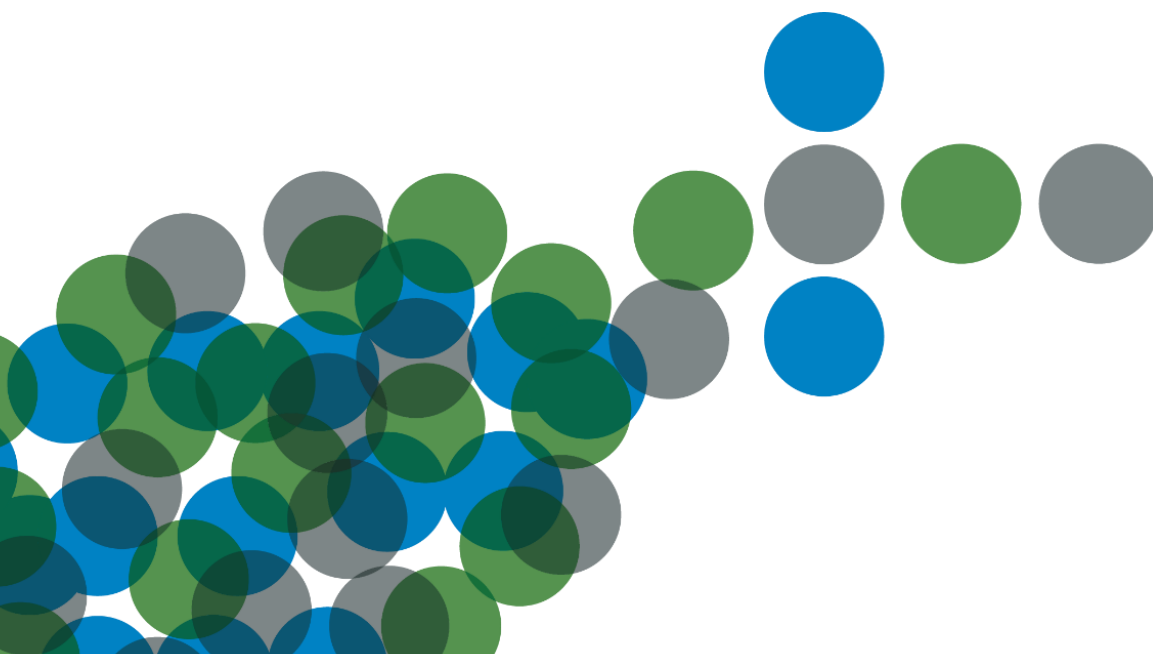


## Beschrijving zorgprofiel LG7

Actualisatie op inhoud en kosten



## Inhoud

1.	Opzet .....	3
1.1	Aanleiding .....	3
1.2	Aanpak .....	3
2.	Zorgprofiel LG7 .....	4
2.1	Permanente toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid .....	4
2.2	Lichamelijke beperking .....	5
2.3	Niet-aangeboren hersenletsel .....	5
2.4	Communicatie .....	7
2.5	Gedragproblematiek .....	7
2.6	Zorgprofiel LG7 en LG6 .....	8
3.	Inhoud van goede zorg .....	9
3.1	Inhoud ondersteuning .....	9
3.2	Woonvorm .....	11
3.3	Meerzorg .....	11
3.4	Context .....	12
3.5	Ondersteuning medewerkers .....	13
3.6	Aanscherping goede zorg .....	14
4.	Kosten van goede zorg .....	16
Bijlage 1.	Beschrijving zorgprofiel LG7, met varianten a en b .....	17
Bijlage 2.	Beschrijving zorgprofiel LG6, met varianten a en b .....	21

<b>Auteurs</b>	dr. Patrick Jansen drs. Louise Pansier drs. Peter Bakker
<b>Opdrachtgever</b>	VGN
<b>Kenmerk</b>	PJ/21/0985/actlg7
<b>Publicatiedatum</b>	25 mei 2021

© Bureau HHM

# 1. Opzet

*In navolging van de actualisatie van zorgprofielen [VG6](#), [VG7](#) en [VG8](#) en naar aanleiding van [de werkagenda passende zorg](#), wil de VGN graag een actualisatie van zorgprofiel LG7 en, in het verlengde hiervan, van zorgprofiel LG6. Doel van het actualiseren van het zorgprofiel LG7 is om vanuit cliëntperspectief te verduidelijken wat de kenmerken zijn van mensen met LG7, wat voor deze mensen persoonsgerichte zorg is en wat nodig is om persoonsgerichte zorg te kunnen leveren (qua inhoud, tijdbesteding en kosten).*

