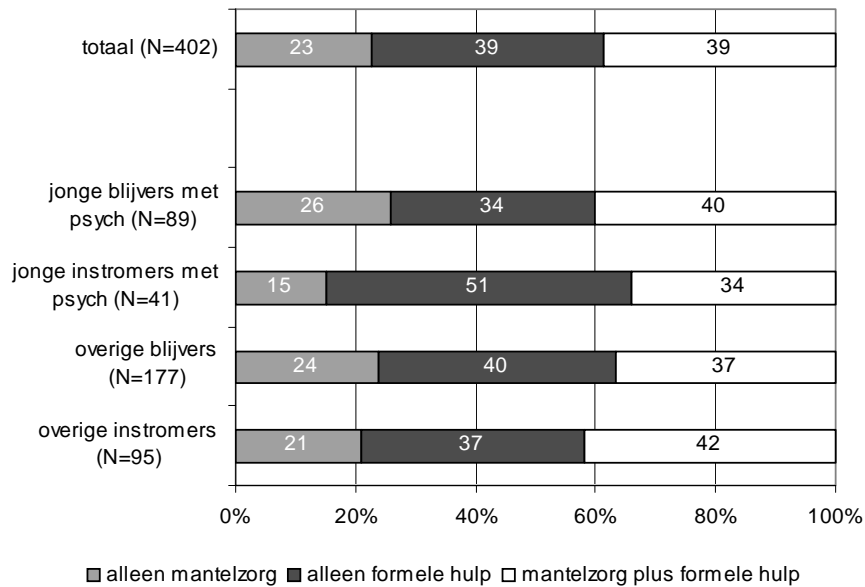
3.1 Aard van de hulp voorafgaand aan pgb

Iets minder dan de helft van de budgethouders (44 procent) had geen hulp voorafgaand aan het pgb (zie figuur 3.1). Opvallend is dat de jongeren met een psychiatrische aandoening (zowel de blijvers als de instromers) minder vaak hulp hadden voorafgaand aan het pgb dan de overige blijvers en instromers.

Figuur 3.1 – Aard van de hulp voorafgaand aan het pgb, in procenten



Figuur 3.2 – Aard van de hulp voorafgaand aan het pgb, selectie budgethouders die hulp hadden, in procenten



Figuur 3.2 geeft dezelfde gegevens als figuur 3.1, alleen worden in figuur 3.2 de budgethouders die geen hulp voorafgaand aan het pgb ontvingen, buiten beschouwing gelaten. Iets minder dan een kwart van de budgethouders met hulp voorafgaand aan het pgb had alleen mantelzorg; iets minder dan 40 procent had alleen formele hulp en opnieuw iets minder dan 40 procent had een combinatie van mantelzorg en formele hulp. Wat opvalt is dat de jonge instromers met een psychiatrische aandoening relatief vaak (in de helft van de gevallen) alleen formele hulp hadden.

Tabel 3.1 geeft inzicht in de specifieke hulpverleners die voorafgaand aan het pgb hulp boden. Hulp werd meestal geboden door inwonende of uitwonende familie, de thuiszorg of een instelling voor gehandicaptenzorg. Hulp van de thuiszorg en hulp vanuit een instelling voor gehandicaptenzorg werd overigens voorafgaand aan het pgb veel vaker aan de overige blijvers en instromers gegeven, dan aan de jongeren met een psychiatrische aandoening. De jongeren met een psychiatrische aandoening kregen daarentegen vaak hulp vanuit een GGZ-instelling, een instelling voor jeugdzorg of kregen hulp vanuit school of via een rugzakje. Jongeren met een psychiatrische aandoening kregen voorafgaand aan het pgb ook vaak hulp van een zelfstandig werkende hulpverlener of begeleider.

Tabel 3.1 – Type hulpverlener voorafgaand aan het pgb, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
	N=89	N=41	N=177	N=95	N=402
- inwonende familie	60	37	45	46	48
- uitwonende familie	21	32	31	35	30
- thuiszorg	4	2	39	32	26
- instelling voor gehandicaptenzorg	12	7	16	23	16
- GGZ-instelling	20	24	6	13	12
- particuliere huishoudelijke hulp	2	0	18	9	10
- zelfstandig werkende hulpverlener/begeleider	16	29	8	3	11
- instelling voor jeugdzorg	15	20	1	3	6
- instelling voor ouderenzorg			2	6	2
- school/rugzakje	10	7	0	0	3
- vrijwilligers	0	0	2	1	1
- AAW/UWV	0	0	2		1
- anders	12	10	7	8	9

* meerdere antwoorden mogelijk

3.2 Omvang van de hulp voorafgaand aan pgb

Gemiddeld ontvingen de budgethouders voorafgaand aan het pgb 21 uur per week hulp (zie tabel 3.2). Jonge instromers met een psychiatrische aandoening ontvingen het minst aantal uur hulp (12 uur per week), bij de overige groepen gaat het om 21 tot 24 uur per week. Budgethouders die mantelzorg plus formele hulp ontvingen, kregen meer uur hulp dan budgethouders die of alleen mantelzorg of alleen formele hulp ontvingen. Inwonende familieleden gaven overigens gemiddeld het hoogste aantal uur hulp per week, namelijk zo'n 23 uur.

Tabel 3.2 – Omvang van de hulp voorafgaand aan het pgb, in gemiddeld aantal uren per week

	Gemiddeld aantal uur per week	
<i>Onderzoeksgroepen</i>		
jonge blijver met psychiatrische aandoening	24	N= 39
jonge instromer met psychiatrische aandoening	12	N= 22
overige blijvers	21	N= 103
overige instromers	24	N= 47
<i>Mantelzorg versus formeel</i>		
alleen mantelzorg voorafgaand aan pgb	21	N= 49
alleen formele hulp voorafgaand aan pgb	9	N= 79
mantelzorg en formele hulp voorafgaand aan pgb	33	N= 83
<i>Naar type hulpverleners (meer antwoorden mogelijk)</i>		
inwonende familie	23	N= 103
uitwonende familie	9	N= 61
thuiszorg	7	N= 65
instelling voor gehandicaptenzorg	15	N= 27
GGZ-instelling	4	N= 22
particuliere huishoudelijke hulp	6	N= 26
zelfstandig werkende hulpverlener/begeleider	-	N= 17
instelling voor jeugdzorg	-	N= 9
instelling voor ouderenzorg	-	N= 6
anders*	6	N= 27
<i>Totaal</i>	21	N= 211

* Anders: school/rugzakje, vrijwilligers, AAW/UWV.

4 Bekendheid en toeleiding naar het pgb

Op wat voor manier zijn budgethouders in aanraking gekomen met het pgb en hoe goed waren zij op dat moment bekend met de mogelijkheden van het pgb? Het pgb-nieuwe stijl dateert van april 2003 en wellicht leidt een toenemende bekendheid wel tot een toenemende stroom van budgethouders. Wellicht worden mensen ook vaker voor derden gestimuleerd om een budget aan te vragen. Deze vragen staan centraal in het vierde hoofdstuk.

4.1 Toeleiding naar pgb

De meeste budgethouders (ruim een kwart) zijn via familie, vrienden of bekenden in aanraking gekomen met het pgb (tabel 4.1). Ongeveer een vijfde heeft met het pgb kennis gemaakt via de zorginstelling waar men hulp kreeg. Verder komen budgethouders met het pgb in aanraking door het CIZ of Bureau Jeugdzorg, via media of internet, via een bemiddelingsbureau, pgb-adviseur of zorgconsulent, via hulpverleners, en via een patiëntenorganisatie of belangenvereniging (zoals Per Saldo). Zorgverzekeraars, de gemeentelijke sociale dienst, het gemeentelijk zorgloket of de sociale werkplaats spelen geen belangrijke rol bij de toeleiding naar een pgb.

Er zijn verschillen in de wijze waarop de groepen in aanraking zijn gekomen met het pgb. Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen zijn opvallend vaak (22%) met het pgb in aanraking gekomen via het CIZ of Bureau Jeugdzorg, overige instromers juist minder vaak (13%). De oudere instromers komen juist relatief vaak met het pgb in aanraking via een bemiddelingsbureau, pgb-adviseur of zorgconsulent (16%). Jonge blijvers en instromers met een psychiatrische aandoening komen vaker dan de andere groepen in contact met het pgb door school/onderwijsinstelling of via MEE.

Tabel 4.1 – Hoe is men in aanraking gekomen met het pgb (in procenten)?

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
- familie, vrienden en bekenden	24	29	25	31	27
- de zorginstelling waar men hulp kreeg	23	21	18	20	20
- CIZ of Bureau Jeugdzorg	22	16	15	13	17
- media/internet	13	9	14	11	13
- bemiddelingsbureau, pgb- adviseur, zorgconsulent	9	6	9	16	10
- school/onderwijsinstelling	18	18	3	5	9
- (medische) hulpverleners	11	9	8	8	9
- patiëntenorganisatie, oudervereniging, belangenvereniging, Per Saldo	6	6	10	5	8
- MEE	10	8	4	5	6
- maatschappelijk werk	2	4	8	9	6
- (medisch) kinderdagverblijf, dagopvang ouderen, dagbesteding	5	2	7	2	5
- zorgverzekeraar	1	0	2	1	1
- gemeentelijke sociale dienst	0	1	1	3	1
- gemeentelijk (zorg)loket	0	1	2	2	1
- sociale werkplaats	0	0	0	1	0
- anders	2	6	3	7	4

* meerdere antwoorden mogelijk

Uit tabel 4.2 is op te maken in hoeverre budgethouders aangeraden zijn om een pgb aan te vragen. Het gaat hierbij om een selectie van de ‘informanten’ uit tabel 4.1. Sommige antwoordcategorieën kwamen zo weinig voor dat verdere analyse niet mogelijk was⁹. Door de kleine aantallen is opsplitsing in de vier gebruikelijke onderzoeksgroepen niet meer mogelijk. Alleen de opsplitsing in blijvers en instromers wordt gegeven. Er zijn overigens weinig verschillen tussen deze twee categorieën van budgethouders.

9 Bij de kleine aantallen speelt ook het volgende nog mee. Bij de vraag naar toeleiding naar het pgb (tabel 4.1) konden respondenten meerdere antwoorden opgeven. Verdere analyse van de vervolgvraag in hoeverre men aangeraden was om een pgb te kiezen was alleen mogelijk voor de respondenten die maar één informant hadden gehad. Bij respondenten met meer dan één informant was immers niet duidelijk op welke informant het antwoord op de vervolgvraag betrekking had. Bij 27% van de respondenten was sprake van meer dan één informant.

Lang niet iedere informant raadt aan om een pgb aan te vragen, zo blijkt uit tabel 4.1. Familie, vrienden en bekenden, zorginstellingen of medische hulpverleners en bemiddelingsbureaus/pgb-adviseurs/zorgconsulenten raden vaak aan een pgb aan te vragen. In meer dan de helft van de gevallen wordt zelfs sterk aangeraden. Het CIZ en Bureau Jeugdzorg nemen een middenpositie in wat betreft het aanraden van een pgb: in een derde van de gevallen wordt er afgeraden om een pgb aan te vragen en in een derde van de gevallen wordt het pgb door hen sterk aangeraden. In de media en op internet worden blijkbaar eerder de negatieve aspecten van het pgb belicht: in 77 procent van de gevallen raden zij niet aan om met een pgb te beginnen.

Tabel 4.2 – Aangeraden om een pgb aan te vragen, selectie budgethouders die op één manier in aanraking zijn gekomen met het pgb, in procenten

	budgethouder	instromer	totaal
<i>Bemiddelingsbureau, pgb-adviseur, zorgconsulent</i>	<i>N=25</i>	<i>N=15</i>	<i>N=40</i>
nee, niet aangeraden	8	7	8
ja, enigszins aangeraden	40	29	36
ja, sterk aangeraden	52	64	56
<i>Zorginstelling / (medische) hulpverleners</i>	<i>N=92</i>	<i>N=43</i>	<i>N=135</i>
nee, niet aangeraden	4	7	5
ja, enigszins aangeraden	36	33	35
ja, sterk aangeraden	60	60	60
<i>CIZ of Bureau Jeugdzorg</i>	<i>N=36</i>	<i>N=14</i>	<i>N=50</i>
nee, niet aangeraden	39	36	38
ja, enigszins aangeraden	28	36	30
ja, sterk aangeraden	33	29	32
<i>Media / internet</i>	<i>N=38</i>	<i>N=10</i>	<i>N=48</i>
nee, niet aangeraden	74	90	77
ja, enigszins aangeraden	13	10	13
ja, sterk aangeraden	13	0	10
<i>Familie, vrienden en bekenden</i>	<i>N=67</i>	<i>N=39</i>	<i>N=106</i>
nee, niet aangeraden	10	10	10
ja, enigszins aangeraden	39	38	39
ja, sterk aangeraden	51	51	51

* Overige personen / instellingen komen te weinig voor om uitsplitsingen te kunnen maken.

4.2 Bekendheid met mogelijkheden pgb

Slechts 1 op de 10 budgethouders was op het moment dat men er mee in aanraking kwam, goed op de hoogte van de mogelijkheden van het pgb (tabel 4.3). Twee van de vijf budgethouders was zelfs helemaal niet op de hoogte van de mogelijkheden van het pgb. Ouders/verzorgers van jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen waren bij aanvang over het algemeen het minst goed op de hoogte van de mogelijkheden van het pgb.

Tabel 4.3 – Bekend met mogelijkheden pgb, in procenten

	jonge		overige blijvers	overige instromers	totaal
	jonge blijvers met psych	instromers met psych			
niet bekend	48	39	41	37	42
een beetje bekend	44	47	47	54	48
heel goed bekend	7	14	11	9	10
weet niet	1	0	0	0	0

Toegenomen bekendheid met de mogelijkheden van het pgb lijkt geen belangrijke verklaring te zijn voor de instroom van budgethouders (tabel 4.4). Budgethouders die in 2007 instroomden waren bij aanvang ongeveer even goed op de hoogte van de mogelijkheden van het pgb, als budgethouders die in 2003 of zelfs daarvoor zijn ingestroomd.

Tabel 4.4 – Bekend met mogelijkheden pgb naar jaar van instroom, in procenten

	Jaar waarin men voor het eerst een pgb had						totaal
	voor 2003	2003	2004	2005	2006	2007	
niet bekend	38	47	52	49	39	38	42
een beetje bekend	52	46	39	42	47	51	48
heel goed bekend	11	7	9	9	12	11	10
weet niet	0	0	0	0	2	0	0

5 Motivatie voor keuze pgb

In de vorige hoofdstukken is gekeken welke hulp budgethouders kregen voorafgaand aan het pgb en op welke wijze men in aanraking is gekomen met het pgb. In dit hoofdstuk gaat het specifiek om de vraag waarom budgethouders hebben gekozen voor een pgb en niet voor zorg in natura.

5.1 Hulpgedrag en motivatie voor pgb

We hebben aan alle budgethouders gevraagd wat zij gedaan zouden hebben als er op het moment dat zij hulp gingen aanvragen, geen pgb was geweest. Een derde zou hulp hebben aangevraagd bij een zorginstelling, een vierde zou de hulp zelf geregeld en betaald hebben uit eigen middelen, en één op de vijf – zes budgethouders zou geen hulp hebben genomen of de bestaande hulp hebben gehouden.

Tabel 5.1 – Wat had men gedaan als er geen pgb was geweest, in procenten?

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
- hulp van zorginstelling (zorg in natura)	27	23	38	39	33
- hulp zelf geregeld en betaald	27	44	21	20	25
- geen hulp genomen	21	27	16	14	18
- bestaande hulp gehouden	10	14	21	22	17
- aangemeld voor opname	15		9	8	9
- aangemeld voor uithuisplaatsing	18	8	4	3	8
- het zou fout zijn gegaan	5	7	3	2	4
- (meer) mantelzorg	3	2	5	3	4
- minder of andere hulp genomen	3	1	4	3	3
- anders	2	2	3	2	2
- weet niet	15	7	8	8	10

* meerdere antwoorden mogelijk

Het aanvragen van hulp bij een reguliere instelling of het houden van een bestaande hulp is voor jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening minder vaak een alternatief dan voor andere budgethouders.

Jonge instromers met een psychiatrische aandoening zouden in zo'n geval vaak terugvallen op het zelf regelen en betalen van de hulp uit eigen middelen. Opvallend is dat jonge blijvers met een psychiatrische aandoening relatief vaak genoodzaakt zouden zijn geweest tot opname in een instelling of uithuisplaatsing.

In 4 procent van de gevallen geven budgethouders aan dat het mis zou zijn gegaan als zij geen pgb hadden gekregen. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat de bestaande hulpverleners het niet zouden hebben gered of overbelast zouden zijn geworden.

Tabel 5.2 geeft inzicht in de motivatie om voor een pgb te kiezen en niet voor zorg in natura.

Tabel 5.2 – Reden voor keuze pgb en niet voor zorg in natura, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
- de soort hulp die ik nodig heb, kon ik niet in natura krijgen	53	50	28	30	38
- ik wilde de mantelzorg met het pgb gaan betalen	26	28	35	43	33
- ik wilde de hulp die ik had, met het pgb gaan betalen	19	14	35	21	26
- ik wilde een opname in een 24-uurs verblijf voorkomen	19	13	19	14	17
- in eigen hand houden	20	15	14	17	17
- ik had meer hulp nodig, maar kon die niet in natura krijgen	11	19	16	11	14
- instelling/hulpverl. wilde alleen zorg leveren als ik een pgb had	11	13	5	10	8
- ik sta/stond op wachtlijst voor hulp van jeugdzorg/jeugd ggz	6	7	0	1	3
- ontevreden met zin	2		3	3	3
- de hulp wilde het alleen nog doen als ze ervoor betaald kreeg	1		3	2	2
- mantelzorg wilde niet langer meer de zorg voor niets leveren	1	1	3	1	2
- ik stond/sta op wachtlijst voor hulp van een zorginstelling	2	1	2	1	2
- ik stond/sta op een wachtlijst voor opname	2		1	1	1
- anders	2	2	3	5	3

* meerdere antwoorden mogelijk

Dat men de benodigde hulp niet in natura kon krijgen is voor meer dan een derde van de budgethouders het belangrijkste motief om een pgb aan te vragen. Deze motivatie speelt bij de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening zelfs in de helft van de gevallen mee.

In eenderde van de gevallen is de motivatie dat men de mantelzorg met het pgb wilde gaan betalen. Deze reden wordt iets minder vaak genoemd door de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen dan voor de overige budgethouders. De 'overige budgethouders' kiezen relatief vaak voor het pgb omdat ze bestaande hulp met het pgb wilden gaan betalen.

Andere belangrijke motieven om voor een pgb te kiezen zijn dat men opname in een 24-uurs instelling wilde voorkomen, dat men de hulp in eigen hand wilde houden, dat men meer hulp nodig had dan men in natura kon verkrijgen en dat de gewenste instelling of zorgverlener de zorg alleen via een pgb kon leveren.

Bij de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen speelt daarnaast relatief vaak mee dat men op een wachtlijst stond voor hulp van de jeugdzorg of jeugd-ggz.

5.2 Problemen met zorg in natura

Budgethouders die aangaven dat zij problemen hadden om de benodigde zorg in natura in te kopen, konden in een open vraag hier meer informatie over geven. Hun antwoorden zijn ondergebracht in een aantal categorieën, die te vinden zijn in tabel 5.3. Een kwart van de opmerkingen konden niet bij een van de categorieën worden ondergebracht. Voorbeelden hiervan zijn:

- "ik wist de weg niet en de diagnose was nog niet gesteld";
- "ik niks van hulp afwist";
- "ik al veel beroep doe op mantelzorgers en zij moeilijk nog meer tijd konden vrijmaken";
- "er geen samenwerking bestaat tussen reguliere zorg en particuliere zorg. Alles verloopt erg stroef en naast elkaar heen. Niet alle particuliere zorg is goed hoor!";
- "ik geen idee heb hoe ik dat dan zou hebben moeten regelen";
- "mij alleen een pgb door jeugdzorg is aangeboden".