## 1.1 Aanleiding

Er zijn verschillende signalen vanuit het zorgveld dat zorgprofiel LG7 niet meer passend is bij mensen die de meest intensieve zorg vanwege een lichamelijke handicap nodig hebben. Voor zorgprofiel LG7 geldt dat de gedragsproblematiek en psychiatrische problematiek een steeds meer voorkomende en zwaardere component betreft, waarbij de ervaring is dat dit onvoldoende in het huidige profiel naar voren komt. Van daaruit bestaat ook de behoefte om tot een aangescherpt onderscheid te komen met zorgprofiel LG6. Daarnaast bestaat behoefte aan een verkenning van de toepasbaarheid van deze zorgprofielen bij mensen met NAH en een vergelijkbare zeer intensieve zorgvraag zonder (ernstige) lichamelijke beperkingen. Tenslotte zijn er nieuwe wetenschappelijke inzichten over persoonsgerichte zorg voor deze cliëntgroep. Ook daarom is er behoefte om het zorgprofiel te herijken.

## 1.2 Aanpak

We zijn het traject gestart met een bijeenkomst met enkele bestuurders waarin is aangegeven op welke aspecten behoefte is aan een actualisatie. Vervolgens hebben we tijdens bijeenkomsten met mensen met kennis van de doelgroep het zorgprofiel inhoudelijk aangescherpt. Hierbij hebben we ook aandacht besteed aan waaruit voor deze doelgroep goede zorg bestaat. Tijdens elke bijeenkomst waren professionals van circa acht zorgorganisaties aanwezig met diverse deskundigheden, zoals gedragskundigen, cliëntconsulenten, teamadviseurs en locatiemanagers. Tevens waren hierbij vertegenwoordigers van Wlz-uitvoerders en de VGN aanwezig. Het CIZ heeft schriftelijk gereageerd en andere stakeholders, zoals VWS en het Zorginstituut waren uitgenodigd maar hebben niet deelgenomen aan de bijeenkomsten. Met bedrijfskundige experts van zorgorganisaties is een bijeenkomst georganiseerd om voor deze doelgroep de kosten in beeld te brengen. Hierbij is ook gekeken naar de inzet van middelen vanuit de regeling voor Meerzorg. Het resultaat van de bijeenkomsten met de inhoudelijke experts is hierbij als uitgangspunt gebruikt. In aanvulling op deze bijeenkomst over de kosten is tweemaal een digitale uitvraag gedaan voor het verzamelen van kwantitatieve gegevens over tijdbesteding en kosten. De totale rapportage met een beschrijving van de inhoud en kosten is voor een laatste reactie teruggelegd aan alle deelnemers van de bijeenkomsten en gepresenteerd tijdens een landelijke bijeenkomst waarvoor zorgorganisaties en geïnteresseerde partijen zijn uitgenodigd.

## 2. Zorgprofiel LG7

*Mensen die blijvend zijn aangewezen op nabije ondersteuning hebben recht op zorg vanuit de Wlz. Het CIZ verricht hiervoor de indicatiestelling. Aan de hand van een systeem met Zorgprofielen wordt binnen de Wlz een onderscheid naar zorgzwaarte gemaakt. Het genoemde Zorgprofiel LG7 is bedoeld voor mensen die lichamelijk zeer ernstig beperkt zijn en sociaal (zeer) beperkt zelfstandig functioneren binnen een afgesproken vaste structuur. Daarnaast is bij mensen met het zorgprofiel LG7 veelal sprake van gedragsproblematiek voortkomend uit psychiatrische problematiek of problematiek samenhangend met de verwerking van de lichamelijke beperking (zoals rouw of PTSS). Volgens cijfers van het CIZ hadden op 1 oktober 2020 1.575 een LG7-indicatie (en 5.690 personen een LG6-indicatie; het aantal mensen met deze indicaties is de afgelopen jaren vrijwel constant gebleven).*

### 2.1 Permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid

In het algemeen geldt dat als mensen blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ze toegang kunnen krijgen tot de Wlz. De omschrijvingen die het CIZ<sup>1</sup> hanteert bij de indicatiestelling zijn hieronder beschreven.

#### Permanent toezicht

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.

#### 24 uur per dag zorg in de nabijheid

Zorg en toezicht is 24 uur per dag in de nabijheid nodig. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.

- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de persoon zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Om in aanmerking te komen voor de Wlz moet de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend zijn. Er zijn signalen uit het veld dat sommige mensen met NAH tijdelijk een 24-uurs setting nodig hebben. Het gaat om mensen met NAH in de chronische fase na revalidatie, die een aanpaste, veilige en zeer gestructureerde

---

<sup>1</sup> Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020 (CIZ)

omgeving nodig hebben waarin zij de ruimte en rust hebben om hun (veranderde) leven op te pakken en om zich verder te ontwikkelen. Vanwege de tijdelijke behoefte komen deze mensen niet in aanmerking voor de Wlz. Een dergelijke setting wordt echter ook niet geboden vanuit de Zvw (omdat de 24-uurs setting niet noodzakelijk is voor geneeskundige zorg) en de Wmo (omdat veel gemeenten alleen 24-uurs zorg hebben ingekocht voor mensen met psychische problemen). In de praktijk is het dus lastig een tijdelijke 24-uurs setting te realiseren voor mensen met NAH.

## 2.2 Lichamelijke beperking

De grondslag lichamelijke handicap is van toepassing als iemand:

- beperkingen heeft door stoornissen, schade of een ziekte van het zenuwstelsel en/of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel),
- waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering).

De behandelend arts stelt vast of een functionele verbetering mogelijk is.<sup>2</sup>

Bij mensen met het huidige zorgprofiel LG7 zijn de lichamelijke beperkingen dusdanig dat volledige overname van ADL-zorg nodig is. Ook in hun mobiliteit zijn mensen ernstig beperkt. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met progressieve ziekten in een vergevorderd stadium, zoals MS en ALS. Andere veelvoorkomende aandoeningen zijn ernstige spasmen, een dwarslaesie of ernstige lichamelijke beperkingen ten gevolge van een CVA of hersentumor. Er is sprake van meer en langere zorgmomenten dan bij lagere LG-zorgprofielen. Ook is meer verpleegkundige en verpleegkundig specialistische zorg noodzakelijk en veel contact met diverse specialisten die adviezen of behandeling geven rondom de lichamelijke beperking. Naast de lichamelijke beperkingen is sprake van ernstige beperkingen in regie en zelfredzaamheid.

## 2.3 Niet-aangeboren hersenletsel

Voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zijn de LG-Zorgprofielen van toepassing vanwege de neurologische aandoening of letsel (hiermee is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing). Mensen met NAH hebben veelal beperkingen op psychosociaal, cognitief en/of gedragsmatig gebied. De mate van fysieke beperkingen verschilt, evenals de mate van ondersteuning die daarin nodig is. Omdat in de zwaardere LG zorgprofielen een grote fysieke component zit, zoals overname van ADL en verpleging, zijn deze zorgprofielen qua inhoudelijke beschrijving vaak niet passend voor mensen met NAH (er ontbreken LG-zorgprofielen met een combinatie van een beperkte fysieke component en een forse cognitieve/gedragsmatige/psychische component).

Om Zorgprofiel LG7 passend te maken dient de inhoudelijke omschrijving aangepast te worden voor mensen met NAH met een zeer intensieve begeleidingsvraag. Voor een goede

---

<sup>2</sup> Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020 (CIZ)

omschrijving van het zorgprofiel maken we gebruik van het advies van de werkgroep NAH<sup>3</sup> waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen NAH en NAH+. Hieruit kunnen we elementen halen voor een nadere omschrijving van de intensieve begeleidingsvraag.

#### **Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)**

Niet aangeboren hersenletsel (NAH) is een beschadiging van het hersenweefsel door een hersenaandoening (door trauma, CVA of ziekte) die op enig moment na de geboorte is ontstaan. Door de gevolgen van die beschadiging ontstaat een breuk in de levenslijn. Het hersenletsel heeft gevolgen voor het dagelijks leven die de persoon in een nadelige positie brengen. Mensen uit de omgeving van de cliënt ervaren grote verschillen tussen de persoon van vóór het hersenletsel en de persoon ná het letsel. NAH leidt tot gevolgen in het functioneren op diverse terreinen. Niet alleen de motoriek, maar ook de cognitieve/verstandelijke vaardigheden en het vermogen tot sociaal functioneren kunnen aangedaan zijn. Veel van deze mensen ervaren een extreme vermoeidheid of een veranderde energiehuishouding en daardoor problemen in de balans draagkracht-draaglast. Ook kan iemands karakter of gedrag veranderen. Het is voor de persoon en zijn/haar omgeving een zoektocht om samen een nieuw perspectief vorm te geven op de verschillende levensterreinen. De gevolgen van het letsel zijn voor iedereen anders, en de impact op het leven kan variëren van mild tot zeer zwaar.