Tabel 5.3 – Reden waarom men zorg in natura niet kon krijgen, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
	<i>N=105</i>	<i>N=43</i>	<i>N=102</i>	<i>N=46</i>	<i>N=296</i>
- er zeer specifieke hulp nodig was	30	23	19	20	24
- de zorg alleen via pgb te verkrijgen was	26	30	19	15	22
- de hulp op wisselende tijden nodig was/flexibele hulp	9	9	16	9	11
- ik had geen behoefte aan steeds wisselende hulpverleners	8	0	7	9	6
- ik met het pgb meer hulp kan inkopen	6	0	9	2	5
- er sprake is van (hele) intensieve zorg	2	2	8	4	4
- er wachtlijsten zijn	3	14			3
- rest	17	21	24	41	24

* meerdere antwoorden mogelijk

Voor veel budgethouders is zorg in natura geen alternatief omdat er zeer specifieke hulp nodig is, bijvoorbeeld bij de begeleiding van een kind. We laten de budgethouders zelf aan het woord:

Ik kon de hulp die ik nodig had niet in natura krijgen omdat

- 'Er op het gebied van autisme bij jonge kinderen niet de hulp voorhanden is die wij nodig hebben. Stukje ontlasten van de ouders én het zeer persoonlijke 1 op 1 begeleiding van het kind'.
- 'De reguliere thuiszorg kon de specifieke verpleegkundige zorg niet bieden bij ons kind'.
- 'Ik een thuisprogramma startte, één op één, 8 uur per dag, in een prikkelvrije ruimte'.
- 'Het zeer gespecialiseerde orthopedagogische hulp betreft. Van groot belang is ook het feit dat het door dezelfde persoon gegeven wordt en niet elke keer een ander'.
- 'De thuiszorg werd door mijn vader gewantrouwd en agressief bejegend. Er moest dus een andere oplossing komen. Dankzij het pgb kon mijn zus zorgverlener worden'.

De specifieke benodigde hulp is vaak alleen te verkrijgen via een pgb. Hierbij noemen budgethouders de volgende bijvoorbeelden:

- logeeropvang (9x genoemd);
- activerende of ondersteunende begeleiding (8x);
- zorgboerderij (5x);
- Thomashuis (2x);
- zelfstandig therapeut (2x);
- ambulante begeleiding en nieuw werkproject.

Uit tabel 5.3 blijkt verder dat men vaak niet bij zorg in natura terecht kan als het gaat om flexibiliteit in de hulp of hulp op wisselende momenten, als men niet steeds wisselende hulpverleners wil en als het gaat om hele intensieve hulp.

Voorkeur voor pgb bij indicatiestelling

Iets meer dan drie kwart van de budgethouders (78%) had bij de indicatiestelling al een voorkeur voor het pgb, zoals blijkt uit tabel 5.4. De jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen hadden op dat moment het vaakst al een voorkeur voor het pgb. De indicaties voor de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening zijn in ruim tweederde van de gevallen gesteld door het BJZ; in eenderde deel stelt het CIZ toch ook nog een indicatie bij deze groep. De overige budgethouders zijn vrijwel altijd door het CIZ geïndiceerd.

Tabel 5.4 – Indicatie-orgaan en voorkeur voor pgb bij indicatiestelling, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
<i>Geïndiceerd door:</i>					
CIZ	31	27	97	95	71
Bureau Jeugdzorg	68	72	2	2	27
weet niet	1	1	2	3	2
<i>Bij indicatie voorkeur voor pgb</i>					
ja, voorkeur voor pgb	85	80	78	68	78
nee, voorkeur voor zorg in natura	2	1	3	8	3
geen voorkeur opgegeven	10	15	14	20	14
weet niet	4	3	5	5	4

6 Zorginkoop

In dit hoofdstuk gaan we in op de aard en de omvang van de ingekochte zorg met het pgb. We zullen voor zover relevant de ingekochte zorg relateren aan de geïndiceerde zorg. Ook gaan we in op de combinatie van een pgb met zorg in natura en het gebruik van andere voorzieningen naast het pgb.

6.1 Geïndiceerde en ingekochte zorgfuncties

Ondersteunende begeleiding wordt het meest ingekocht (76%), gevolgd door activerende begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf (respectievelijk 39%, 38% en 35% respectievelijk). Verpleegkundige hulp en dagbesteding worden het minst vaak ingekocht (zie tabel 6.1).

De groepen verschillen nogal wat zorginkoop betreft. Vrijwel iedere jonge budgethouder met een psychiatrische aandoening koopt ondersteunende begeleiding in. Zij kopen ook veel vaker dan andere budgethouders activerende begeleiding en kortdurend verblijf in. Persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp wordt daarentegen veel vaker door de overige budgethouders ingekocht dan door de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening.

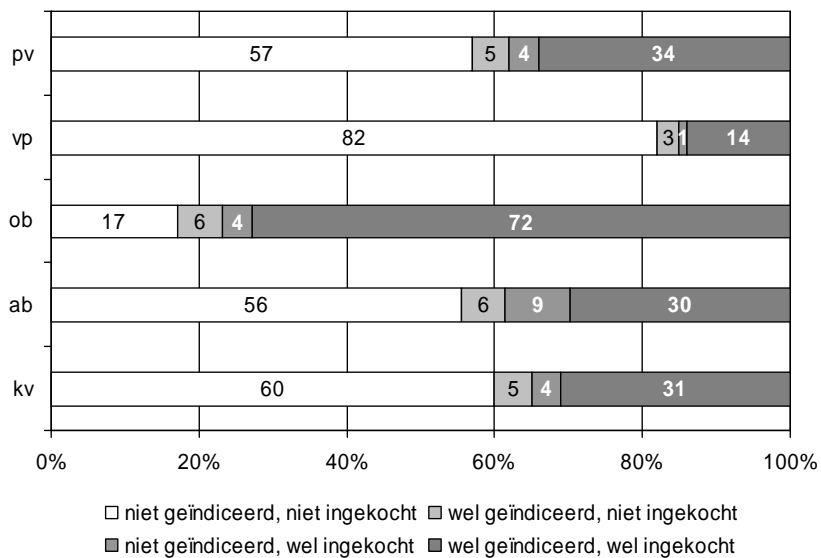
Budgethouders kopen over het algemeen die zorg in waarvoor ze ook geïndiceerd zijn; de percentages voor de geïndiceerde zorg en de zorg die daadwerkelijk ingekocht is, zijn vrijwel gelijk.

Tabel 6.1 – Geïndiceerde en ingekochte zorgfuncties, in procenten

	jonge jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
<i>Geïndiceerde zorg</i>					
HV	0	0	39	20	20
PV	7	2	63	54	39
VP	1	0	28	26	17
OB	95	93	67	68	78
AB	61	33	21	29	35
KV	58	55	26	17	36
LV	1		4	5	3
<i>Inkoop van zorg</i>					
HV	1	1	37	21	20
PV	9	3	60	52	38
VP	1	1	25	21	15
OB	96	83	67	65	76
AB	67	42	26	25	39
KV	55	55	27	13	35
dagbesteding	9	12	15	16	13
anders	0	3	0	1	1

HV: huishoudelijke verzorging, PV: persoonlijke verzorging; VP: verpleging; AB: activerende begeleiding; OB: ondersteunende begeleiding; KV: kortdurend verblijf.

Figuur 6.1 – Geïndiceerde zorg versus ingekochte zorg, in procenten

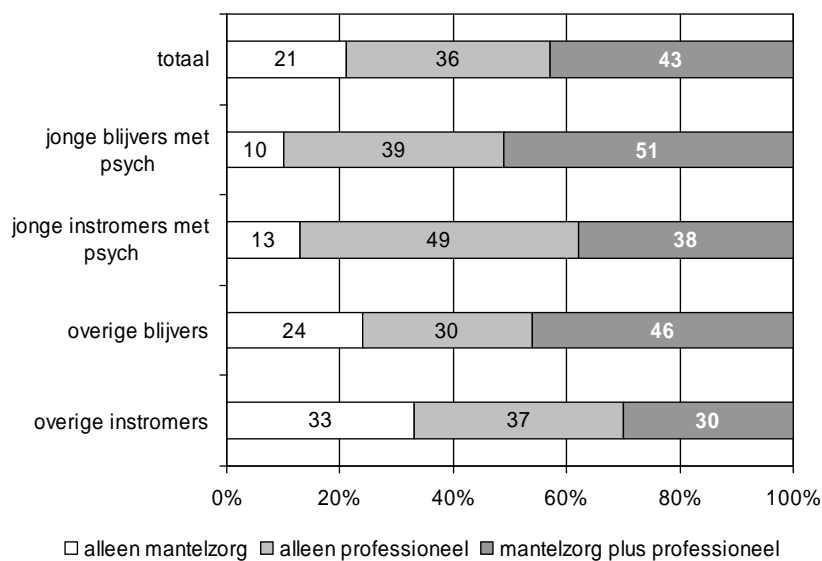


Figuur 6.1 geeft meer inzicht in de relatie tussen ingekochte en geïndiceerde zorg. Er blijken budgethouders te zijn die zorg waarvoor ze geïndiceerd zijn, niet inkopen. Het gaat om kleine aantallen. Zo is 5% van de budgethouders wel geïndiceerd voor persoonlijke verzorging (pv), terwijl dit niet wordt ingekocht. Aan de andere kant zijn er ook budgethouders die zorg waarvoor ze niet geïndiceerd zijn, toch inkopen. Bij persoonlijke verzorging gaat het om 4% van de budgethouders. Ambulante begeleiding wordt relatief vaak ingekocht zonder indicatie.

6.2 Zorginkoop: mantelzorg versus professionele zorg

De meeste budgethouders (43%) kopen een combinatie in van mantelzorg en formele c.q. professionele zorg (figuur 6.2), iets meer dan een derde (36%) koopt alleen formele hulp in en iets meer dan een vijfde (21%) koopt alleen mantelzorg in. Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening kopen het minst vaak alleen mantelzorg in (respectievelijk 10% en 13%).

Figuur 6.2 – Inkoop van zorg bij mantelzorg versus professioneel, in procenten



Type hulpverlener

In tabel 6.2 zijn de hulpverleners bij wie men zorg inkoopt te vinden. Vrijwel de helft van de budgethouders koopt zorg in bij inwonende familie en iets meer dan 1 op de vijf bij uitwonende familie. Hulp wordt ook vaak ingekocht bij een zelfstandig wer-

kende hulpverlener of begeleider, vrienden, bekenden en buren. Ook wordt er veel tijdelijk verblijf ingekocht.

Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening kopen veel vaker dan de andere groepen hulp in bij een zelfstandig werkende hulpverlener/begeleider en ook tijdelijk verblijf (of logeeropvang of een vakantiecamp) wordt door hen veel ingekocht. Hetzelfde geldt voor het inkopen van hulp bij een vrijgevestigde therapeut of behandelaar en een reguliere instelling voor jeugdzorg of de jeugd-ggz, hoewel dit op veel minder grote schaal voorkomt dan het inkopen van zorg bij de eerder genoemde hulpverleners.

Daarentegen komt het inkopen van zorg bij uitwonende familie meer voor bij de overige budgethouders en minder vaak bij de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening. Hetzelfde geldt voor het inkopen van zorg bij een zelfstandig werkende verzorgende of verpleegkundige, bij een particuliere huishoudelijke hulp en bij een reguliere thuiszorgorganisatie.

Tabel 6.2 – Type hulpverlener waar zorg is ingekocht met pgb, in procenten

	jonge blijver met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
- inwonende familie	49	41	51	44	48
- zelfstandig werkende hulpverlener/begeleider	46	41	24	17	30
- tijdelijk verblijf/logeeropvang/vakantiekamp	43	51	19	7	27
- uitwonende familie	13	12	30	22	22
- vrienden, bekenden, buren	22	9	17	15	17
- zelfstandig werkende verzorgende, verpleegkundige	5	1	17	11	11
- particulier huishoudelijke hulp	1	2	20	7	10
- reguliere instelling voor gehandicaptenzorgzorg	9	5	13	10	10
- reguliere thuiszorgorganisatie	4	2	13	16	10
- vrijgevestigde therapeut / behandelaar (psycholoog etc.)	15	14	4	4	8
- reguliere instelling jeugdzorg/jeugdpsychiatrie/jeugd-ggz	6	6	1	1	3
- vervoersorganisatie	3	2	2	3	3
- reguliere instelling voor geestelijke gezondheidszorg	4	0	2	2	2
- regulier instelling voor ouderenzorg	0	0	3	4	2
- anders	8	5	4	11	7

* meerdere antwoorden mogelijk

6.3 Uren ingekochte zorg en tarief

Gemiddeld kopen budgethouders 14 uur zorg in per week tegen een uurtarief van €23 (tabel 6.3). Hierbij zijn de uren en vergoedingen voor verblijf en vervoer buiten beschouwing gelaten omdat deze moeilijk in gemiddeld aantal uur per week en gemiddeld uurtarief uit te drukken zijn.

Tabel 6.3 – Gemiddeld aantal uren en uurtarief van ingekochte zorg

	gemiddeld aantal uur per week		gemiddeld uurtarief (in euro's)	
<i>Onderzoeksgroep</i>				
jonge blijver met psychische aandoening	10	<i>N= 131</i>	27	<i>N= 138</i>
jonge instromer met psychische aandoening	10	<i>N= 61</i>	26	<i>N= 63</i>
overige blijvers	17	<i>N= 210</i>	20	<i>N= 192</i>
overige instromers	15	<i>N= 114</i>	24	<i>N= 101</i>
<i>Ingekochte zorg: mantelzorg versus formeel</i>				
alleen mantelzorg	13	<i>N= 114</i>	18	<i>N= 96</i>
alleen formele hulp	9	<i>N= 156</i>	32	<i>N= 147</i>
mantelzorg en formele hulp	17	<i>N= 246</i>	21	<i>N= 251</i>
<i>Ingekochte zorg: hulpverleners</i>				
inwonende familie*	11	<i>N= 234</i>	19	<i>N= 230</i>
zelfstandig werkende hulpverlener/begeleider	6	<i>N= 154</i>	31	<i>N= 171</i>
uitwonende familie	8	<i>N= 102</i>	17	<i>N= 111</i>
vrienden, bekenden, buren	6	<i>N= 90</i>	15	<i>N= 95</i>
zelfstandig verzorgende, verpleegkundige	12	<i>N= 49</i>	23	<i>N= 48</i>
particuliere huishoudelijke hulp	5	<i>N= 58</i>	13	<i>N= 55</i>
reguliere instelling voor gehandicaptenzorg	9	<i>N= 48</i>	32	<i>N= 45</i>
reguliere thuiszorgorganisatie	6	<i>N= 48</i>	32	<i>N= 43</i>
vrijgevestigde therapeut / behandelaar (psycholoog etc.)	2	<i>N= 37</i>	58	<i>N= 44</i>
instelling jeugdzorg/jeugdpsychiatrie/jeugd-ggz	-	<i>N= 15</i>	-	<i>N= 10</i>
reguliere instelling voor geestelijke gezondheidszorg	-	<i>N= 8</i>	-	<i>N= 6</i>
reguliere instelling voor ouderenzorg	-	<i>N= 10</i>	-	<i>N= 7</i>
anders	12	<i>N= 28</i>	-	<i>N= 16</i>
<i>Totaal</i>	14	<i>N= 516</i>	23	<i>N= 494</i>

* Bij inwonende familie geven respondenten vaak 24-uurs zorg aan en bij het uurtarief worden vaak bedragen per maand gegeven (tot 2600 euro per maand). Deze zijn niet meegenomen in de berekening.

Noot : kleinere N dan bij voorgaande tabellen door missings.

Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening kopen over het algemeen minder uren hulp in dan de anderen budgethouders, maar wel tegen een hoger uurtarief. Budgethouders die alleen formele c.q. professionele hulp inkopen, zijn het meeste geld kwijt per uur, maar zij kopen dan ook het minste aantal uren per week in. Inwonende familie en zelfstandig werkende verzorgenden of verpleegkundigen worden gemiddeld voor het hoogste aantal uren ingekocht. Het duurst om in te kopen is de hulp van een vrijgevestigde therapeut of behandelaar (€58 euro per uur), gevolgd door de hulp van een reguliere instelling voor gehandicaptenzorg, de reguliere thuiszorg en een zelfstandig werkende hulpverlener of begeleider, respectievelijk €31 tot €32 per uur). Het minst duur is het om hulp van mantelzorgers in te kopen (hulp van inwonende of uitwonende familie en vrienden, bekenden en burens) of van een particuliere huishoudelijke hulp.

Tabel 6.4 geeft een overzicht van de tijds- en tariefsindicaties gegeven door budgethouders die verblijf/logeeropvang/vakantiekamp inkopen. Het vaakst wordt er opvang voor een heel weekend ingekocht. Het gaat dan om bedragen tussen de €125 en €625 (gemiddeld €434).

Tabel 6.4 – Tijds- en tariefsindicatie van budgethouders met verblijf of logeeropvang

Tijdseenheid	aantal keer genoemd	gemiddelde (euro's)	minimum (euro's)	maximum (euro's)
geen	28	355	60	1.200
dagdeel	2	-	41	75
dag	8	-	10	300
nacht	2	-	100	150
etmaal	7	-	85	188
weekend	25	434	125	625
week	2	-	1.000	1.030
keer	5	-	200	660
rest	4	-	8	500
Totaal	83	346	8	1.200

6.4 Combinatie met zorg in natura en gebruik andere voorzieningen

Naast de zorg die budgethouders met hun pgb inkopen, kunnen zij ook nog zorg in natura ontvangen en kunnen ze nog gebruik maken van andere voorzieningen.

Ongeveer een kwart van de budgethouders ontvangt naast de hulp die ingekocht is met het pgb ook zorg in natura (tabel 6.5). Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening ontvangen veel minder vaak dan de overige budgethouders aanvul-

lend zorg in natura. Het gaat dan vooral om activerende begeleiding in natura bij de instromers onder de jonge budgethouders. En om behandeling en kort verblijf in natura bij de blijvers onder de jonge budgethouders.

Tabel 6.5 – Combinatie pgb met zorg in natura, in procenten

	jonge blijvers psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
<i>Combinatie pgb/ zin</i>	17	17	28	32	25
	N=33	N=15*	N=82	N=47	N=177
ZIN					
HV	0	x	22	33	19
PV	0	x	22	20	15
VP	0	x	10	13	8
OB	9	x	26	28	23
AB	25	x	30	26	28
KV	22	x	11	7	12
behandeling	34	x	7	13	13
vervoer	13	x	15	13	13
dagopvang	1	x	2	1	1
anders	16	x	9	2	11

HV: huishoudelijke verzorging, PV: persoonlijke verzorging; VP: verpleging; AB: activerende begeleiding; OB: ondersteunende begeleiding; KV: kortdurend verblijf.
x geen percentages uitgerekend vanwege een te kleine N

Bijna driekwart van de budgethouders maakt naast het pgb en de zojuist besproken zorg in natura, ook nog gebruik van andere voorzieningen. Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening maken vaker dan de overige groepen gebruik van aanvullende voorzieningen. Van de jonge blijvers met een psychiatrische aandoening maakt zelfs 9 op de 10 gebruik van aanvullende voorzieningen.

Alle budgethouders maken veelvuldig gebruik van vervoersvoorzieningen. Het gaat daarbij om leerlingvervoer (26x genoemd), Wvg/Wmo vervoer (22x), AWBZ-vervoer (15x) en Valys (15x).

Tabel 6.6 – Gebruik van andere voorzieningen naast het pgb, in procenten

	jonge budget- houders met psych	jonge instromers met psych	overige budget- houders	overige instromers	totaal
<i>Gebruik andere voorzieningen</i>	90	76	68	61	73
<i>Aard voorzieningen:</i>					
- vervoersvoorziening	43	38	49	40	44
- TOG	53	51	25	16	36
- speciaal (voortgezet) onderwijs	51	49	24	15	35
- leerling gebonden financiering	45	41	11	13	26
- rolstoel, scootmobiel	2		48	38	25
- hulpmiddelen	7	5	38	47	25
- woningaanpassingen	3	2	35	29	19
- individueel vervoer	7	0	13	16	10
- welzijnsvoorzieningen	1	0	6	2	3
- sociale werkvoorziening	0	0	4	6	2
- individuele re-integratie- overeenkomst (RIO)	0	0	1	1	0
- activiteiten gericht op participa- tie (vanuit de Wmo)	1	0	1		0
- persoonsgeboden re-integratie- budget (PRB)	0	0	0	1	0
- opvoedingsondersteuning (vanuit de Wmo)	0	2			0
- anders	0	2	2	4	2

* meerdere antwoorden mogelijk

Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening maken vaak gebruik van de tegemoetkoming onderhoudskosten gehandicapte kinderen (TOG), het speciaal voortgezet onderwijs en de leerling gebonden financiering (rugzakje).