#### **Definitie van de doelgroep NAH+**

Er is sprake van een persoon met NAH+:

- als de persoon een complexe combinatie heeft van stoornissen en beperkingen die direct of indirect samenhangen met hersenbeschadiging;
- die zowel somatisch, cognitief, zintuiglijk, psychiatrisch als sociaal kunnen zijn;
- waarbij de draaglast de draagkracht overschrijdt van de persoon zelf, professionals en het netwerk;
- zodat de persoon en zijn directe omgeving een uitzonderlijk en langdurig beroep op meerdere zorgspecialismen moeten doen;
- en reguliere zorg niet of niet meer volstaat.

De complexiteit van NAH+ ontstaat door een complex neuropsychiatrisch beeld, waarbij onderliggende oorzaken zijn zoals:

- cognitieve stoornissen en beperkingen (bijvoorbeeld ernstige geheugenproblemen, planningsproblemen en beperkt ziekte-inzicht);
- persoonlijkheidsveranderingen (bijvoorbeeld egocentrisme, beperkt inlevingsvermogen);
- gedragsproblemen (bijvoorbeeld agressie, impulsiviteit, apathie);
- psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld depressie, angst, verslaving);
- somatische aandoeningen.

Bij NAH+ is sprake van een situatiediagnose. Dat wil zeggen dat de combinatie van beperkingen die optreden, gepaard gaan met een context, die een interactie oplevert die

---

<sup>3</sup> Advies Expertise Centra Wlz Doelgroep: NAH+ (24 augustus 2020)

leidt tot de + in de diagnosestelling. Met andere woorden: er is enerzijds sprake van een complexe combinatie van beperkingen en stoornissen, anderzijds sprake van een ontoereikende omgeving om met deze combinatie om te gaan. Dit vraagt om multidisciplinaire afstemming.

De werkgroep NAH+ schat dat er in Nederland ongeveer 325 – 500 mensen met NAH+ zijn, waarbinnen voor 24 mensen spraken is van NAH++ (hierbij is sprake van een hoge mate van complexiteit en een hoog veiligheidsrisico).

## 2.4 Communicatie

Mensen met Zorgprofiel LG7 met NAH hebben vaak problemen in de communicatie, omdat hersenstructuren die betrokken zijn bij taal aangedaan kunnen zijn (dit kan ook een motorische of sensorische oorzaak hebben). Bij deze mensen is regelmatig sprake van woordvindproblemen en spraak- en taalstoornissen zoals afasie, dysartrie en spraakapraxie. Door problemen met de verwerking van informatie, taalbegrip en taalproductie kunnen uitdrukingsproblemen ontstaan; een voorbeeld is, dat ze het ene willen en het andere zeggen. Hierdoor is het voor anderen vaak moeilijk om deze mensen goed te begrijpen. Ook hebben deze mensen moeite om communicatie in hun omgeving (juist) te interpreteren. Daardoor is continu nabijheid gewenst van vaste begeleiders die deze mensen goed (leren) kennen en begrijpen (ook de non-verbale communicatie). Eventueel kan het gebruik van spraakcomputers en tablets hierbij ondersteunend zijn. De specifieke aandacht voor communicatie geldt niet alleen voor mensen met zorgprofiel LG7 op basis van NAH, maar bijvoorbeeld ook wanneer sprake is van het locked-in syndroom of ernstige spasmen. De spraak en communicatie kan tevens somatisch of neurologisch verstoord zijn of vanuit coping en rouwverwerking in relatie tot de fysieke beperkingen.

## 2.5 Gedragsproblematiek

Bij mensen met vooral fysieke beperkingen kan sprake zijn van gedragsproblematiek, bijvoorbeeld vanwege een psychiatrische stoornis of vanwege angst om de grip op het leven te verliezen. Bij de mensen met NAH is veelal sprake van complexe gedragsproblematiek die voort kan komen uit frontaal letsel, psychiatrische- en/of verslavingsproblematiek of beschadigingen van verbindingen tussen hersengebieden waardoor integratie van waarneming en functies niet (goed) kan plaatsvinden en blijvend gebrek is aan inzicht. Dit kan leiden tot overvraging en overschatting door de omgeving. De gedragsproblematiek kan bestaan uit:

- agressie (zowel fysiek als verbaal);
- ontremming en impulsproblemen (seksueel overschrijdend, verzamelen, overmatig eten, drinken, roken en middelengebruik);
- stress;
- initiatiefloosheid.