De overige budgethouders maken vaak gebruik van op fysieke beperkingen gerichte voorzieningen, zoals een rolstoel of scootmobiel, hulpmiddelen vanuit de zorgverzekering en woningaanpassingen en (in mindere mate) van individueel vervoer.

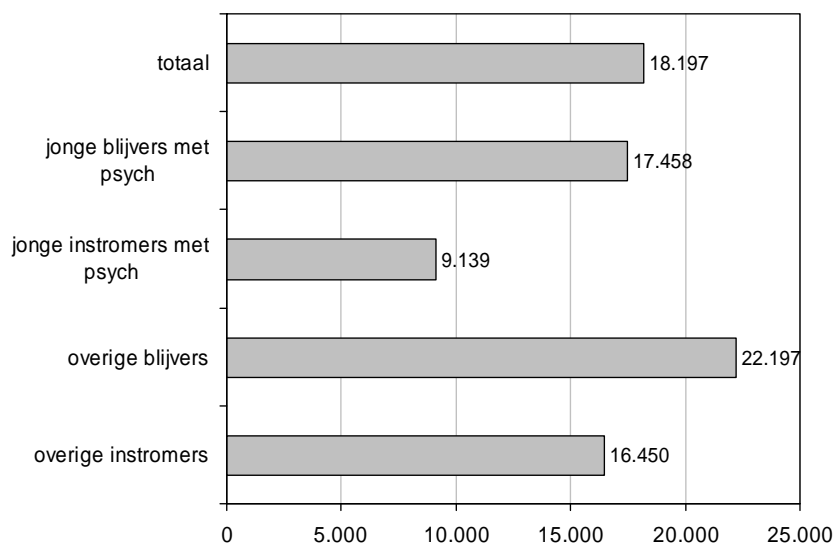
Voorbeelden van hulpmiddelen vanuit de zorgverzekering die het vaakst genoemd zijn: incontinentiemateriaal, aangepast meubilair, hoog-laag bed en mobiliteitshulpmiddel. Voorbeelden van woningaanpassingen: aanpassingen aan toilet/badkamer of keuken, aanbouw of verbouwing slaapkamer of douche op begane grond, traplift/tillift, aanpassingen aan drempels.

7 Besteding en onderbesteding

In dit hoofdstuk gaat het om de vraag of budgethouders uitkomen met hun budget, dan wel of zij geld tekort komen en wat de redenen zijn voor een eventuele over- of onderbesteding. Uit het evaluatierapport (ITS, 2007) kwam naar voren dat vooral de jonge budgethouder met een psychiatrische aandoening over het gemiddeld laagste budget beschikken, maar ook relatief gezien de hoogste onderbesteding lieten zien.

In figuur 7.1 en tabel 7.1 is vinden hoeveel budget de verschillende groepen tot hun beschikking hebben.

Figuur 7.1 – Gemiddeld netto budget, in euro's



Tabel 7.1 – Netto budget per jaar, in euro's en procenten

	jonge jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
<i>Gemiddeld netto budget</i>	17.458	9.139	22.197	16.450	18.197
<i>Netto budget in klassen</i>					
< 2.000 euro	1	5	5	5	4
2.000-5.000 euro	7	23	14	19	14
5.000-30.000 euro	80	70	57	60	65
> 30.000 euro	12	1	25	17	17

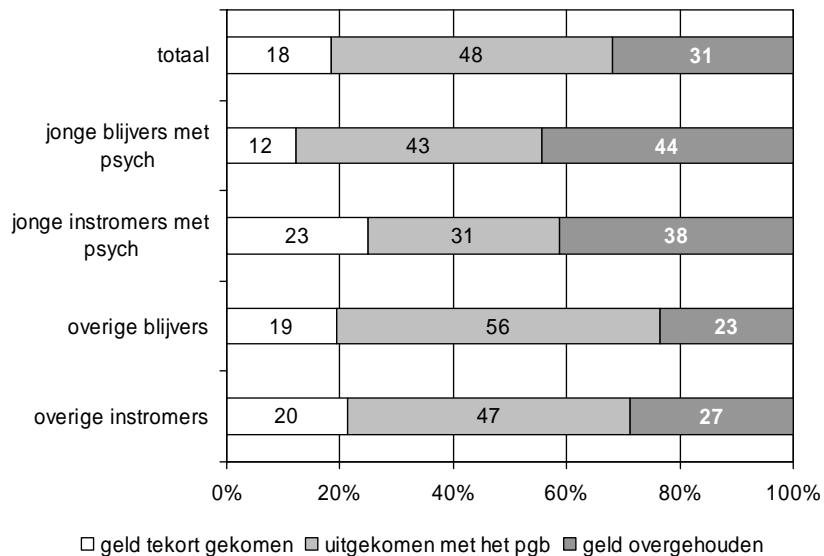
Gemiddeld hebben de budgethouders een netto budget te besteden van €18.197 per jaar. Dit is meer dan het gemiddeld netto-budget over 2007 van budgethouders uit het VGZ-bestand. Zij hebben gemiddeld €14.486 netto te besteden (zie deel 1 van dit rapport). Blijkbaar hebben we in het panel te maken met budgethouders met redelijk wat budget.

Maar ondanks dit gegeven, blijkt ook hier weer dat instromers over het algemeen een beduidend lager budget hebben dan de bestaande budgethouders. Binnen de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen maakt het nogal een verschil of je in 2007 voor het eerst een pgb hebt ontvangen of in 2006 en daarvoor. Het verschil is zo'n €8000. Het verschil bij de andere budgethouders is minder groot. Maar ook daar maakt het wat uit. De instromers in 2007 ontvangen gemiddeld per jaar een kleine €6000 minder dan de blijvers.

De jonge instromers met een psychiatrische aandoening hebben gemiddeld het laagste netto budget (€9.139), de budgethouders die al voor 2006 een budget hadden, hebben het hoogste (€22.197) van allemaal.

Bijna een vijfde van de budgethouders (18%) komt geld tekort aan het pgb (figuur 7.2), de helft komt uit het met pgb en bijna een derde heeft geld overgehouden. Met name de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening houden vaak geld over.

Figuur 7.2 – Tekorten en overschotten van budgetten, in procenten



Een belangrijke reden van onderbesteding is dat men minder hulp ingekocht heeft (tabel 7.2). Voor jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening zijn belangrijke redenen van onderbesteding dat men geen geschikte hulp kon vinden (30%) en dat men de benodigde hulp niet kon krijgen (17% en 15%). Voor de instromers onder hen geldt verder dat zij geen hulp in konden kopen omdat zij op een wachtlijst staan dan wel hebben gestaan. Voor zowel de jonge blijvers als de overige blijvers is een belangrijke reden van onderbesteding dat men erin is geslaagd om goedkopere hulp in te kopen.

Uit tabel 7.3 blijkt dat in de helft van de gevallen de onderbesteding minder is dan 20 procent van het netto-budget. Alleen bij de jonge instromers met een psychiatrische aandoening is er een uitschieter: bijna een derde heeft 35-50 procent van het netto budget niet kunnen uitgeven.

Ongeveer een vijfde deel van de budgethouders komt geld tekort aan het pgb (zit tabel 7.4). Belangrijke redenen waarom budgethouders geld tekort komen zijn dat men meer hulp had ingekocht (33%), dat men tijdelijk meer hulp nodig had (25%), dat het pgb te krap was (22%), dat de rekening van de zorginstelling hoger uitviel dan van tevoren gedacht (16%) en dat men geen rekening had gehouden met de eigen bijdrage (12%).

Tabel 7.2 – Redenen van onderbesteding, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
	<i>N=81</i>	<i>N=33</i>	<i>N=67</i>	<i>N=39</i>	<i>N=220</i>
- minder hulp ingekocht	47	30	49	46	45
- geen geschikte hulp kunnen vinden	30	30	10		19
- goedkopere hulp ingekocht	21	3	19	10	16
- nog niet alle hulp geregeld	10	18	16	21	15
- een tijd geen hulp gehad	17	10	12	18	15
- sta/ stond op wachtlijst v. hulp	12	33	10	5	14
- de hulp die ik nodig heb, kan ik niet krijgen	22	18	8	5	14
- andere hulp moeten zoeken	11		9	5	8
- ik heb bewust geld opzij gezet	5	9	6	13	7
- de zorginstelling/hulpverlener stopte er ineens mee	16	3	0	0	6
- de hulp is tijd ziek geweest	3	0	9	5	5
- rekening nog niet ontvangen	5	3	5	3	4
- ander soort hulp ingekocht	1	3	3	3	2
- tijdelijk opgenomen geweest	0	0	3	5	2
- anders	4	0	5	3	3

* meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 7.3 – Omvang van onderbesteding, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
	<i>N=63</i>	<i>N=18</i>	<i>N=55</i>	<i>N=30</i>	<i>N=166</i>
minder dan 10% van het budget	11	16	30	21	20
10 - 15% van het budget	20	5	16	21	17
15 - 20 % van het budget	9	21	14	9	12
20 - 25% van het budget	6	5	11	9	8
25 - 35% van het budget	8	11	2	15	8
35 - 50% van het budget	6	32	4		7
50 - 75% van het budget	5	5	4	6	5
meer dan 75% van het budget	2		2	6	2
weet niet	34	5	18	12	21

Tabel 7.4 – Redenen van tekort aan budget, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	overige blijvers	overige instromers	totaal
	<i>N=23</i>	<i>N=20</i>	<i>N=52</i>	<i>N=24</i>	<i>N=119</i>
- ik heb meer hulp ingekocht	17	40	43	22	33
- ik had tijdelijk meer zorg nodig	17	20	26	33	25
- PGB was te krap	43	20	11	26	22
- rekening van zorgverle- ner/zorginstelling valt hoger uit	17	30	13	11	16
- alleen het netto budget uitgege- ven en geen rekening gehouden met mijn eigen bijdrage	9	5	21	4	12
- geen rekening gehouden met kosten van pgb-bemiddelaar	4	5	2	7	4
- de hulp zelf doorbetaald bij ziekte en de vervanger betaald	0	0	2	0	1
- geen rekening gehouden met werkgeverslasten	0	0	2	0	1
- anders	17	15	19	22	19

* meerdere antwoorden mogelijk

8 Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen

In dit hoofdstuk wordt een aantal extra gegevens gepresenteerd over jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen. Deze extra gegevens geven meer inzicht in de specifieke problematiek en ondersteuningsbehoefte van de groep. We maken ook hier weer een onderscheid tussen jonge blijvers en jonge instromers. Om de bespreking te vergemakkelijken zal in dit hoofdstuk gesproken worden van ‘jonge blijvers’ in plaats van ‘jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening’ en ‘jonge instromers’ in plaats van ‘jonge instromers met een psychiatrische aandoening’. Nemen we in de beschrijving de blijvers en instromers tezamen (vooral als er geen noemenswaardige verschillen zijn) dan spreken we van jonge budgethouders.

In deel 3 van het vervolgonderzoek wordt de zorgsituatie geschetst van 20 gezinnen die met een pgb de benodigde begeleiding en ondersteuning hebben geregeld voor een of meerdere kinderen met psychiatrische aandoeningen. Daarbij wordt ingegaan op de problemen die deze ouders en verzorgers ondervinden met het bestaande reguliere zorgaanbod.

8.1 Leeftijd en diagnose

In tabel 8.1 worden achtergrondkenmerken van de jonge budgethouders gepresenteerd. De instromers zijn over het algemeen 2 jaar jonger dan de blijvers en de diagnose is (logischerwijs) bij de instromers korter geleden gesteld dan bij de jonge blijvers. Wat betreft de specifieke psychiatrische aandoening en degene die de diagnose heeft gesteld, lijken de twee groepen op elkaar. Bijna de helft heeft PDD-NOS, ruim een kwart heeft ADHD of ADD, een vijfde heeft de stoornis van Asperger en een vijfde heeft (klassiek) autisme. De instromers hebben vaker een meervoudige complexe gedragsstoornis (MCDO) dan de blijvers (respectievelijk 14% en 4%).

De diagnose werd meestal, in tweederde van de gevallen, gesteld door een jeugdpsychiater. Bij een vijfde van de gevallen was een psycholoog betrokken en in 10 procent van de gevallen is de diagnose gesteld door Bureau Jeugdzorg.

Tabel 8.1 – Leeftijdsverdeling en diagnose van jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen, in procenten en gemiddelde leeftijd in jaren

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
	N=190	N=85	N=275
<i>Geslacht</i>			
man	78	71	76
vrouw	22	29	24
<i>Leeftijd in klassen</i>			
< 5 jaar	1	9	4
5-8 jaar	18	38	24
9-12 jaar	41	36	40
13-17 jaar	40	16	33
<i>Gemiddelde leeftijd</i>	11	9	11
<i>Psychiatrische aandoening*</i>			
- PDD-NOS	48	40	46
- ADHD/ADD	26	30	28
- stoornis van Asperger	23	16	21
- (klassiek) autisme	22	14	20
- meervoudige complexe gedragsstoornis (MCDO)	4	14	7
- opstandige/agressieve gedragsstoornis (ODD)	3	6	4
- persoonlijkheidsstoornis	1	0	1
- desintegratie van de kinderleeftijd	1	0	0
- anders	1	0	0
<i>Hoe lang geleden diagnose gesteld</i>			
korter dan 1 jaar	3	28	11
1-2 jaar geleden	16	39	23
3-4 jaar geleden	41	20	35
5 jaar of langer geleden	40	13	32
<i>Diagnose gesteld door*:</i>			
jeugdpsychiater	68	59	66
psycholoog	19	21	19
bureau jeugdzorg	11	8	10
kinderarts	8	2	6
neuroloog	3	0	2
huisarts	1	0	0
arts consultatiebureau	0	0	0
anders	11	16	13

* meerdere antwoorden mogelijk

Ruim de helft (zie tabel 8.2) van de jonge budgethouders heeft naast de psychiatrische aandoening nog aanvullende beperkingen. Bij ruim een kwart van de jongeren met aanvullende beperkingen gaat het om meer dan één aanvullende beperking. Het gaat vaak om motorische of verstandelijke beperkingen, dyslexie of om spraak en taalproblemen.

Tabel 8.2 – Aanvullende beperkingen, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
<i>Geen aanvullende beperkingen</i>	47	48	48
<i>Wel aanvullende beperkingen</i>	53	52	52
<i>Aantal aanvullende beperkingen</i>	<i>N=99</i>	<i>N=42</i>	<i>N=141</i>
1 aanvullende beperking	70	79	72
2 aanvullende beperkingen	18	12	16
3 aanvullende beperkingen	12	10	11
<i>Aard van de beperkingen*</i>			
motorische beperking	33	33	33
verstandelijke beperking	37	21	33
dyslexie	29	24	28
spraak/taalproblemen	19	21	20
lichamelijke beperking	6	19	10
blind/slechtziend	3	0	2
doof/slechthorend	1	2	1
anders	33	33	33

* meerdere antwoorden mogelijk

De gemiddeld leeftijd van de jonge budgethouders is 11 jaar en ze bezoeken een school voor speciaal basisonderwijs (zie tabel 8.3). De ‘oudere’ jonge budgethouders zijn vaak in het voortgezet speciaal onderwijs te vinden.

Tabel 8.3 – Onderwijs van jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
gaat niet naar school	5	1	4
regulier basisonderwijs (bao)	5	24	11
speciaal basisonderwijs (so)	39	47	42
voortgezet speciaal onderwijs (vso)	18	12	16
regulier voortgezet onderwijs (havo, vwo)	12	7	10
praktijkonderwijs	2	1	2
leerweg-ondersteunend onderwijs (lwoo)	3	0	2
vmbo/vmbo-t	6	2	5
anders, nl.:	10	5	8

8.2 Ontstaan problematiek en hulpvraag

De problematiek van de jonge budgethouders en instromers begon al vaak op jonge leeftijd. Ruimt driekwart was jonger dan 5 jaar toen de problemen begonnen (zie tabel 8.4). Bijna een derde van de ouders (30%) is direct hulp gaan zoeken, maar er zijn ook ouders die langer hebben gewacht. Gemiddeld ligt er ruim twee jaar tussen het moment van aanvang van de problematiek en het moment waarop men ging zoeken naar hulp.

Tabel 8.4 – Leeftijd aanvang problematiek en leeftijd waarop men hulp is gaan vragen, in procenten

	jonge budgethouders met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
<i>Leeftijd waarop de problematiek begon</i>			
< 5 jaar	81	73	78
5-8 jaar	13	24	16
9-12 jaar	6	4	5
13-17 jaar	1	0	0
<i>Gemiddelde leeftijd waarop de problematiek begon</i>	2,6	3,1	2,8
<i>Leeftijd waarop men hulp is gaan vragen</i>			
< 5 jaar	49	42	47
5-8 jaar	39	46	41
9-12 jaar	11	11	11
13-17 jaar	1	1	1
<i>Gemiddelde leeftijd waarop men hulp is gaan vragen</i>	4,8	5,3	5,0
<i>Hoe lang heeft men gewacht met hulp zoeken?</i>			
0 jaar	30	29	30
1-2 jaar	19	16	18
3-4 jaar	35	41	37
5 jaar of langer	17	13	16
<i>Gemiddelde tijd tussen aanvang proble- matiek en het zoeken van hulp in jaren</i>	2,4	2,2	2,3

8.3 Problemen bij dagelijks functioneren

Tabel 8.5 geeft inzicht in het soort problemen waar de jonge budgethouders en instromers mee te maken hebben. Dit zijn problemen die de ouders van de budgethouders (door hen werd de vragenlijst immers ingevuld) zelf hebben aangegeven.

Tabel 8.5 – Soort problemen dat de budgethouder dagelijks ondervindt, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
	<i>N=186</i>	<i>N=83</i>	<i>N=269</i>
sociale problemen	55	53	55
concentratie/structuur/prikkels	48	48	48
motorisch / fysiek	7	4	6
psychische of gedragsproblemen	26	16	23
anders	17	13	16

Ruim de helft (55%) heeft te maken met wat we sociale problemen hebben genoemd. Het gaat dan om problemen met het contact maken en onderhouden en problemen met het functioneren in een groep. De ouders zelf geven de volgende omschrijvingen:

Sociale problemen/vaardigen:

- ‘De groep was te groot en hij kon moeilijk contact maken met anderen en speelde langs de kinderen.’
- ‘Problemen in de sociale contacten met anderen, zowel thuis, op school, onderweg, bij sporten. Hij begrijpt anderen vaak niet of verkeerd zodat er vaak misverstanden en/of conflicten ontstaan.’
- ‘Problemen in de sociale context. Hij kan heel moeilijk functioneren in een groep. Toch wil hij graag gewoon meedoen in de maatschappij maar dit lukt niet altijd.’

Bijna de helft (48%) heeft problemen die te maken hebben met gebrek aan concentratie, overgevoeligheid voor prikkels en een grote afhankelijkheid van vaste structuren.

Concentratie/structuur/prikkels:

- ‘Hij heeft veel structuur nodig, heeft problemen met veranderingen, verrassingen, onduidelijke opdrachten, dingen die niet gaan zoals hij wil.’
- ‘Hij heeft veel structuur nodig (vaste rituelen/picto's), hij is moeilijk bereikbaar en leeft in eigen wereld.’
- ‘Hij heeft een informatieverwerkingsprobleem. Hij heeft constant structuur nodig en kan om(kleine) dingen van slag zijn. Dit speelt dagelijks’.

Uit de antwoorden die de ouders en verzorgers met verve opgeschreven hebben, laten zien dat sociale problemen en problemen met concentratie en een grote behoefte aan structuur heel vaak samen gaan:

Combinatie van problemen

- ‘Snel overprikkeld, agressieve reactie en stemmingsproblemen, angst, geen inzicht in sociale situaties waardoor allerlei problemen ontstaan. Hij kan zelf geen structuur aanbrengen.’
- ‘De wereld voor hem is chaotisch en hij probeert via veel structuur, regels en voorspelbaarheid zich staande te houden en de wereld een beetje te begrijpen. Moeilijk contact met anderen, niet weerbaar genoeg.’

Bijna een kwart van de jongeren heeft psychische of gedragsproblemen:

Psychische problemen/gedragsproblemen:

- ‘Mijn dochter kan zich niet onder de mensen begeven vanwege extreme angst. Moet soms toch naar buiten (dagbehandeling, kapper, brievenbus). Ze durft niet te sporten, kan zichzelf zonder hulp (structuur) niet hygiënisch verzorgen, heeft gedachtenpatronen die gekeerd moeten worden omdat dit anders uitmondt in automutilatie. Ze is vaak depressief.’
- ‘Tics, dwang- en dranghandelingen. Dwanggedachten. Niet het huis kunnen verlaten vanwege bijvoorbeeld de tic om steeds deur open en dicht te doen. Te laat komen. Steeds bepaalde gedachten moeten herhalen. Het gevolg hiervan zijn woedeaanvallen, automutilerend gedrag en agressief t.o.v. zichzelf en anderen.’

Een klein deel (6%) tenslotte heeft motorische of fysieke problemen.

Motorische/fysieke problemen:

- ‘Door zijn spierziekte en hartafwijking heeft hij veel hulp nodig bij de dagelijkse handelingen.’
- ‘Somatisch: vermoeidheid, skeletproblematiek, rolstoelgebruik.’

8.4 Ondersteuningsbehoefte

Tabel 8.6 geeft inzicht in de specifieke ondersteuningsbehoefte van de jonge instromers en budgethouders, op het moment dat er een pgb werd aangevraagd.

Tabel 8.6 – Begeleiding of ondersteuningsbehoefte, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
	<i>N=184</i>	<i>N=82</i>	<i>N=266</i>
ondersteunende / activerende begeleiding	78	78	78
respijtzorg / ontlasting gezin	25	34	28
rest	12	7	11

Er blijkt veel behoefte te zijn aan hulp die als ondersteunende of activerende begeleiding kan worden geclassificeerd.

Ondersteunende en activerende begeleiding:

- ‘Ondersteunend, omgaan met zijn pdd-nos. Activerend, om socialer te zijn en kunnen zijn.’
- ‘Naast begeleiding op school (rugzak) moest hij leren omgaan met anderen, zichzelf beter leren kennen en zijn handelen beter overdenken. Verder moest hij leren luisteren en handelen naar het "gezag" van ouders en leraren ed.’
- ‘Sova-training; actieve begeleiding (hij neemt weinig van ons aan, wel van vreemden. Bijv. schoenen strikken, klok kijken, nam hij van ons niet aan. Er zijn geen andere leeftijdsgenootjes in omgeving. Structuur accepteren; conflict regulatie.’
- Begeleiding om te leren omgaan met zijn stoornis. Begeleiding bij vrije tijd activiteiten, want hij verveelt zich erg snel en vraagt enorm veel aandacht omdat hij zich verveelt of omdat hij bezig is.’

De zorg voor en kind met psychiatrische aandoeningen kan zeer zwaar zijn binnen een gezin. Soms is het nodig dat ouders ook tijd besteden hun andere kinderen of aan zichzelf. Ruim een kwart (28%) heeft dan ook behoefte aan respijtzorg en ontlasting van het gezin.

Respijtzorg:

- ‘Gewoon oppas, zodat ik eens even weg kan. Of iets met de andere kinderen kan doen. Zijn zusje is vaak het kind van de rekening.’
- ‘Iemand of een adres waar mijn zoon af en toe heen kan, zodat ik even bij kan komen of iets anders kan doen (zeker in vakanties). Iemand die iets onderneemt of meegaat ergens heen.’

De behoefte aan ondersteunende en activerende begeleiding en de behoefte aan respijtzorg gaan vaak hand in hand.

<p><i>Ondersteuning, begeleiding, respijtzorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ‘Leren omgaan met autisme, letterlijk leren de dag door te komen (soms wil ik het liefste dood zijn!!), ondersteuning van en ontlasting van het gezin.’ • ‘Logeren om 't gezin rust te geven, ondersteuning om op school beter te functioneren en sociale vaardigheidstraining.’ • ‘Weekendopvang voor ontlasting van de thuissituatie, hulp bij het maken van structuur, verzorging, begeleiding bij sociale contacten.’
--

8.5 Inkoop van zorg

Zoals ook in hoofdstuk 7 bleek, kunnen jonge budgethouders moeite hebben met het inkopen van zorg (tabel 7.7). Bijna een derde van de jonge blijvers en bijna de helft van de jonge instromers slaagt er slechts gedeeltelijk in om de gewenste hulp in te kopen.

Tabel 8.7 – Problemen bij het inkopen van zorg, in procenten

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
	<i>N=184</i>	<i>N=60</i>	<i>N=244</i>
<i>Heeft men de gewenste ondersteuning/ begeleiding in kunnen kopen?</i>			
ja, helemaal	68	50	63
deels wel, deels niet	30	49	36
nee	2	1	1

Problemen bij het inkopen van de zorg hebben ermee te maken dat men geen deskundige hulpverleners kan vinden (35%) of geen hulpverleners die flexibel genoeg zijn (21%). Daarnaast vormen de wachtlijsten en de hoogte van het pgb een probleem. Dit laatste is wel vreemd omdat we gezien hebben dat een deel van de budgethouders moeite heeft om het budget volledig te besteden. De vraag is dan of deze mensen een te laag budget hebben om de gewenste zorg in te kopen en dan maar helemaal niets inkopen.

Tabel 8.8 – *Waarom kon men de zorg (deels) niet inkopen, in procenten*

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
	N=48	N=38	N=86
- geen deskundige hulpverleners kunnen vinden	38	32	35
- kon geen hulpverleners vinden die flexibel genoeg zijn	27	13	21
- er zijn wachtlijsten voor hulp bij de zorginstelling/jeugdzorg	10	18	14
- te weinig pgb	10	18	14
- kon geen hulpverleners vinden die oproepbaar willen zijn	17	3	10
- de zorginstelling / jeugdzorg wilde geen mensen met een pgb aannemen	4		2
- anders	23	26	24

* meerdere antwoorden mogelijk

Meer dan de helft van de jonge budgethouders en instromers heeft gelijk een pgb aangevraagd, zo blijkt uit tabel 8.9. Uit tabel 8.10 wordt duidelijk dat men om meerdere redenen toch de overgang van zorg in natura naar het pgb heeft gemaakt. De belangrijkste reden op toch te kiezen voor een pgb is dat men ontevreden was over de zorg in natura. Daarnaast speelde mee dat er wachtlijsten waren en dat men gewoonweg de gewenste hulp niet in natura heeft kunnen vinden.

Tabel 8.9 – *Pogingen om zorg in natura te verkrijgen voordat men een pgb had, in procenten*

	jonge blijvers met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
<i>Heeft men voor het pgb pogingen gedaan om zin te krijgen?</i>			
ja, meerdere pogingen	24	18	22
ja, wel even geprobeerd	25	24	24
nee, gelijk een pgb genomen	51	59	53

Tabel 8.10 – *Waarom zijn pogingen om zin te krijgen niet gelukt?*

	jonge budgethouders met psych	jonge instromers met psych	totaal budgethouders met psych
	<i>N=91</i>	<i>N=33</i>	<i>N=124</i>
wachlijsten	15	27	19
ontevreden zin	44	18	37
hulp niet kunnen vinden	18	30	21
rest	23	24	23

8.6 Diagnostiek en medicalisering

Om na gaan of de groei van het aantal jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen te maken zou kunnen hebben met een zekere mate van medicalisering van gedrags- en relationele problemen, hebben we de ouders/verzorgers gevraagd hun mening te geven over een tiental uitspraken. Het is altijd lastig om in een voorgestructureerde vragenlijst een onderwerp als medicalisering te onderzoeken. We hebben hier dan ook vrij veel aandacht aan geschonken in het kwalitatief onderzoek onder 20 gezinnen met autistische kinderen en/of kinderen met ADHD (zie deel 3).

Van de tien uitspraken wijzen er vijf op de negatieve aspecten van een (te vroege) diagnosticering van autisme en/of ADHD. Dat zijn de stellingen 3, 4, 5 en 6. Ouders en verzorgers vinden het vooral jammer dat hun kinderen eerder in de problemen geraken (40%) en ook eerder opvallen door hun afwijkend gedrag (46%). Dit bevestigt het beeld dat uit het kwalitatieve onderzoek naar voren komt. Ouders geven aan dat de maatschappij complexer is geworden en dat scholen minder structuur en bescherming bieden. Ook kwam in dat onderzoek naar voren dat het onderwijssysteem meer gericht is op interactie, zelfredzaamheid en samenwerking in de groep. Kinderen met ASS kunnen zich hierdoor minder goed handhaven. Dit zien we *niet* terug in de uitspraken. Slechts een kwart van de ouders/verzorgers is van mening dat hun kind in de problemen is geraakt door de hogere eisen van het onderwijs; 47 procent is het daarmee niet eens.

De uitspraken 7, 8, 9 en 10 duiden meer op de positieve effecten van een diagnosticering. De meningen van de ouders zijn daar ook veel meer eenduidig. Tussen de 80 en 90 procent is eigenlijk blij dat de gedragsproblemen zijn onderkend. Het geeft ouders toegang tot de benodigde zorg en ondersteuning.

Tabel 8.11 – Stellingen medicalisering*

	helemaal mee eens	niet mee eens/ niet mee oneens	mee oneens
1 ik vind dat het aanbod van jeugdzorg geen oplossing biedt voor ons probleem	34	35	15
2. de flexibiliteit van het pgb is voor ons een uitkomst ***	91	5	3
3. ik vind het jammer dat kinderen met gedragsproblemen eerder opvallen	40	29	25
4. mijn kind is in de problemen geraakt doordat er hogere eisen worden gesteld aan kinderen (bijv. op school)	25	21	47
5. ik vind het jammer dat mijn kind dit etiket is opgeplakt	18	28	51
6. ik vind dat kinderen met psychiatrische aandoeningen nu sneller in de knel komen dan vroeger ***	46	35	15
7. ik vind het positief dat er beter gelet wordt op kinderen met afwijkend gedrag	79	16	3
8. ik vind dat mijn kind recht heeft op ondersteuning en begeleiding	95	4	1
9. ik vind het positief dat psychiatrische aandoeningen eerder worden gesignaleerd	87	9	2
10. ik ben blij met de gestelde diagnose omdat ons dat toegang geeft tot de noodzakelijke zorg	92	5	2

* Geen verschillen tussen de instromers en de blijvers.

Tabel 8.12 geeft een samenvatting van de antwoorden op de verschillende stellingen uit tabel 8.11. De antwoorden op de stellingen 3, 4, 5 en 6 zijn ondergebracht in de dimensie ‘stigmatiserende aspecten aan de diagnose’. De antwoorden op de stellingen 7, 8, 9 en 10 zijn ondergebracht in de dimensie ‘positieve aspecten aan de diagnose’. Zoals blijkt uit tabel 8.12 ziet de overgrote meerderheid van de ouders de positieve aspecten van een diagnose: 97% van de ouders is het er helemaal mee eens dat er positieve aspecten zijn (de kolom ‘totaal’). Over de stigmatiserende aspecten van een diagnose zijn de meningen verdeeld. Grof gezegd vindt ongeveer een kwart (25%) van de ouders dat er wel degelijk stigmatiserende effecten zijn, iets meer dan een kwart (29%) vindt dat er geen stigmatiserende effecten zijn en iets minder dan de helft (46%) van de ouders neemt een middenpositie in.

Tabel 8.12 - Stigmatiserende en positieve aspecten aan de diagnose, in procenten ten opzichte van het totaal

<i>Stigmatiserende aspecten aan de diagnose</i>				
	helemaal mee eens	niet mee eens / niet mee oneens	mee oneens	totaal
<i>Positieve aspecten aan de diagnose</i>				
helemaal mee eens	23	45	29	97
niet mee eens / niet mee oneens	2	2	0	3
mee oneens	0	0	0	0
totaal	25	46	29	100

9 Dwarsverbanden

In dit hoofdstuk wordt een ‘doorkijk’ gegeven in de onderzoeksgegevens, waarbij het met name gaat om de samenhang tussen verschillende resultaten. Er worden drie verschillende doorkijkjes geboden. Bij de eerste doorkijk gaat het om de vraag hoe de verschillende groepen budgethouders ertoe gekomen zijn om een pgb te kiezen. Deze vraag heeft dus betrekking op de oorzaken van de instroom.

Budgethouders kunnen in principe de hulpverlener kiezen die zij willen. In de voorgaande hoofdstukken is een onderscheid gemaakt tussen budgethouders die alleen mantelzorg inkopen, die alleen formele hulp inkopen en die zowel mantelzorg als formele hulp inkopen. Waarom kiezen budgethouders voor mantelzorg, formele zorg dan wel voor een combinatie van beiden? Deze vraag staat bij de tweede doorkijk in de gegevens centraal.

Motieven om voor een pgb in plaats van zorg in natura te kiezen, blijkt een belangrijke rol te spelen bij de eerste twee doorkijkjes. In de derde doorkijk wordt de aandacht dan ook specifiek op deze motieven gericht.

9.1 Achtergronden van de instroom

Een van de doelen van het huidige onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van de groei van het aantal budgethouders. Hiervoor zijn de instromers (budgethouders die in 2007 een pgb kregen) onderscheiden van de zogenaamde blijvers (budgethouders die in 2006 of daarvoor een pgb kregen). Bij het groeiend aantal budgethouders heeft de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoeningen speciale aandacht. Deze groep werd dan ook onderscheiden van de overige budgethouders, hetgeen leidde tot een indeling in vier onderzoeksgroepen:

- jonge blijvers met een psychiatrische aandoening;
- jonge instromers met een psychiatrische aandoening;
- overige blijvers;
- overige instromers.

De vraag die we stellen is of deze groepen op verschillende manieren budgethouder zijn geworden? Om de oorzaken van de instroom van de diverse groepen beter te begrijpen, moet er gekeken worden naar achtergrondkenmerken die golden op het moment dat zij daadwerkelijk een pgb hadden. Dit zijn: leeftijd en geslacht van de budgethouder, samenstelling van het huishouden, grondslag, de hulp die men vooraf-

gaand aan het pgb had, kennis over het pgb, het jaar van instroom en de motivatie voor de keuze voor een pgb. Om werkelijk inzicht te krijgen in de oorzaken van de instroom moeten deze kenmerken in hun samenhang worden bekeken. Dit kan door middel van zogenaamde multivariate regressies.

In tabel 9.1 worden de uitkomsten van een multivariate analyse gepresenteerd. Hierin komen de verschillen tussen de vier bovenstaande onderzoeksgroepen tot uiting. Leeftijd en grondslag zijn buiten deze analyse gehouden. De groepen zijn immers samengesteld op basis van leeftijd en grondslag. Het zou onzin zijn om te zeggen dat de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening afwijkt van de groep overige budgethouders wat leeftijd betreft.

In de analyse worden de verschillende groepen (jonge blijvers met een psychiatrische aandoening, jonge instromers met een psychiatrische aandoening en de overige instromers) steeds vergeleken met de groep 'overige budgethouders'. Dit zijn de budgethouders die al in 2006 of daarvoor een budget hadden.

Betekenis van odd's ratio's

De getallen in de tabel zijn zogenaamde odd's ratio's. Een odd's ratio kleiner dan 1 wil zeggen dat de desbetreffende categorie een kleinere kans heeft om tot de desbetreffende groep (jonge budgethouder met een psychiatrische aandoening, etc.) te behoren, een odd's ratio groter dan 1 geeft het omgekeerde aan.

Een voorbeeld ter verduidelijking. Vrouwen hebben bij de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening een odd's ratio van 0,23. Dit wil zeggen dat er in de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening ten opzichte van de groep overige budgethouders *minder* vrouwen zitten. De categorie 'kent het pgb niet' heeft bij de groep jonge budgethouders een odd's ratio van 1,39. Dit wil zeggen dat er in de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening *meer* mensen zitten die vooraf geen kennis hadden dan in de groep overige blijvers.

Vetgedrukte odd's ratio's geven significante verschillen tussen groepen aan, de overige odd's ratio's zijn niet significant. Zo is het verschil in aantal vrouwen tussen de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening en de overige blijvers wel significant, maar het verschil in aantal budgethouders dat geen kennis had van het pgb niet.

Op deze manier kunnen we dus bepalen in hoeverre de verschillende groepen afwijken van de overige budgethouders. Voordeel van een multivariate analyse zoals in tabel 9.1 is dat er met meerdere kenmerken tegelijkertijd rekening wordt gehouden. Zo is het mogelijk dat er sprake is van een samenhang tussen geslacht en de hulp voorafgaand aan het pgb: bijvoorbeeld vrouwen krijgen vaker mantelzorg voorafgaand aan het pgb dan mannen. Als deze samenhang er is, dan kan het zijn dat er in de groep overige budgethouders veel vrouwen zitten én veel budgethouders die man-

telzorg hadden voorafgaand aan het pgb. Dit laatste komt dan echter door de grotere hoeveelheid vrouwen. In een multivariate analyse wordt rekening gehouden met dergelijke verbanden. In de analyse wordt bij het bekijken van het verschil tussen de groepen wat hulp voorafgaand aan het pgb betreft, de verschillen tussen de groepen wat betreft het aantal vrouwen buiten haakjes geplaatst.

De R^2 Nagelkerke die in de titel van de tabel wordt genoemd is enigszins vergelijkbaar met de verklaarde variantie (R^2) van een gewone regressie-analyse. Als de R^2 Nagelkerke heel laag is wil dit zeggen dat er naast de kenmerken die in de analyse worden meegenomen nog andere kenmerken belangrijk zijn die niet zijn gemeten. De 22 procent van de analyse in tabel 9.1 is redelijk.

Tabel 9.1 – Achtergrondkenmerken van de verschillende groepen, vergelijking met de groep ‘overige budgethouders’, in odd’s ratio’s (N = 723, R^2 Nagelkerke= 22%)

	jonge budgethouders met psych	jonge instromers met psych	overige instromers
- vrouwen (t.o.v. mannen)	0,23	0,32	0,60
- voorafgaand aan pgb hulp (t.o.v. geen hulp)			
- alleen mantelzorg	0,88	0,50	1,14
- alleen formele zorg	0,68	1,06	1,41
- mantelzorg plus formele zorg	0,92	0,80	1,82
- kent pgb niet (t.o.v. kent pgb wel)	1,39	0,91	0,87
<i>Motivatie keuze voor pgb i.p.v. zin*</i>			
- de soort hulp die ik nodig had, kon ik niet in natura krijgen	2,77	2,05	0,96
- ik wilde de mantelzorg met het pgb betalen	0,76	0,96	1,47
- ik wilde de hulp die ik had, met het pgb gaan betalen	0,84	0,44	0,46
- ik wilde 24-uurs verblijf voorkomen	1,08	0,58	0,67
- wilde de hulp in eigen hand houden	1,61	1,06	1,04
- ik had meer hulp nodig, maar kon die niet in natura krijgen	0,68	1,41	0,63
- instelling / hulpverlener kon alleen zorg via een pgb leveren	2,86	2,62	2,12

* Alleen de meest frequente motivaties zijn meegenomen in de analyse (zie tabel 5.2).

Noot: significante odd’s ratio’s zijn vetgedrukt.

Uitkomsten

Uit de multivariate analyse blijkt dat er *geen* verschillen tussen de groepen zijn wat betreft hun voorkennis van het pgb op het moment dat zij een pgb namen. Er zijn *wel* verschillen tussen de groepen wat betreft de verdeling van mannen en vrouwen, de hulp voorafgaand aan het pgb en de motivatie om voor een pgb en niet voor zorg in natura te kiezen.

Naast het grote aandeel mannen dat de groep jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen kent, wijkt deze groep af van de overige budgethouders in de motivatie om voor een pgb te kiezen. Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening kiezen vaak voor een pgb omdat men de benodigde hulp niet in natura kan krijgen of omdat de hulpverlener de zorg alleen in natura kan leveren. Hetzelfde kan gezegd worden voor de groep jonge instromers met een psychiatrische aandoening. Een extra onderscheid ten opzichte van de overige budgethouders is dat jonge instromers met een psychiatrische aandoening minder vaak bestaande hulp met een pgb willen betalen dan de overige budgethouders.

De overige instromers hadden ten opzichte van de overige budgethouders vaker mantelzorg plus formele zorg voorafgaand aan het pgb. Het gaat hier dus bij de instromers om een groep mensen met een relatief grote hulpbehoefte, die ook voorafgaand aan het pgb al redelijk zwaar leunde op formele en informele zorg. De overige instromers hadden minder vaak dan de overige blijvers de motivatie dat men de bestaande hulp met het pgb wilde gaan betalen.

Invloed van leeftijd en grondslag

Als we de instromers in 2007 (dit is dus de optelling van de groep jonge instromers met psychiatrische aandoeningen met de overige instromers) direct vergelijken met de blijvers (dit is de optelling van overige blijvers en jonge blijvers met een psychiatrische aandoening), is het mogelijk om de invloed van leeftijd en grondslag te bekijken. De uitkomsten hiervan worden gepresenteerd in tabel 9.2. De getallen in deze tabel 9.2 zijn net als in tabel 9.1 odd's ratio's en de interpretatie is ook hetzelfde, alleen vormen de blijvers nu de vergelijkingsgroep. Significante afwijkingen van de instromers ten opzichte van de blijvers zijn opnieuw aangegeven met een vetgedrukte odd's ratio.

Uitkomsten

Er zijn geen verschillen tussen instromers en blijvers wat betreft geslacht, leeftijd, grondslag, hulp voorafgaand aan het pgb en voorkennis over het pgb. Bij grondslag wordt overigens wegens te kleine aantallen van bepaalde grondslagen een iets andere indeling gehanteerd dan in de voorgaande hoofdstukken.

De instromers wijken met name van de blijvers af wat betreft hun motivatie voor het pgb. Zij willen vaak hun mantelzorg met het pgb gaan betalen en kiezen minder vaak voor het pgb omdat ze hun formele hulp met het pgb wilden gaan betalen of om 24-uurs verblijf te voorkomen.

Tabel 9.2 – Instromers versus budgethouders, in odd's ratio's ($N = 708$, R^2 Nagelkerke = 7%)

	instromer 2007
<i>Vrouwen</i> (t.o.v. mannen)	0,77
<i>Leeftijd</i> (t.o.v. < 18 jaar)	
18-50	1,58
51-74	1,34
75 jaar en ouder	1,55
<i>Grondslag</i> (t.o.v. afwezigheid van de grondslag)	
grondslag somatisch / psycho-geriatisch	0,98
grondslag psychisch/psycho-sociaal	1,01
grondslag lichamelijk / zintuiglijk	1,02
grondslag verstandelijke beperking	0,64
<i>Voorafgaand aan pgb hulp</i> (t.o.v. geen hulp)	
alleen mantelzorg	0,84
alleen formele zorg	1,34
mantelzorg plus formele zorg	1,28
<i>Kent pgb niet</i> (t.o.v. kent pgb wel)	0,72
<i>Motivatie voor pgb</i>	
- de soort hulp die ik nodig had, kon ik niet in natura krijgen	0,91
- ik wilde de mantelzorg met het pgb betalen	1,46
- ik wilde de hulp die ik had, met het pgb gaan betalen	0,48
- ik wilde 24-uurs verblijf voorkomen	0,62
- wilde de hulp in eigen hand houden	0,97
- ik had meer hulp nodig, maar kon die niet in natura krijgen	1,00
- instelling / hulpverlener kon alleen zorg via een pgb leveren	1,47

Noot: significante odd's ratio's zijn vetgedrukt.

De R^2 Nagelkerke van 7 procent in tabel 9.2 is een stuk lager dan de 22 procent van de analyse uit tabel 9.1. Dit wil zeggen dat er naast de kenmerken die in deze analyse werden onderscheiden nog andere kenmerken zijn die de instroom naar het pgb beïnvloeden.

9.2 Keuze voor formele dan wel informele zorg

In de voorgaande hoofdstukken en analyses werden steeds de 4 verschillende groepen budgethouders met elkaar vergeleken. Bij de huidige analyse staat de indeling naar het type hulp dat ingekocht wordt centraal. Budgethouders kunnen met hun budget zowel formele als informele zorg inkopen. We proberen inzicht te geven in de achtergrond van de budgethouders die alleen mantelzorg, alleen formele of zowel mantelzorg als formele hulp inkopen.

In tabel 9.3 worden de uitkomsten van een multivariate analyse waarin de budgethouders die alleen formele of zowel mantelzorg als formele zorg inkopen worden vergeleken met de budgethouders die alleen mantelzorg inkopen. De getallen in tabel 9.3 zijn odd's ratio's. De interpretatie is hetzelfde als bij tabel 9.1. Voor de analyse in tabel 9.1 gold echter dat de gewone uitsplitsingen in procenten al eerder waren gegeven (zoals bijvoorbeeld de verdeling naar geslacht bij de verschillende groepen in tabel 2.2). Dat geldt niet voor de uitsplitsingen naar ingekochte zorg naar achtergrondkenmerken. Om de interpretatie van de odd's ratio's uit tabel 9.3 wat makkelijker te maken, worden in tabel 9.4 ook de 'gewone' uitsplitsingen in procenten gegeven.

Uitkomsten

Uit de multivariate analyse blijkt dat er *geen* verschillen zijn tussen budgethouders die alleen mantelzorg inkopen, budgethouders die alleen formele zorg inkopen en budgethouders die zowel mantelzorg als formele zorg inkopen wat betreft leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden (alleenstaand versus samenwonend) en het jaar van instroom (2007 versus eerder). Er zijn *wel* verschillen wat betreft de grondslag (met name de aan- of afwezigheid van een psychiatrische grondslag/ psychosociale grondslag), de hulp voorafgaand aan het pgb en de motivatie om voor een pgb te kiezen.

- Budgethouders die alleen formele zorg of mantelzorg plus formele zorg inkopen, hebben vaak een psychiatrische dan wel psychosociale grondslag, respectievelijk 59 en 57 procent. Van de budgethouders die alleen mantelzorg inkoopt heeft 29 procent een psychiatrische/psychosociale grondslag.
- Budgethouders die alleen formele zorg inkopen, hadden ook vaak voorafgaand aan het pgb alleen formele zorg. Budgethouders die zowel mantelzorg als formele zorg inkopen hadden ook vaak voorafgaand aan het pgb mantelzorg plus formele zorg.
- Budgethouders die formele zorg inkopen (met of zonder mantelzorg), hebben vaak als motivatie dat men de hulp in eigen hand wil houden en dat men meer hulp nodig had dan men in natura kon krijgen.
- Budgethouders die zowel mantelzorg als formele zorg inkopen, hebben vaak als motivatie dat men de soort hulp die men nodig had niet in natura kon kopen en dat men 24-uurs opname wilde voorkomen.

- Budgethouders die alleen formele zorg inkopen hebben zelden als motivatie dat men de mantelzorg wilde gaan betalen.
- Budgethouders die alleen mantelzorg (met of zonder formele zorg) hebben dat juist vaak als motivatie.
- Van de budgethouders die alleen mantelzorg inkopen had 66 procent (onder andere) als motivatie dat men de mantelzorg met het pgb wilde gaan betalen, bij de budgethouders die mantelzorg plus formele zorg inkopen was dat 46 procent.

Tabel 9.3 – Keuze voor inkoop van formele dan wel informele zorg*, in odd's ratio's (N = 667, R² Nagelkerke = 51%)**

	alleen formele zorg	mantelzorg plus formele zorg
Vrouwen (t.o.v mannen)	1,2	1,4
<i>Leeftijdsklasse (t.o.v. < 17 jaar)</i>		
18-50 jaar	1,0	1,2
51-74 jaar	0,8	0,6
75 jaar en ouder	1,8	1,0
<i>Alleenstaand (versus samenwonend)</i>	1,9	0,6
<i>Grondslag (versus afwezigheid van de grondslag)</i>		
somatisch / psycho-geriatrisch	1,1	1,6
psychiatrisch / psycho-sociaal	2,8	2,4
lichamelijk / zintuiglijk	0,6	1,0
verstandelijk	1,1	1,9
<i>Hulp voorafgaand aan pgb</i>		
alleen mantelzorg	0,4	0,6
alleen formele hulp	4,0	1,7
mantelzorg plus formele hulp	2,2	3,4
<i>Instroom in 2007</i>	1,4	0,8
<i>Motivatie om voor het pgb te kiezen</i>		
- de soort hulp die ik nodig had, kon ik niet in natura krijgen	1,8	2,8
- ik wilde de mantelzorg met het pgb betalen	0,0	0,8
- ik wilde de hulp die ik had met het pgb betalen	1,1	1,6
- ik wilde 24-uurs verblijf voorkomen	3,2	8,6
- wilde de hulp in eigen hand houden	3,0	5,0
- ik had meer hulp nodig, maar kon die niet in natura krijgen	5,1	4,3
- instelling / hulpverlener kon alleen via een pgb leveren	3,4	3,7

* Hier wordt een andere indeling gehanteerd dan in hoofdstuk 6. Daar ging het alleen om de ingekochte zorg, hier wordt ook de formele zorg in natura meegerekend. Dus, een budgethouder die mantelzorg inkoopt en daarnaast nog zorg in natura krijgt, valt in deze tabel in de categorie 'mantelzorg plus formele zorg'.

** Budgethouders die alleen informele zorg inkopen is de vergelijkingsgroep.
Noot: significante odd's ratio's zijn vetgedrukt.

Tabel 9.4 – Type ingekochte zorg* naar achtergrondkenmerken van de budgethouders, in procenten

	alleen mantelzorg	alleen formele zorg	mantelzorg plus formele zorg	totaal
	<i>N=114</i>	<i>N=255</i>	<i>N=335</i>	
<i>Geslacht</i>				
man	59	57	59	58
vrouw	41	43	41	42
<i>Leeftijdsklasse</i>				
t/m 17 jaar	46	56	63	58
18-50- jaar	17	17	16	16
51-74 jaar	27	17	14	17
75 jaar of ouder	10	10	8	9
<i>Samenstelling huishouden</i>				
alleenstaand	10	22	8	14
saamewonend	90	78	92	86
<i>Grondslag</i>				
somatisch / psycho-geriatrisch	39	29	32	32
psychiatrisch / psycho-sociaal	29	59	47	48
lichamelijk / zintuiglijk	42	22	31	30
verstandelijk	20	18	32	25
<i>Hulp voorafgaand aan pgb</i>				
geen hulp	51	43	42	44
alleen mantelzorg	27	6	13	13
alleen formele hulp	10	38	13	22
mantelzorg en formele hulp	12	13	32	22
<i>In 2007 ingestroomd</i>				
	37	38	28	33
<i>Motivatie om voor pgb en niet voor zin te kiezen</i>				
- de soort hulp die ik nodig heb, kon ik niet in natura krijgen	20	40	42	38
- ik wilde de mantelzorg met het pgb gaan betalen	66	4	46	34
- ik wilde de hulp die ik had, met het pgb gaan betalen	28	21	28	25
- ik wilde een opname in 24-uurs verblijf voorkomen	4	13	24	17
- in eigen hand houden	8	18	19	17
- ik had meer hulp nodig, maar kon die niet in natura krijgen	4	17	15	14
- de zorginstelling / hulpverlener wilde alleen de zorg leveren als ik een pgb had	3	13	8	9

* Andere indeling dan in hoofdstuk 6. Daar ging het alleen om de ingekochte zorg, hier wordt ook de formele zorg in natura meegerekend.

Tabel 9.5 geeft net als tabel 9.4 de relatie tussen de hulp voorafgaand aan het pgb en de hulp die men met het pgb inkoop. Verschil is dat er nu gekeken wordt vanuit de hulp die men voorafgaand aan het pgb had. Zo blijkt dat van de budgethouders die voorafgaand aan het pgb geen hulp hadden, 19% alleen mantelzorg inkoop, 35% koopt alleen formele zorg in en bijna de helft (49%) koopt mantelzorg en formele zorg in.

Uit de tabellen 9.5 en 9.6 mogen geen conclusies worden getrokken ten aanzien van de monetarisering van de mantelzorg. Bij de hulp die wordt ingekocht met het pgb blijft namelijk de onbetaalde mantelzorg buiten beschouwing. Dus, als een budgethouder met een pgb formele zorg inkoop is het mogelijk dat hij of zij daarnaast nog onbetaalde mantelzorg krijgt. En ook als een budgethouder mantelzorg inkoop, is het mogelijk dat er nog extra onbetaalde mantelzorg wordt ontvangen.

Uit tabel 9.6 blijkt wel (zoals ook al uit de multivariate analyse bleek) dat de hulp voorafgaand aan het pgb een goede voorspeller is van de hulp die men met het pgb inkoop. Budgethouders die alleen mantelzorg hadden kopen of alleen mantelzorg in of mantelzorg plus formele zorg. Budgethouders die alleen formele hulp hadden kopen met name alleen formele hulp in en in iets mindere mate formele hulp plus mantelzorg. Budgethouders die zowel mantelzorg als formele zorg hadden kopen met name de combinatie van formele hulp en mantelzorg in.

Tabel 9.5 – Ingekochte hulp en hulp voorafgaand aan het pgb, in procenten*

	<i>Pgb en zin-hulp na pgb*</i>			
	alleen mantelzorg	alleen formele zorg	mantelzorg plus formele zorg	
<i>Hulp voorafgaand aan pgb</i>				
geen hulp	19	35	46	<i>N= 301</i>
alleen mantelzorg	35	16	49	<i>N= 86</i>
alleen formele hulp	7	63	30	<i>N= 148</i>
mantelzorg en formele hulp	9	22	69	<i>N= 151</i>
Totaal	16	36	48	<i>N= 686</i>

* Andere indeling dan in hoofdstuk 6. Daar ging het alleen om de ingekochte zorg, hier wordt ook de formele zorg in natura meegerekend.

9.3 Achtergronden van verschillende motieven keuze pgb en niet voor zin

Zowel bij de manier waarop budgethouders bij een pgb zijn aangekomen als bij de keuze van het type hulpverlener (mantelzorg, informeel) spelen de motieven mee waarom men voor een pgb en niet voor zin heeft gekozen. In deze paragraaf wordt gekeken of er verschillende groepen budgethouders achter de verschillende motieven zitten, als aanvulling op de voorafgaande analyses.

Tabel 9.6 geeft de achtergrondkenmerken van de budgethouders die een bepaalde motivatie hebben om te kiezen voor een pgb. In de tabel staan odd's ratio's. Steeds worden de budgethouders die een bepaald motief wel hebben vergeleken met de budgethouders die een bepaald motief niet hebben.

Zo blijkt uit tabel 9.6 dat budgethouders die een pgb nemen omdat zij de benodigde hulp niet in natura konden krijgen, vaak een psychiatrische of psychosociale grondslag hebben en dat zij vaak voorafgaand aan het pgb zowel mantelzorg als formele hulp kregen.

Budgethouders die de mantelzorg met de pgb wilden gaan betalen zijn vaak samenwonend, hebben niet vaak een psychiatrische of psychosociale grondslag en hadden vaak voorafgaand aan het pgb mantelzorg (met of zonder formele hulp).

Budgethouders die de aanwezige hulp met het pgb wilden gaan betalen, zijn vaak 'blijvers' (zij zijn ingestroomd in 2006 of daarvoor), hebben niet vaak een psychiatrische dan wel psychosociale grondslag en hadden vaak voorafgaand aan het pgb formele hulp (met of zonder mantelzorg).

Budgethouders die 24-uurs verblijf wilden voorkomen zijn vaak ouder dan 50 jaar, zijn vaak blijvers en hebben vaak een psychiatrische/psychosociale grondslag en hadden voorafgaand aan het pgb vaak mantelzorg (met of zonder formele hulp).

'Het in eigen hand houden' van de hulp is blijkbaar een motivatie die typisch is voor de jonge budgethouders en komt met name onder deze groep voor. Verder wordt deze motivatie vaak gegeven door budgethouders met een somatische of psychogeriatrische grondslag.

Budgethouders die meer hulp nodig hadden dan zij in natura konden krijgen hadden vaak voorafgaand aan het pgb formele hulp (met of zonder mantelzorg).

De budgethouders die een pgb kozen omdat men de hulp alleen via een pgb kon verkrijgen verschillen niet van de andere budgethouders wat betreft de hier gekozen achtergrondkenmerken.

Tabel 9.6 – Achtergrondkenmerken van budgethouders met een bepaald motief om voor een pgb te kiezen, in odd's ratio's (N= 693 voor alle analyses)

	motief						
	1	2	3	4	5	6	7
Vrouwen (t.o.v. mannen)	0,9	0,7	1,2	0,7	0,7	1,3	1,2
<i>Leeftijdsklasse</i> (t.o.v. < 17 jaar)							
18-50 jaar	0,8	1,0	1,0	1,5	0,3	1,1	1,2
51-74 jaar	0,7	1,0	1,2	2,5	0,4	0,8	0,4
75 jaar en ouder	0,6	0,8	1,0	4,6	0,3	0,5	1,0
<i>Alleenstaand</i> (versus samenwonend)	0,8	0,5	0,8	1,2	1,2	1,7	1,0
<i>Ingestroomd in 2007</i> (versus ingestroomd daarvoor)	1,0	1,3	0,5	0,6	1,0	0,9	1,7
<i>Grondslag</i> (versus afwezigheid van de grondslag)							
somatisch / psycho-geriatisch	0,8	1,4	1,1	1,5	1,8	1,4	0,5
psychiatrisch / psycho-sociaal	2,3	0,5	0,6	2,5	0,7	1,7	1,1
lichamelijk / zintuiglijk	0,8	1,2	1,2	0,9	1,3	1,6	0,5
verstandelijk	1,2	0,9	1,0	2,0	1,1	0,8	1,4
<i>Hulp voorafgaand aan pgb</i> (t.o.v. geen hulp voorafgaand aan pgb)							
alleen mantelzorg	1,2	2,4	1,5	2,1	0,8	1,7	0,2
alleen formele hulp	0,9	0,4	2,7	1,2	0,7	2,2	1,5
mantelzorg plus formele hulp	1,6	1,8	3,4	2,1	0,7	3,0	0,5
R ² Nagelkerke (in procenten)	13%	15%	13%	10%	7%	8%	12%

Noot: significante odd's ratio's zijn vetgedrukt.

1: de soort hulp die ik nodig had, kon ik niet in natura krijgen

2: ik wilde de mantelzorg met het pgb betalen

3: ik wilde de hulp die ik had met het pgb betalen

4: ik wilde 24-uurs verblijf voorkomen

5: wilde de hulp in eigen hand houden

6: ik had meer hulp nodig, maar kon die niet in natura krijgen

7: instelling / hulpverlener kon alleen via een pgb leveren

10 Samenvatting

10.1 Inleiding

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het ITS een onderzoek uitgevoerd onder ruim 700 leden van het PGB-panel. Doel van het onderzoek was om achtergrondgegevens te verzamelen over de gestaag groter wordende groep jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen en om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van de groei van het pgb in het algemeen. Dit hoofdstuk biedt een samenvatting van de resultaten van het onderzoek.

10.2 Algemene resultaten

Budgethouders ingedeeld in vier onderzoeksgroepen

Er werd een onderscheid gemaakt tussen ‘jonge (jonger dan 18 jaar) budgethouders met een psychiatrische aandoening’ en ‘overige budgethouders’ (dat zijn dan budgethouders jonger dan 18 jaar zonder psychiatrische aandoening en alle budgethouders ouder dan 18 jaar). Verder werden de respondenten van het onderzoek opgesplitst in ‘instromers’, dat wil zeggen budgethouders die in 2007 voor het eerst een pgb kregen en ‘blijvers’, dat wil zeggen budgethouders die hun pgb al in 2006 of daarvoor hebben gekregen. Combinatie van deze twee indelingen levert vier groepen van respondenten op, die in het onderzoek steeds met elkaar werden vergeleken:

- jonge blijvers met psychiatrische aandoening;
- jonge instromers met een psychiatrische aandoening;
- overige blijvers;
- overige instromers.

Achtergrondkenmerken van budgethouders

De jonge budgethouders (instromers én blijvers) zijn voor driekwart man en voor een kwart vrouw. Zij wonen vrijwel altijd bij de ouders in en hebben een psychiatrische grondslag. De indicatie is meestal gesteld door het Bureau Jeugdzorg (BJZ). Hoewel de groep jonge budgethouders groeiende is, vormen zij geen nieuwe groep onder de budgethouders. Bijna de helft van de jongeren met een psychiatrische aandoening had het budget al voor 2006.

De overige blijvers en instromers zijn ongeveer even vaak man als vrouw. Een kwart tot eenderde deel is jonger dan 18 jaar, de rest is ouder. De overige blijvers en instro-

mers hebben vaak een somatische grondslag of hebben als grondslag een lichamelijke of verstandelijke beperking. De indicatie is vrijwel altijd gesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Hulp voorafgaand aan het pgb

Iets meer dan de helft van de budgethouders had hulp voorafgaand aan het pgb. Jongeren met een psychiatrische aandoening (zowel de blijvers als de instromers) hadden minder vaak hulp voorafgaand aan het pgb dan de overige blijvers en instromers.

Iets minder dan een kwart van de budgethouders met hulp voorafgaand aan het pgb kreeg alleen mantelzorg; iets minder dan 40 procent had alleen formele hulp en opnieuw iets minder dan 40 procent had een combinatie van mantelzorg en formele hulp. Jonge instromers met een psychiatrische aandoening hadden relatief vaak alleen formele hulp voorafgaand aan het pgb.

Toeleiding naar het pgb

Slechts 1 op de 10 budgethouders was op het moment dat men er mee in aanraking kwam, goed op de hoogte van de mogelijkheden van het pgb. Budgethouders die in 2007 instroomden waren bij aanvang ongeveer even goed op de hoogte van de mogelijkheden van het pgb, als budgethouders die in 2003 of zelfs daarvoor zijn ingestroomd.

Budgethouders zijn vaak via familie, vrienden of bekenden in aanraking gekomen met het pgb. Verder komen budgethouders met het pgb in aanraking via de zorginstelling waar men hulp kreeg, door het CIZ of Bureau Jeugdzorg, via media of internet, via een bemiddelingsbureau, pgb-adviseur of zorgconsulent, via hulpverleners, en via een patiëntenorganisatie of belangenvereniging (zoals Per Saldo).

Zorgverzekeraars, de gemeentelijke sociale dienst, het gemeentelijk zorgloket of de sociale werkplaats spelen *geen* belangrijke rol bij de toeleiding naar een pgb.

Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen zijn opvallend vaak met het pgb in aanraking gekomen via het CIZ of Bureau Jeugdzorg. De overige oudere instromers komen relatief vaak met het pgb in aanraking via een bemiddelingsbureau, pgb-adviseur of zorgconsulent.

Familie, vrienden en bekenden, zorginstellingen of medische hulpverleners en bemiddelingsbureaus/pgb-adviseurs/zorgconsulenten raden vaak aan een pgb aan te vragen. Het CIZ en Bureau Jeugdzorg raadt in een derde van de gevallen af en in een derde van de gevallen aan om een pgb te nemen. In de media en op internet wordt men vaak afgeraden om aan een pgb te beginnen.

Motivatie om voor een pgb en niet voor zin te kiezen

Het belangrijkste motief om voor een pgb te kiezen (voor meer dan een derde van de budgethouders) was dat men de benodigde hulp niet in natura kon krijgen. Deze motivatie speelt bij de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening zelfs in

de helft van de gevallen mee. Vaak is de benodigde hulp niet te krijgen omdat er flexibele hulp nodig is, zeer intensieve hulp of hulp op wisselende momenten. Daarnaast kan een reden zijn dat de zorgverlener / instelling alleen via een pgb werkt.

In eenderde van de gevallen is de motivatie om voor een pgb te kiezen dat men de mantelzorg met het pgb wilde gaan betalen. Deze motivatie wordt minder vaak genoemd door de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen en juist vaak door de overige budgethouders (blijvers én instromers).

Andere belangrijke motieven om voor een pgb te kiezen zijn dat men opname in een 24-uurs instelling wilde voorkomen, dat men de hulp in eigen hand wilde houden, dat men meer hulp nodig had dan men in natura kon verkrijgen en dat de gewenste instelling of zorgverlener de zorg alleen via een pgb kon leveren.

Bij de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen speelt daarnaast relatief vaak mee dat men op een wachtlijst stond voor hulp van de jeugdzorg of jeugd-ggz.

Zorginkoop

Budgethouders kopen het vaakst ondersteunende begeleiding in (76%), gevolgd door activerende begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf (respectievelijk 39%, 38% en 35% respectievelijk). Verpleegkundige hulp en dagbesteding worden het minst vaak ingekocht. Jonge instromers en blijvers met een psychiatrische aandoening kopen vaak ondersteunende en activerende begeleiding en kortdurend verblijf in. Overige blijvers en instromers kopen daarentegen vaak persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp in.

De meeste budgethouders (43%) kopen een combinatie in van mantelzorg en formele c.q. professionele zorg, iets meer dan een derde (36%) koopt alleen formele hulp in en iets meer dan een vijfde (21%) koopt alleen mantelzorg in. Jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening kopen het minst vaak alleen mantelzorg in.

Jonge budgethouders (instromers en blijvers) met een psychiatrische aandoening kopen veel vaker dan de andere groepen hulp in bij een zelfstandig werkende hulpverlener/begeleider. Ook tijdelijk verblijf (of logeeropvang of een vakantiecamp) wordt door hen veel ingekocht. Overige budgethouders (blijvers en instromers) kopen relatief vaak hulp in bij uitwonende familie, bij een zelfstandig werkende verzorgende of verpleegkundige, bij een particuliere huishoudelijke hulp en bij een reguliere thuiszorgorganisatie.

Gemiddeld kopen budgethouders 14 uur zorg in per week tegen een uurtarief van €23. Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen kopen over het algemeen minder uren hulp in dan de overige budgethouders, maar wel tegen een hoger uurtarief.

Het duurst om in te kopen is de hulp van een vrijgevestigde therapeut of behandelaar (€58 euro per uur), gevolgd door de hulp van een reguliere instelling voor gehandicaptenzorg, de reguliere thuiszorg en een zelfstandig werkende hulpverlener of begeleider, respectievelijk €31 tot €32 per uur. Het minst duur is het om hulp van man-

telzorgers in te kopen (hulp van inwonende of uitwonende familie en vrienden, bekenden en burens; €19, €17, €15) of van een particuliere huishoudelijke hulp (€13).

Gebruik van zorg in natura en andere voorzieningen

Ongeveer een kwart van de budgethouders ontvangt naast de hulp die ingekocht is met het pgb ook zorg in natura. Jonge blijvers en instromers met een psychiatrische aandoening ontvangen echter minder vaak dan de overige blijvers en instromers aanvullende zorg in natura.

Bijna driekwart van de budgethouders maakt naast het pgb en zorg in natura, ook nog gebruik van andere voorzieningen. Jonge blijvers en instromers met een psychiatrische aandoening maken vaker dan de overige blijvers en instromers gebruik van aanvullende voorzieningen. Vaak gaat het dan om de tegemoetkoming onderhoudskosten gehandicapte kinderen (TOG), het speciaal voortgezet onderwijs en de leerling gebonden financiering (rugzakje).

De overige blijvers en instromers maken vaak gebruik van op fysieke beperkingen gerichte voorzieningen, zoals een rolstoel of scootmobiel, hulpmiddelen vanuit de zorgverzekering en woningaanpassingen.

Besteding en onderbesteding

Gemiddeld hebben de budgethouders een netto budget te besteden van €18.197 per jaar. Instromers hebben over het algemeen een beduidend lager budget dan de bestaande budgethouders. Bijna een vijfde van de budgethouders (18%) komt geld tekort aan het pgb, de helft komt uit het met pgb en bijna een derde heeft geld overgehouden. Met name de jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen houden vaak geld over.

Een belangrijke reden van onderbesteding (geld overhouden) is dat men minder hulp ingekocht heeft. Voor jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening zijn belangrijke redenen van onderbesteding dat men geen geschikte hulp kon vinden en dat men de benodigde hulp niet kon krijgen.

Belangrijke redenen waarom budgethouders juist geld tekort komen zijn dat men meer hulp had ingekocht, dat men tijdelijk meer hulp nodig had, dat het pgb te krap was, dat de rekening van de zorginstelling hoger uitviel dan van tevoren gedacht.

10.3 Jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen

Achtergrondkenmerken

Driekwart van de jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening is een jongen, een kwart is meisje. De gemiddeld leeftijd van de jonge budgethouders is 11 jaar. De instromers zijn over het algemeen 2 jaar jonger dan de blijvers. De jonge budgethouders zijn vaak in het speciaal (basis of voortgezet) onderwijs te vinden.

De jonge budgethouders hebben een psychiatrische grondslag. Maar om welke aandoeningen gaat het dan en met welke problemen hebben zij te maken? Bijna de helft van de jonge budgethouders heeft PDD-NOS, ruim een kwart heeft ADHD of ADD, een vijfde heeft de stoornis van Asperger en een vijfde heeft (klassiek) autisme. De instromers hebben relatief vaak een meervoudige complexe gedragsstoornis (MCDO). Ruim de helft van de jonge budgethouders heeft naast de psychiatrische aandoening nog aanvullende beperkingen, zoals motorische of verstandelijke beperkingen, dyslexie of spraak- en taalproblemen.

Ruim de helft heeft te maken met sociale problemen. Het gaat dan om problemen met het contact maken en onderhouden en problemen met het functioneren in een groep. Bijna de helft heeft problemen die te maken hebben met gebrek aan concentratie, overgevoeligheid voor prikkels en een grote afhankelijkheid van vaste structuren. Bijna een kwart van de jongeren heeft psychische of gedragsproblemen.

Deze problematiek van de jonge budgethouders begon al vaak op jonge leeftijd. Ruim driekwart was jonger dan 5 jaar toen de problemen begonnen.

Tijd tussen diagnose en hulp zoeken

De kinderen zijn tussen de 2,5 en 3 jaar oud als de gedragsproblemen zich manifesteren. Pas ruim twee jaar later gaan ouders/verzorgers daadwerkelijk opzoek naar hulp. De kinderen zijn dan circa 5 jaar oud.

Behoeftte aan zorg

De jonge budgethouders hebben veel behoefte aan ondersteunende of activerende begeleiding. Het gaat hierbij vaak om hele specifieke en intensieve hulp. Binnen het gezin is ook vaak respijtzorg en ontlasting van de andere gezinsleden nodig. De behoefte aan ondersteunende en activerende begeleiding en de behoefte aan respijtzorg gaan vaak hand in hand. Jonge budgethouders kopen met name ook deze zorg in: ondersteunende en activerende begeleiding en kortdurend verblijf.

Keuze voor pgb en niet voor zorg in natura

Jonge budgethouders kiezen vaak voor het pgb omdat men de benodigde hulp niet op een andere manier kan krijgen. Slechts de helft van de jonge budgethouders en instromers heeft een poging gedaan om zorg in natura te verkrijgen. De belangrijkste reden om uiteindelijk toch te kiezen voor een pgb is dat men ontevreden was over de zorg in natura. Daarnaast speelde mee dat er wachtlijsten waren en dat men gewoonweg de gewenste hulp niet in natura heeft kunnen vinden.

Problemen bij inkoop van zorg

Bijna de helft van de jonge budgethouders heeft problemen met het inkopen van zorg. Men kan geen deskundige hulpverleners vinden of geen hulpverleners die flexibel genoeg zijn. Daarnaast vormen de wachtlijsten en de hoogte van het pgb een probleem. De problemen bij het inkopen van zorg verklaren waarom jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening vaak geld overhouden, zeker in het jaar waarin zij instromen.

Bijlage – Vergelijking respondenten PGB-panel en VGZ-budgethouders

Om de onderzoeksvragen met betrekking tot de oorzaken van de instroom en de achtergrondkenmerken van de groep jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening te kunnen beantwoorden, zijn deze groepen extra benaderd voor het onderzoek. Dit is overeenkomstig het onderzoeksvoorstel.

Deze groepen (instromers en jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening) zijn dus in het onderzoek oververtegenwoordigd. Deze oververtegenwoordiging is relevant voor de onderzoeksdoelen (en is hier zelfs noodzakelijk voor).

Om toch iets te kunnen zeggen over de mate van oververtegenwoordiging van de verschillende groepen, zouden zij moeten worden vergeleken met het landelijk beeld. Dit landelijk beeld ontbreekt, maar het beste vergelijkingskader wordt gevormd door het VGZ-bestand van budgethouders, dat gebruikt is in deel 1 van dit rapport.

De gegevens in deze bestanden zijn niet helemaal vergelijkbaar. Om toch tot dezelfde groepen te komen, wordt voor deze vergelijking een iets andere indeling gebruikt. Deze komt overigens voor 96% van de respondenten in panel overeen met de indeling die werd gebruikt in de hoofdtekst van deel II. Een afwijking van 4% is ons inziens te verwaarlozen.

Tabel 1 geeft de omvang van de verschillende groepen in het VGZ-bestand en in het panel-onderzoek. In vergelijking met het bestand van VGZ-budgethouders is er bij de respondenten van het panel-onderzoek een oververtegenwoordiging van instromers (36% in het panel-onderzoek, 26% in het VGZ-bestand) en van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening (36% in het panel-onderzoek, 28% in het VGZ-bestand). Dit betekent dat er, ten opzichte van het VGZ-bestand, in het panel-onderzoek meer ‘jonge blijvers met een psychiatrische aandoening’, ‘jonge instromers met een psychiatrische aandoening’ en ‘overige instromers’ zijn, en minder ‘overige blijvers’.

Tabel 1 – Omvang van de groepen in het VGZ-bestand en in het panel-onderzoek, in procenten

	VGZ-bestand*	Panel
	<i>N=12.368</i>	<i>N=734</i>
jonge blijvers met psych	19,8	24,9
jonge instromers met psych	7,9	11,4
overige blijvers	54,6	42,5
overige instromers	17,6	21,1
instromers	25,6	32,6
budgethouders	74,4	67,4
jongeren met psych	27,8	36,4
overigen	72,2	63,6

* selectie budgethouders uit 2007

Deel III

Een kwalitatief onderzoek naar de problematiek van
jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen

Clarie Ramakers
Mary van den Wijngaart

1 Inleiding

Het ITS heeft in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een kwalitatief onderzoek verricht naar de instroom van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening in het persoonsgebonden budget en het gebruik hiervan door deze specifieke groep. Voordat we ingaan op de resultaten, wordt in dit hoofdstuk eerst aandacht besteed aan de aanleiding van het onderzoek, de vraagstelling en de onderzoeksmethode.

1.1 Aanleiding en vraagstelling onderzoek

Het persoonsgebonden budget blijkt een bijzondere aantrekkingskracht te hebben op jonge mensen onder de 18 jaar met een psychiatrische aandoening. Uit deel 1 van deze bundel blijkt dat jongeren met een psychiatrische grondslag de snelst groeiende groep budgethouders vormen. In 2004 maakten zij 22% uit van de populatie budgethouders, in 2007 was dat 28%. Uit deel 2 van deze bundel blijkt dat het hierbij vooral gaat om jongeren met een stoornis in het autistisch spectrum (ASS). Deze groep jonge budgethouders neemt vooral ondersteunende en activerende begeleiding af. Daarnaast beschikken zij, in vergelijking tot andere budgethouders, over relatief lage gemiddelde netto-budgetten. Zij vertonen daarentegen wel vaak onderbesteding.

Gelet op deze ontwikkelingen acht het VWS zinvol een onderzoek te doen naar de achtergronden van de instroom van jonge budgethouders met een psychiatrische problematiek in het pgb en naar de besteding van het budget. Het ministerie is benieuwd hoe het komt dat er zoveel jongeren met een psychiatrische aandoening instromen in het pgb. Zij willen graag meer inzicht in de toeleiding naar het pgb. Ofwel, hoe komt iemand in aanraking met het pgb? Geniet het pgb onder deze specifieke groep een grotere bekendheid? Worden zij door instanties op het pgb geattendeerd of juist doorverwezen? Daarnaast bestaat de indruk dat er tegenwoordig vaker en eerder psychiatrische stoornissen zoals ASS en ADHD worden gesignaleerd en gediagnosticeerd bij jongeren (medicalisering). Verder is het van belang zicht te krijgen op de aard van de zorgvraag en waarom de naturazorg hierin niet kan of wil voorzien. Bij de bestedingen van het budget is het belangrijk dat de zorginkoop van deze specifieke groep budgethouders in beeld wordt gebracht en te onderzoeken waarom zij het budget niet volledig kunnen besteden.

Omdat het VWS graag meer diepte-inzicht wil in de instroom in het pgb en het gebruik van het budget, hebben zij het ITS gevraagd een kwalitatief onderzoek te doen onder jonge budgethouders met psychiatrische problematiek.

Centraal in het onderzoek staat de volgende vraagstelling:

Wat is de achtergrond en reden van de instroom van jonge mensen met een psychiatrische aandoening in het persoonsgebonden budget en op welke wijze besteden zij het budget?

In het onderzoek komen de volgende thema's aan bod:

- persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, gezinssamenstelling, aard aandoening, indicatie);
- ontstaan en achtergrond van de zorgvraag (aard van de problemen, diagnostiek);
- invulling zorgbehoefte voorafgaand aan pgb;
- bekendheid met pgb-regeling;
- verwijzing naar pgb door instanties;
- reden keuze voor pgb (keuzevrijheid, zelf zorg inkopen, pgb als alternatief voor zorg in natura);
- ervaringen met inkoop van zorg en bestedingsgedrag;
- mate en reden van onderbesteding.

1.2 Onderzoeksmethode

Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling van het onderzoek, zijn er diepte-interviews gehouden met ouder(s) van budgethouders onder de 18 jaar met een psychiatrische aandoening. De respondenten zijn afkomstig van het PGB-panel van het ITS. Er zijn in totaal 20 gesprekken met ouders gevoerd. In het overgrote merendeel (n=18) van de gevallen was de moeder de gesprekspartner. De kwalitatieve gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een topiclijst en namen zo'n 1 tot 1,5 uur in beslag. De interviews zijn allemaal in januari 2008 gehouden.

Daarnaast heeft er een gesprek plaatsgevonden met de directeur van de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA), een vereniging voor mensen met autisme, hun ouders en partners. Ook was een gesprek gepland met de directeur van Balans, de vereniging voor ADHD. Helaas heeft dit niet plaatsgevonden.

Van alle gesprekken zijn verslagen gemaakt. Deze verslagen zijn geanalyseerd en verwerkt tot een rapportage.

2 Achtergronden problematiek

In dit hoofdstuk worden de achtergronden van de problematiek van de jonge budgethouders beschreven. We gaan in op de persoon- en gezinskenmerken van de jonge budgethouders. Daarna geven we inzicht in het ontstaan van de zorgvraag en schetsen we de problemen die daarbij worden ervaren. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de diagnosestelling en eventuele medicalisering van de problematiek.

2.1 Achtergrondkenmerken

De jonge budgethouders in het onderzoek zijn allen jongens met een gemiddelde leeftijd van 11 jaar (variërend van 7 – 15 jaar). Iedereen woont nog bij de ouder(s) thuis. Het zijn meestal tweeouder gezinnen met meerdere kinderen; vaak 3 kinderen. Bij drie gezinnen draagt de moeder alleen de zorg voor het gezin. In vier gezinnen zijn er meerdere kinderen met vergelijkbare problematiek; drie hiervan hebben ook meerdere pgb's.

Er is bijna altijd sprake van een stoornis in het autistisch spectrum (ASS), onderscheiden naar:

- Klassiek autisme (n=6)
- Syndroom van Asperger (n=2)
- PDD-NOS (n=10)

Veelal gaat het autisme gepaard met aanpalende problematiek zoals MCDD (meervoudig complexe ontwikkelingsstoornis), HSP (hoge sensibiliteit), ADHD (kenmerkend zijn aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsief gedrag), ADD (kenmerkend zijn aandachts- en concentratieproblemen), dysthyme stoornis (een lichte vorm van depressie gekenmerkt door een gebrek aan vreugde en plezier in het leven). Ook is bij twee jonge budgethouders het syndroom van Gilles de la Tourette (ongecontroleerde spierbewegingen en geluiden) vastgesteld. Soms zijn er ook motorische beperkingen.

Verder is er een jongen met een post-traumatische stress-stoornis en ADHD. En is er bij één jongen sprake van een verstandelijke beperking (Down-syndroom) met ASS.

Bijna iedereen is na 1 april 2003 ingestroomd en maakt gebruik van het pgb nieuwe stijl. De meerderheid heeft het pgb al enkele jaren (vanaf april 2003-2005). In vijf gevallen is het pgb van een recente datum (van 2006/2007). Bij twee gezinnen dateert het pgb al van voor april 2003. Zij maakten al gebruik van een van de oude pgb-

regelingen, namelijk het pgb voor verstandelijk gehandicapten en de experimentele regeling voor de GGZ.

Bij alle jonge budgethouders is er een indicatie afgegeven voor ondersteunende begeleiding in uren en/of in dagdelen, al dan niet in combinatie met tijdelijk verblijf (n=12) en/of activerende begeleiding (n=10). Eenmaal is er persoonlijke verzorging geïndiceerd. De budgetten lopen uiteen van €6.800 tot €20.000 op jaarbasis met een gemiddelde van €13.000 per jaar.

2.2 Aard van de problematiek

De problemen die deze jonge budgethouders ervaren doen zich voor op alle levensgebieden. Zij zijn kenmerkend voor een stoornis in het autistisch spectrum en betreffen gedrag-, relationele en contactproblemen, als ook ordening-, concentratie- en structureringsproblematiek.

De jonge budgethouders zijn vaak moeilijk aanspreekbaar of te corrigeren. De jongens vertonen onvoorspelbaar gedrag, hebben woede- en driftaanvallen en kunnen agressief reageren. Regelmatig is er een duidelijk verschil in gedrag thuis en op school. Op school gaat het doorgaans goed, maar is het kind thuis vaak niet te handhaven. Bij AD(H)D is er ook nog sprake van ongedurigheid, korte concentratieboog en heel druk zijn. In enkele gevallen daarentegen wordt juist aangegeven dat het kind erg teruggetrokken is. Ook komt het voor dat de kinderen (extreem) angstig zijn.

De meest jonge budgethouders zijn sociaal niet vaardig. Contact leggen gaat moeizaam en er zijn vaak communicatieproblemen. Ook hebben zij weinig tot geen inlevingsvermogen en vertonen zij weinig empathie. De jongens hebben dan ook (bijna) geen vriendjes. Zij kunnen niet sporten of deelnemen aan een vereniging zonder begeleiding dan wel toezicht. Zij snappen de 'sociale spelregels' van interactie en samenwerking niet.

Andere problemen zijn prikkelovergevoeligheid, slaapproblemen en eetproblemen.

Uit de interviews blijkt dat nagenoeg alle ouders al snel het vermoeden hebben dat er "*iets aan de hand is*". Al op jonge leeftijd – vanaf 1 à 2 jaar – hebben de ouders al in de gaten dat het kind afwijkend gedrag vertoont. Regelmatig zijn er al signalen vanaf de geboorte; de baby huilt veel, is druk, maakt geen oogcontact en/of heeft een hele hoge spierspanning. Ook begeleiders op de kinderopvang, peuterspeelzaal en/of school signaleren dat het kind afwijkend gedrag vertoont. De aard van de aandoening wordt in de loop van de jaren evidentier en leidt tot ernstige problemen thuis of elders. Op een gegeven moment is het kind niet meer te handhaven in de klas of dreigt juist thuis de situatie uit de hand te lopen.

Verder wordt in de interviews duidelijk dat in principe het hele gezin te leiden heeft door de psychiatrische aandoening van de budgethouder. Ouders voelen zich overbelast en “*worden gek van de situatie*”. Zij moeten in principe continu begeleiding en toezicht aan de jonge budgethouder bieden. Het kind alleen laten gaat veelal niet omdat anders het gehele gezin ontspoot of de “*de boel escaleert*”. Andere kinderen in het gezin zijn vaak ook de dupe omdat de aandacht uitgaat naar dat ene kind en zij op de “*tweede plaats*” komen. Daarnaast reageert zich de jonge budgethouder ook op zijn broertje(s) en/of zusje(s) negatief af: agressief (bijten, schoppen en slaan), bijten, pesten, ongedurig en onvoorspelbaar.

2.3 Diagnosetraject

In een minderheid van de gevallen wordt al op een relatief jonge leeftijd, als het kind ongeveer 3 à 4 jaar is, een duidelijke diagnose gesteld. Vaak is de situatie thuis onhoudbaar geworden en is er dringend hulp en ondersteuning nodig. Bij één gezin was er sprake van een crisisplaatsing in een kinderdagcentrum waar ook de diagnose is gesteld. De anderen hebben eerst diverse hulpverleners of instanties bezocht voordat de diagnose werd vastgesteld. Het komt regelmatig voor dat ouders niet serieus worden genomen door de kinderarts, huisarts of het consultatiebureau. Andere instanties zoals de peuterspeelzaal, integrale vroeghulp of een centrum voor communicatieproblemen bevestigen echter wel de vermoedens van de ouders en verwijzen hen door naar een kinderdagcentrum, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie of de GGZ. Op de kinderdagcentra wordt slechts een ‘waarschijnlijkheidsdiagnose’ gesteld vanwege de jonge leeftijd van de kinderen. Later, als het kind 6 à 8 jaar is, is er een formele diagnose gesteld. Dit gebeurt vaak omdat dit een voorwaarde is bij de indicatiestelling.

In de meeste gevallen is de diagnose pas veel later vastgesteld. Het kind heeft dan al de schoolgaande leeftijd bereikt (6 tot 9 jaar). Bijna iedereen heeft een lange weg achter de rug voordat de psychiatrische aandoening definitief is vastgesteld. De meeste ouders hebben al die tijd zelf op de een of andere manier voorzien in de benodigde hulp en ondersteuning. Velen hebben volgens eigen zeggen “*gewoon wat aangemodderd*”. Totdat het voor hen ook duidelijk werd dat er iets moest gebeuren. De aanleiding tot het stellen van de diagnose vindt zijn oorsprong vaak in het reguliere onderwijs. Meestal zijn er problemen op school (kind blijft zitten of is niet meer te handhaven), of is er een diagnose vereist voor het aanvragen van leerlinggebonden financiering dan wel voor het bepalen van de juiste schoolkeuze. De diagnose wordt uiteindelijk gesteld door een kinderarts, de GGZ, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie of Bureau Jeugdzorg.

Een aanzienlijk deel van de ouders heeft voorafgaand aan de diagnosestelling een heel hulpverleningstraject achter de rug. Zij hebben verschillende behandelaars of hulpverleners bezocht waaronder (vrijwillige) jeugdzorg, psycholoog, een kinderarts of een orthopedagoog. Regelmatig heeft het kind op meerdere (speciale) scholen gezeten, maar leidde dat steeds tot handhavingproblemen. Zo geeft een ouder aan: *“Als ik de peuterspeelzaal meetel, dan heeft mijn kind de afgelopen 4 jaar op 5 verschillende scholen gezeten”*. In een geval heeft het kind tot zijn 6^e jaar geen onderwijs gevolgd. Voor iedereen was het duidelijk dat het kind afwijkend gedrag vertoonde, maar men kon het gedrag niet duiden. Of was niet in staat om daar adequaat mee om te gaan; zelfs het speciaal onderwijs niet. De diagnose wordt *“na een lange zoektocht”* uiteindelijk gesteld door de GGZ of centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

De reacties van de ouders op de uiteindelijke diagnose is meestal positief. Ouders zijn opgelucht dat de vermoedens die er al geruime tijd zijn, erkend worden. Bovendien verschaft het - vooral naar anderen toe - duidelijkheid over het feit dat er echt wat aan de hand is. Daarnaast kunnen de ouders met de diagnose in de hand gericht op zoek naar adequate hulp en ondersteuning. Daar staat tegenover dat de acceptatie van de diagnose en de situatie de ouders veelal moeilijk valt. Er is namelijk geen uitzicht op genezing; de situatie zal op zich niet veranderen, men moet leren daar mee om te gaan. In enkele gevallen wordt de diagnose als belastend of confronterend ervaren. Een ouder ervaart de diagnose als een kunstmatig etiket dat stigmatiserend werkt en waar het kind nooit meer vanaf komt.

2.4 Medicalisering

Een van de veronderstellingen in het onderzoek is dat de toename van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening is toe te wijzen aan een zekere mate van medicalisering van gedrags- en relationele problemen die deze jongeren vertonen. Er zou eerder en vaker een psychiatrische aandoening worden gediagnosticeerd dan voorheen.

Uit alle interviews blijkt dat de problematiek evident is en leidt tot grote problemen thuis, op school en in het dagelijks leven. Zonder gerichte begeleiding en ondersteuning kan het kind zich niet handhaven in de maatschappij, raken de ouders overbelast en/of raken ook de andere kinderen in het gezin op de een of andere manier beschadigd door de situatie.

Hoewel al op jonge leeftijd duidelijk is dat het kind gedrags- en contactproblemen vertoont, neemt het veelal nog jaren in beslag voordat men hulp gaat zoeken en de diagnose formeel wordt vastgesteld. Niet alleen ouders signaleren dat er iets aan de hand is met het kind. Ook op de kinderopvang, peuterspeelzaal en school blijkt dat

het kind afwijkend en negatief gedrag vertoont en dat hij zich sociaal niet goed kan bewegen. In alle gevallen is de diagnose gesteld door bevoegde en – naar men mag aannemen – deskundige behandelaars binnen de (jeugd)psychiatrie.

Wanneer we echter objectief kijken naar het aspect van medicalisering van psychiatrische aandoeningen bij jongeren –met name ASS –, dan vinden we in het huidige onderzoek wel aanwijzingen die er op duiden deze inderdaad vaker en eerder worden vastgesteld.

Volgens ouders komt ASS nu vaker voor dan voorheen omdat de maatschappij in een relatief snel tempo complexer is geworden en hogere eisen stelt aan mensen. Met name de voortschrijdende digitalisering speelt hierbij een prominente rol. Vroeger was de maatschappij meer beschermend en minder hectisch waardoor jongeren met een psychiatrische aandoening zich beter konden handhaven. Nu gaat alles veel sneller, zijn er veel meer prikkels en kunnen ze het niet meer bijbenen. Daarnaast ervaren ouders dat er binnen het onderwijs te weinig ruimte is voor afwijkend gedrag. Het onderwijs is erg gericht op ‘gemiddelde kinderen’ en op interactie in de groep. Ook wordt er veel minder structuur geboden en ligt de nadruk sterk op zelfredzaamheid en samenwerking. Hier kunnen jongeren met ASS niet of moeizaam aan voldoen.

Verder geven ouders aan dat het hebben van een diagnose een voorwaarde is geworden om ondersteuning te kunnen krijgen. Zonder formele diagnose kan geen indicatie worden afgegeven en/of is een instantie niet bereid hulp te verlenen.

Het bovenstaande wordt grotendeels bevestigd door het interview met NVA. De directeur geeft aan dat de instroom in het pgb van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening toe te schrijven is aan de toename van het aantal diagnoses. ASS wordt nu vaker vastgesteld omdat vooral de kennis rondom autisme toeneemt en zijn weg vindt binnen de gezondheidszorg. Andere reden voor de groei van het aantal gediagnosticeerde jongeren is de steeds individuelere maatschappij. Hierdoor vallen jongeren met ASS (sneller) door de mand. Volgens de directeur komt ASS niet meer voor dan voorheen. Het wordt alleen vaker als zodanig erkend en jongeren raken nu eerder in de problemen. De directeur meent zelfs dat het aantal ASS-diagnoses alleen nog maar verder zal groeien omdat de kennis en expertise over ASS toeneemt en omdat er zich onder de groep volwassenen nog veel niet-gediagnosticeerde autisten bevinden. De directeur geeft aan dat de veel gehanteerde inschatting van 3 à 4 autisten op de 10.000 mensen achterhaald is. Onderzoekers gaan er nu vanuit dat ASS een prevalentie heeft van 116 op de 10.000 mensen.

3 Instroom persoonsgebonden budget

In dit hoofdstuk staat de toeleiding naar het persoonsgebonden budget centraal. Welke hulp kregen de jonge budgethouders voorafgaand aan het pgb, hoe is men in aanraking gekomen met het pgb en waarom is hiervoor gekozen? Ook gaan we in op de ervaringen van ouders met de indicatiestelling.

3.1 Hulp voorafgaand aan pgb

Voordat ouders een aanvraag indienen voor een pgb, hebben zij in de meeste gevallen zelf voorzien in de benodigde begeleiding en toezicht van het kind. Ouders doen bijna geen beroep op mensen uit het sociale netwerk. Familie woont niet altijd in de omgeving en vrienden/kennissen zijn er nauwelijks. Ouders zijn in de loop van de jaren behoorlijk in een sociaal isolement geraakt. Daarnaast kan de zorg voor het kind niet zomaar aan iedereen worden toevertrouwd. Opa's en oma's kunnen het veelal niet aan en anderen vormen geen vertrouwde persoon voor het kind. Daarbij komt dat familie en vrienden regelmatig niet willen inspringen omdat zij het kind maar lastig en vervelend vinden. Ouders hebben veel te maken met onbegrip vanuit de naaste omgeving.

De meeste gezinnen hebben, na de diagnose, professionele hulp gehad. Deze hulp was veelal van beperkte duur en incidenteel. De begeleiding van het kind bestaat veelal uit ambulante begeleiding, medicatie en speciale trainingen of cursussen voor bijvoorbeeld sociale vaardigheden, faalangst en conflicthantering. Ook worden zaken genoemd zoals logopedie, fysiotherapie, psychomotorische therapie en speltherapie. Ouders ontvangen veelal videohometraining en/of psychologische ouderbegeleiding. Soms nemen andere kinderen in het gezin deel aan zogeheten brusjesgroepen. De hulp wordt veelal geboden vanuit de GGZ. Een enkeling heeft hulp gezocht in de alternatieve (antroposofische) hulpverlening.

Bij de ondersteuning van de ouders speelt het onderwijs c.q. kinderdagcentra een prominente rol omdat het kind daar een belangrijk deel van de dag doorbrengt. Op deze wijze worden de ouders in belangrijke mate ontlast. Dit geldt overigens niet alleen voor de periode voorafgaand aan het pgb, maar ook daarna.

De meeste jonge budgethouders zitten op het speciaal onderwijs (cluster 3 en cluster 4). Een aantal heeft nog geprobeerd zich te handhaven in het reguliere onderwijs met

behulp van leerlinggebonden financiering (het Rugzakje). Zeven jongens volgen het reguliere onderwijs, uiteenlopend van LWOO tot VWO; zes van hen hebben een Rugzakje.

In het algemeen gaat het redelijk tot goed met de jonge budgethouders op de huidige school. Wel heeft een deel van de ouders forse kritiek geuit op het onderwijs en vooral het speciaal onderwijs. Zo zou er in het onderwijs onvoldoende expertise aanwezig zijn op het gebied van ASS. Docenten weten niet hoe zij moeten omgaan met de problemen van de jongeren. *“Hoe is het mogelijk, een remedial teacher die zich herhaaldelijk niet aan de afspraken hield. En dat bij een autist”*, aldus een ouder. Ook weten scholen onvoldoende de vaardigheden van de jongeren aan te spreken en te ontwikkelen. Zij bieden wel structuur en er wordt gewerkt in kleinere klassen, maar er wordt niet uit het kind gehaald wat er in zit. Daarnaast zou er sprake zijn van een slechte communicatie van de school naar de ouders toe. Zo kreeg een ouder in december nog te horen dat het goed ging met haar zoon op school. Enkele maanden later werd aangegeven dat hij naar een andere school moest omdat hij niet goed functioneerde.

3.2 Bekendheid pgb

Bijna de helft van de ouders is via een hulpverlenende instantie in aanraking gekomen met het principe van een persoonsgebonden budget. In het algemeen zijn zij door een behandelaar of hulpverlener (o.a. SPV, MEE, GGZ) geattendeerd op het pgb. Eenmaal hoorde een ouder voor het eerst van het pgb tijdens de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg. Nagenoeg iedereen heeft voor de intake al van het pgb gehoord. De andere helft heeft van het pgb gehoord van andere ouders die al een budget hebben. Dit zijn dan burens, kennissen of toevallig een moeder op het schoolplein. In enkele gevallen is men op de hoogte van het pgb via een belangenvereniging of via het werk. Uit de gesprekken wordt verder duidelijk dat mond-tot-mond reclame van ouders onderling toeneemt. De meeste ouders die we hebben gesproken, raden anderen ook aan een budget aan te vragen. Dit gebeurt steeds vaker waardoor het pgb ook meer bekend wordt onder de doelgroep.

3.3 Motivatie pgb

Dat de ouders juist voor een pgb kiezen, heeft enerzijds te maken met de voordelen van het pgb en anderzijds de nadelen van zorg in natura. Beiden zijn sterk gerelateerd aan elkaar.

De meeste ouders (n=8) hebben een pgb gekozen vanwege de voordelen die het budget biedt. Op de eerste plaats kunnen ouders de zorg zelf regelen waardoor zij minder afhankelijk zijn en meer controle hebben over de zorg. Men kan zelf bepalen wie er komt; een vaste persoon waarmee het 'klikt'. Dit is voor jongeren met een psychiatrische aandoening van groot belang. Daarnaast kan de hulp meer toegesneden worden op de persoonlijke situatie van het kind. Bovendien kan de zorg flexibel worden ingezet op die tijden dat het echt nodig is: na schooltijd en tijdens de weekenden of vakanties.

Bijna eenderde deel van de ouders (n=6) heeft voor het pgb gekozen omdat zij negatieve ervaringen hebben met de zorg in natura. De naturazorg kan niet de zorg leveren die nodig is. De hulp sluit niet aan bij de zorgvraag, kan niet flexibel worden ingezet en is alleen beschikbaar tijdens kantooruren. Verder is er sprake van wisselend personeel en is vervanging bij ziekte en/of verlof slecht geregeld. Daarnaast zijn er lange wachttijden waardoor mensen vaak maanden moeten wachten voordat de hulp beschikbaar is. Bovendien zou de deskundigheid van hulpverleners te wensen over laten en communiceert men slecht met de ouders.

Andere redenen zijn:

- het pgb stelt de ouders in staat het kind thuis te houden (n=3);
- met het pgb kunnen de ouders worden ontlast (n=3);
- bestaande voorzieningen zijn zonder pgb onbetaalbaar voor de ouders (n=2).

NVA geeft aan dat veel mensen van het pgb gebruik maken omdat de naturazorg in gebreke blijft. Volgens de directeur is de huidige hulpverlening teveel gericht op behandeling en te weinig op ondersteuning. Dit zou de psychiatrie en GGZ eigen zijn. Men gaat ervan uit dat mensen te genezen zijn, terwijl dat bij ASS niet het geval is. De directeur pleit dan ook veel meer voor een visie op ASS als handicap in plaats van een ziekte. De hulpverlening zou vanuit een 'gehandicaptentoptiek' moeten plaatsvinden: ondersteunen opdat het kind een zo normaal mogelijk leven krijgt.

Uit de interviews blijkt dat de zorgvraag van de jonge budgethouders inderdaad met name een structureel en ondersteunend karakter heeft. Er is veel behoefte aan het ontlasten van de ouders waardoor zij in staat worden gesteld de begeleiding van het kind (beter) vol te houden. Iemand anders neemt de zorg en begeleiding voor een tijdje (weekend, dag of avond) over. Daarnaast willen ouders dat het kind ondersteuning krijgt bij het dagelijks leven en het deelnemen aan de maatschappij. Afhankelijk van de leeftijd kan dit uiteenlopen van begeleiding bij spelen en sport tot het aanleren van (sociale) vaardigheden zoals boodschappen doen, samen koken, met de bus reizen tot het structureren en plannen van het huiswerk.

3.4 Ervaringen met indicatiestelling

In het algemeen is de aanvraag van het persoonsgebonden budget naar tevredenheid verlopen. Bij één kind werd de aanvraag in eerste instantie afgewezen omdat hij een normaal intelligentieniveau heeft en door de indicatiesteller in staat werd geacht de “*dingen gewoon te leren*”. Na bezwaar is alsnog een minimaal pgb toegekend. Bij een ander gezin was de eerste indicatie ontoereikend. Deze is na enig aandringen verhoogd.

De indicatiestelling voor deze jongeren wordt nu verzorgd door het Bureau Jeugdzorg, eerst door CIZ (voormalige RIO). Een aantal ouders heeft forse kritiek geuit op de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg. Een ouder heeft de bejegening door Bureau Jeugdzorg zelfs als “*stuitend*” en “*onrechtvaardig*” omschreven.

In de loop van de tijd zijn de budgetten beduidend lager geworden. Vaak zijn de uren minder geworden of is er meer ondersteunende begeleiding geïndiceerd ten koste van activerende begeleiding. Enkele ouders merken op dat Bureau Jeugdzorg zeer strikt de regels toepast en onvoldoende oog heeft voor de individuele situatie. Ook NVA geeft aan dat op veel plaatsen Bureau Jeugdzorg weinig begrip heeft voor de situatie van jongeren met ASS. Indiciestellers zouden te weinig kennis hebben van de doelgroep om te kunnen beoordelen wat er precies aan de hand is.

Een ander nadeel dat enkele keren is genoemd door ouders, betreft de beperkte duur van de indicatie. Men begrijpt niet dat jaarlijks opnieuw de indicatie moet worden vastgesteld. “*Autisme is chronisch en geneest niet*”, aldus een ouder. Zij hebben het gevoel dat zij zich steeds moeten verantwoorden en zien te “*verkopen*” dat hun kind echt hulp nodig heeft.

Bovendien hebben meerdere ouders aangegeven te twijfelen aan de onafhankelijkheid van de indicatiestelling. Naar hun mening neemt Bureau Jeugdzorg een dubieuze positie in omdat zij zowel indicatiesteller als aanbieder zijn. Er zou sprake zijn van belangenverstrengeling.

De veranderingen van de laatste jaren hebben tot veel onzekerheid hebben geleid onder ouders. De continue wijzigingen in de pgb-regeling, de overgang van CIZ naar Bureau Jeugdzorg, de beperkte indicatieduur en het korten van de budgetten bevorderen niet de stabiliteit en continuïteit van de zorg. Ouders hebben behoefte aan meer rust en zekerheid. Op deze wijze kunnen zij ook betere en meer structurele afspraken maken met begeleiders en voor langere tijd een contract afsluiten. Nu kan dat volgens enkele ouders niet omdat onduidelijk is of er over een jaar nog een pgb is en zo ja, wat de hoogte hiervan dan is. Terwijl juist jongeren met ASS behoefte hebben aan vastigheid, routine en structuur.

4 Besteding pgb

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de wijze waarop het pgb wordt besteed. Er wordt ingegaan op de inkoop van zorg, eventuele onderbesteding en de redenen hiervan. Ook besteden we aandacht aan de ervaringen van ouders met het gebruik van het pgb.

4.1 Inkoop van zorg

De zorg die ouders inkopen met het pgb valt te onderscheiden in individuele begeleiding van het kind, logeeropvang en hulp in groepsverband.

Individuele begeleiding

Nagenoeg alle ouders hebben met het pgb één-op-één begeleiding ingeschakeld. In de meeste gevallen wordt de individuele begeleiding gegeven door een hulpverlener uit het particuliere of reguliere hulpverleningscircuit. Enkele voorbeelden van instanties zijn De Waarde, Dichterbij, Zorgmed, De Winde en Z-Care. Zelfstandige professionals zijn onder meer (gezins)coach en orthopedagoge. Daarnaast wordt een aanzienlijk deel van de zorg gegeven door iemand uit het informele circuit zoals een schoonzoon, studente pedagogiek, moeder of 'iemand'. Een globale inschatting laat zien dat ongeveer 80 procent van de ouders 'professionele' hulp hebben ingeschakeld en in de helft van de gevallen betreft het 'informele' hulp. Beide tellen tot meer op dan 100 procent omdat ouders veelal van beide hulpvormen gebruik maken.

Het aantal uren zorg dat is ingekocht met het pgb loopt uiteen van één uur per week tot 2 dagen per week. In het algemeen gaat het om een structureel aantal van enkele uren tot een middag per week. Daarnaast wordt nog incidenteel hulp ingekocht als daar behoefte aan is. Bijvoorbeeld als de ouder weg moet, tijdens vakantie of in periode van extreme druk.

De begeleiding die is ingekocht is zeer divers en varieert van ontlasting ouders tot ondersteunen kind bij het zich handhaven in de maatschappij tot activerende begeleiding. De ingeschakelde hulp richt zich nagenoeg altijd op de jonge budgethouder. Een enkele keer wordt incidenteel – indien nodig - psychologische gezinsbegeleiding ingekocht. Enkele voorbeelden zijn:

- bieden van toezicht (oppasfunctie);

- begeleiding bij zelfstandigheid waaronder leren fietsen, bus te nemen, boodschappen te doen of te koken;
- begeleiding bij sociale vaardigheden zoals gespreksvaardigheden, leren even te wachten;
- begeleiding bij onderwijs: plannen en organiseren huiswerk, hanteren agenda, huiswerkbegeleiding of bijles begrijpend lezen;
- begeleiding bij ontwikkelen van fijne en grove motoriek;
- begeleiding bij spel en sport zoals zwemmen, paardrijden en spelen met anderen.

De diverse begeleidingsvormen zijn niet strikt te scheiden. Veelal is er sprake van een combinatie van meerdere type begeleiding. Zo zal iemand die een hele dag komt de ouders in belangrijke mate ontlasten, leuke dingen doen met het kind maar ook begeleiding bieden door samen boodschappen te doen of het huiswerk door te nemen.

Er kan grofweg een onderscheid worden gemaakt in de zorg die 'professionals' geven en de hulp die informele zorgverleners geven. Hulp ingekocht in het reguliere dan wel particuliere hulpverleningscircuit heeft vooral een ondersteunend tot activerend karakter en vindt meestal enkele uren tot een middag/avond per week plaats. De zorg die wordt ingeschakeld vanuit het informele circuit is vooral ontlastend en ondersteunend van aard voor enkele uren tot 1 à 2 dagen per week.

Logeeropvang

Logeeropvang wordt door de helft van de ouders ingekocht met het pgb. In acht gevallen is er sprake van structurele logeeropvang. Het kind gaat dan ongeveer eenmaal in de maand een weekend elders logeren. Bij één gezin gaat het kind eenmaal per week een avond uitlogeren. Soms koopt men nog extra een midweek logeeropvang in. Eén kind krijgt tijdens het logeerweekend ook nog activerende begeleiding. Dit wordt aanvullend betaald; eveneens uit het pgb. De logeeropvang wordt verzorgd door bestaande instanties op gebied van autisme en/of jeugdhulpverlening zoals Kameleon, BeActive en het logeerhuis van Maashorst. In gelijke mate vindt het logeren plaats bij iemand uit het particuliere circuit (hulpverlener; ander gezin) en sociaal netwerk (schoonzoon).

De andere ouders schakelen incidenteel tijdelijk verblijf in tijdens de vakanties zoals zomerkamp van NVA of vakantie week via BeActive. Als het kind wordt uitgeloot, wordt de logeeropvang geboden door de grootouders.

Groepsbegeleiding

Zes ouders hebben met het pgb een groepsgewijze ondersteuningsvorm geregeld. Tweemaal betreft het een 'speelclubje' voor kinderen met ASS voor ongeveer een middag per week. Eenmaal is er sprake van een vrijetijdsgroep voor een dag per twee weken. Bij een ander gaat het om een ASS-groepje onder begeleiding van een professionele coach, dat een avond in de week bijeenkomt en in de vakanties wel eens een

uitje maakt. De jongeren leren in een kook- en eetsetting sociaal interacteren en samenwerken (menu samenstellen, samen koken, taakverdeling etc.). Een ouder koopt vakantiedagopvang in. In het laatste voorbeeld gaat het om een BSO-project met begeleiding door een kinderopvanginstantie in samenwerking met een centrum voor jeugdzorg, voor één middag in de week.

4.2 Onderbesteding

Het merendeel van de ouders besteedt het pgb volledig. In veel gevallen komen de ouders eigenlijk niet uit met het budget maar redden zij het doordat zij minder of goedkopere hulp inkopen. *“Het is iedere keer weer passen en meten”*, aldus een ouder. Het is veelal niet mogelijk om iedere maand het kind een weekend te laten logeren. Ouders moeten zelf financieel bijspringen, dan wel in natura door zelf de zorg op zich te nemen waarvoor in principe een indicatie is afgegeven.

Bij een aanzienlijk deel van de geïnterviewde ouders (n=8) is er sprake van onderbesteding. De redenen hiervoor zijn divers en uiteenlopend van aard:

- geld opzij gezet voor extra zorg indien nodig (n=2);
- goedkopere hulp ingeschakeld (n=2);
- huiverig om geld te besteden omdat niet helder is waaraan het besteed mag worden;
- 'n tijd lang geen hulp ingekocht omdat het zorgbureau geen vervanger had;
- begeleider kan maar 2 uur per week, niet meer. Een andere (vreemde) begeleider erbij werkt niet bij het kind;
- tijdelijk verblijf kan niet worden ingekocht omdat dit niet blijkt te werken voor het kind. Andere vormen van begeleiding dan die er al is, sluiten niet aan bij de levensfase van het kind.

4.3 Ervaringen met het pgb

De ervaringen van de ouders met het pgb zijn zeer positief. Het stelt hen in staat die zorg in te schakelen die het kind nodig heeft zodat hij *“een plekje krijgt in de samenleving”*. Met de hulp vanuit het pgb kan voor meerdere jaren worden voorzien in een structurele begeleiding. Dat is voor de doelgroep van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening van groot belang. Ouders beseffen dat het kind voor lange tijd afhankelijk zal zijn van intensieve begeleiding *“Hij moet bij alle leerprocessen geholpen worden. Maar de agressiviteit neemt af en hij wordt meer zelfredzaam”*. Ouders maken zich zorgen voor de toekomst als het kind ouder wordt. Vooral de

overgang naar een andere school of de puberteit baart ouders zorgen omdat zij niet weten welke consequenties dit heeft voor het gedrag van het kind.

Daarnaast geeft het pgb de ouders de nodige verlichting van de zorg op een wijze die aansluit bij het gezin en het kind. “*Pgb ontlast ons op maat*”, aldus een ouder. Regelmatig wordt aangegeven dat ouders niet weten wat zij zouden moeten doen als zij geen pgb zouden hebben. Via zorg in natura kan niet hetzelfde worden gerealiseerd als met het pgb. Nu zijn ouders in staat om de zorg vol te houden en het kind thuis te laten blijven. Ouders betwijfelen of zij dit ook kunnen als zij afhankelijk worden van de reguliere naturazorg.

Hoewel men zeer positief is over het pgb, verloopt de inkoop van zorg niet altijd zonder problemen. Het is regelmatig een zoektocht naar die vorm van begeleiding dan wel begeleider waarbij zowel het kind als de ouder zich vertrouwd voelen. In enkele gevallen bleek de logeeropvang niet aan te sluiten bij het kind. Hij vond het vreselijk of er waren toch teveel wisseling in het personeel of de leefgroep. Daarnaast blijkt regelmatig de begeleiding volgens de ouders geen toegevoegde waarde te hebben. Er wordt dan niet uit het kind gehaald wat er in zit. De begeleiding is dan teveel gericht op toezicht en ondersteuning en te weinig op activeren, stimuleren en aanleren van vaardigheden. Bovendien leiden veranderingen in de indicatie ook tot veranderingen in de zorg. Zo wordt in één situatie geen videohometraining en creatieve therapie meer ingekocht omdat activerende begeleiding niet meer is geïndiceerd.

De NVA herkent dat het pgb duidelijke voordelen biedt voor ouders. Toch plaatst de directeur nog wel enkele kanttekeningen bij het persoonsgebonden budget. Hij geeft aan dat de psychiatrie in onvoldoende mate een antwoord kan geven op de zorgvraag van jongeren met psychiatrische aandoening waardoor er allerlei particuliere bureautjes ontstaan die in deze niche van de zorgmarkt springen. Het is echter de vraag of deze bureaus voldoende gekwalificeerd zijn. Volgens de directeur is de kwaliteit van een deel van de bureaus aan twijfel onderhevig. Zij kunnen niet waarmaken wat ze hebben beloofd. Dit zou ook een reden zijn van onderbesteding. Daarnaast kunnen de pgb-gelden niet worden aangewend voor de verdere ontwikkeling van de huidige expertise ten aanzien van psychiatrische aandoeningen bij jongeren.

5 Conclusies

Het onderzoek onder jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening had tot doel meer inzicht te geven in de instroom van deze groep in het persoonsgebonden en de wijze waarop zij het budget besteden. VWS heeft behoefte aan meer zicht op de toeleiding naar het pgb en de redenen van eventuele onderbesteding. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies van beide vraagstukken beschreven.

5.1 Toeleiding naar pgb

Een mogelijke verklaring voor het groeiend aantal jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen is te vinden in de medicalisering van de problematiek bij deze kinderen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er nu wel vaker en eerder de diagnose ASS wordt vastgesteld. Ook is er sprake van een toenemende kennis over deze aandoeningen zowel bij leken als bij professionals. Op de vraag of een kind onterecht of te snel deze diagnose krijgt, kunnen we niet goed beantwoorden. Ons onderzoek levert hiervoor in ieder geval geen aanwijzingen. Integendeel, de problemen die de jongeren in dit onderzoek ervaren zijn van zodanige aard dat zij zich zonder begeleiding niet kunnen handhaven in de maatschappij. Bovendien dreigen ouders aan de zorg en complexe opvoedingsproblemen onder door te gaan; het gezin loopt grote kans te worden ontwricht en broertjes en zusjes zijn vaak het kind van de rekening. Daarnaast is de problematiek niet alleen voor de ouders en het gezin evident maar ook relatieve buitenstaanders zoals de kinderopvang of het onderwijzend personeel signaleren dat het kind afwijkend c.q. negatief gedrag vertoont waardoor het kind niet kan functioneren in een sociale setting. Verder neemt het doorgaans vele jaren in beslag voordat de diagnose uiteindelijk wordt gesteld door behandelaars binnen de GGZ of jeugdhulpverlening.

De groei van het aantal jongeren met de diagnose ASS valt voor een deel te verklaren door het feit dat de kennis over stoornissen in het autistisch spectrum toeneemt en geïmplementeerd wordt in de praktijk. Hierdoor worden de symptomen eerder (h)erkend en als zodanig gediagnosticeerd. Verder kunnen jongeren met ASS zich minder goed handhaven omdat de huidige samenleving in vergelijking tot vroeger minder overzichtelijk is en hogere eisen stelt aan een individu. Ook het onderwijs biedt in onvoldoende mate structuur. Er wordt steeds meer gevraagd van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van jongeren. Daarnaast is de maatschappij vooral door

de digitalisering veel hectischer en sneller geworden. Jongeren met ASS kunnen dit niet verwerken.

Kortom, er is niet zozeer sprake van een toename van het ASS-gevallen, maar het aantal gediagnosticeerden neemt toe doordat de kennis over ASS groeit en doordat jongeren nu (eerder) in de problemen raken door de veranderde maatschappij.

Daarnaast valt de toename van het aantal jonge budgethouders dat instroomt in het pgb te verklaren door het feit dat het principe van het persoonsgebonden budget zich als een olievlek verspreidt onder de doelgroep. Steeds meer mensen raken bekend met het pgb. Vooral de mond-op-mond reclame van ouders onderling is hier debet aan.

We hebben geen aanwijzingen kunnen vinden voor ‘gedwongen winkelnering’ door zorginstanties. Er zijn geen signalen dat ouders door instanties worden doorverwezen naar het pgb omdat zij de zorg niet op een andere wijze willen vormgeven. Wel laat een zoektocht op internet zien dat bepaalde zorgaanbieders zich expliciet en/of uitsluitend profileren als een dienstverlenende instantie voor budgethouders.

Verder blijkt uit het onderzoek dat het pgb inderdaad een bijzondere aantrekkingskracht heeft op jongere budgethouders met een psychiatrische aandoening. Voor deze doelgroep vormt het pgb een succesformule. Het pgb biedt in tegenstelling tot de naturazorg ouders de gelegenheid zorg op maat te realiseren die aansluit bij de zorgvraag van het kind en het gezin. Met het pgb kan zorg worden ingeschakeld op de tijden dat het nodig (na schooltijd en in vakanties/weekenden), die structureel van aard is en wordt verleend door een persoon en/of instantie waar het kind zich vertrouwd bij voelt en zorg die vooral ondersteunend van aard is.

5.2 Besteding budget

De zorgvraag van jongeren met een psychiatrische aandoening is chronisch en ondersteunend van aard. Dit heeft zijn weerslag in de hulp die wordt ingekocht met het pgb. Enerzijds schakelen ouders hulp in die gericht is op het aanleren van vaardigheden waardoor het kind zich kan handhaven in de maatschappij en een zo normaal mogelijk leven kan leiden. Anderzijds gaat het voor een belangrijk deel ook om het ontlasten van de ouders en het gezin. Door het overnemen van de benodigde begeleiding en toezicht kunnen ouders even op adem komen, waardoor zij niet overbelast raken door de zorg. Bovendien hebben ouders de gelegenheid om gericht aandacht te geven aan de andere kinderen die deel uitmaken van het gezin.

Met het budget kopen ouders veelal één-op-één begeleiding in voor gemiddeld een middag of avond per week. De hulp is zeer divers van aard en omvat onder andere bieden van toezicht, begeleiding bij zelfredzaamheid en sociale vaardigheden, begeleiding bij het onderwijs en begeleiding bij sport en spel. In de meerderheid van de

gevallen is de hulp ingekocht in het reguliere dan wel particuliere hulpverleningscircuit. Deze hulp heeft vooral een ondersteunend en activerend karakter. Daarnaast wordt ook informele hulp ingeschakeld. Deze is met name ontlastend en ondersteunend van aard.

Verder koopt de helft van de ouders met het pgb tijdelijk verblijf in. Meestal gaat het om structurele logeeropvang voor een weekend per maand. De logeeropvang wordt meestal verzorgd door bestaande instanties op gebied van autisme en/of jeugdhulpverlening. Ook wordt regelmatig een groepsgewijze ondersteuningsvorm ingekocht met het pgb. In deze gevallen gaat het om een vrijetijdsachtige setting waarin begeleiding wordt gegeven aan een groepje jongeren. De jongeren hebben op deze wijze een zinvolle invulling van de dag of middag en leren bovendien te functioneren in een groep.

Hoewel het voor het merendeel van de ouders 'passen en meten is', is er toch bij een aanzienlijk deel sprake van onderbesteding. Voor een deel is dit te wijten aan het bestedingsgedrag van de ouders. Men zet bewust geld opzij voor tijden waarin extra zorg nodig is, is huiverig om het budget helemaal te besteden of heeft goedkopere hulp ingeschakeld. Daarnaast is de onderbesteding deels te wijten aan het zorgaanbod. Dit sluit niet aan bij het kind, kan niet meer leveren of blijft in gebreke wat vervanging betreft. We hebben geen zicht kunnen krijgen op de mate van onderbesteding. Wel blijkt uit de interviews dat de onderbesteding afneemt doordat de indicatiestelling lager uitvalt. Ouders krijgen steeds meer een lager budget sinds zij te maken hebben met Bureau Jeugdzorg.