Deze complexe gedragsproblematiek vormt een risico en/of heeft zeer grote impact op de persoon met NAH en/of de omgeving. Dit vraagt om een 'omgevingsprothese' van waaruit continue begeleiding en alertheid wordt geboden door het bieden van veiligheid, voorspelbaarheid en de persoon met LG7 niet te over- en ondervragen.

## 2.6 Zorgprofiel LG7 en LG6

In bijlage 1 is in de systematiek en terminologie van de Wlz-Zorgprofielen een nadere beschrijving gemaakt van Zorgprofiel LG7. Het betreft mensen met een intensieve zorgvraag op fysieke, cognitieve en gedragsmatige aspecten. In de bijlage is een onderscheid gemaakt tussen een omschrijving voor mensen waarbij de nadruk ligt op forse fysieke beperkingen (LG7a) en een omschrijving voor mensen waarbij de nadruk ligt op cognitieve en gedragsmatige beperkingen als gevolg van NAH (LG7b). Door deze twee beschrijvingen zijn beide groepen herkenbaar.

Gedurende de inhoudelijke actualisatie van LG7 werd duidelijk dat in het kader van een werkbare afbakening met LG6 het ook gewenst was om helder te maken wat het verschil is tussen LG7 en LG6. Om hieraan tegemoet te komen is in bijlage 2 een nieuwe beschrijving gemaakt van Zorgprofiel LG6, die is afgeleid van LG7.



## 3. Inhoud van goede zorg

*Deze paragraaf bevat een beschrijving van vier componenten die van belang zijn in de levering van goede zorg aan mensen met LG7: inhoud ondersteuning, woonvorm, Meerzorg en context. Tot slot beschrijven we nog enkele aspecten die aanvullend van belang zijn om goede zorg te kunnen leveren.*

### 3.1 Inhoud ondersteuning

*Mensen met fysieke beperkingen:*

In de ondersteuning aan mensen met ernstige lichamelijke beperkingen ligt de nadruk op verzorging en verpleging. Dit vraagt om kennis van veelvoorkomende ziektebeelden en de gevolgen daarvan. De ADL wordt grotendeels overgenomen. Dit vraagt van medewerkers dat zij de cliënt goed kennen, zodat zij kunnen aansluiten en inspelen op zijn (direct of indirect geuite) behoefte en de juiste omgeving kunnen creëren. Er kan sprake zijn van verzorging door twee personen en er is 24 uur per dag verpleegkundige zorg aanwezig, bijvoorbeeld vanwege ademhalingsondersteuning, epileptische aanvallen en sondevoeding. Er wordt veel gebruik gemaakt van (technologische) hulpmiddelen voor bijvoorbeeld transfers, wisselgigging, overname armfunctie en van rolstoelen voor mobiliteit. Het vraagt constant aandacht en scholing van personeel ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld domotica, ict-hulpmiddelen, spraakcomputers en andere hulpmiddelen om de ADL op een veilige manier uit te voeren.

Daarnaast is veel aandacht nodig voor begeleiding en activering, zoals een zinvolle invulling van dag, welzijn en ontmoeting. Doordat mensen minder energie hebben, maken zij minder gebruik van dagbesteding buiten de woongroep. Om een actieve deelname binnen de dagbesteding mogelijk te maken is voor deze mensen meer individuele ondersteuning nodig en is een kleine groepsgrootte binnen de dagbesteding gewenst. Als de mensen niet extern naar dagbesteding gaan vraagt dit om extra inzet van begeleiding op de woongroep. Er moet een goede mix zijn van functies, zodat naast de verpleegkundige zorg ook voldoende individuele aandacht aan de cliënt kan worden gegeven.

Een GZ-psycholoog, gedragsdeskundige of SPV-er kan in de vorm van mediërende behandeling het team ondersteunen om deze mensen goed te begeleiden. Daarnaast is de betrokkenheid van een neuropsycholoog, SO, orthopedagoog generalist en psychiater van belang. Het gaat hierbij om het zoeken van praktische oplossingen voor neurologische stoornissen en beperkingen.

*Mensen met NAH:*

Bij mensen met NAH in LG7 ligt de nadruk op de begeleiding en bij een beperkt deel is het een combinatie van verzorging en begeleiding. Deze begeleiding is gericht op het bieden van duidelijkheid, veiligheid en structuur; dit is de basis voor een goede omgeving. Het vraagt bij medewerkers kennis van de verschillende vormen van NAH, de gevolgen ervan en hoe je daarin moet handelen. Daarnaast is kennis nodig van psychiatrie en/of verslavings-

problematiek (voor het herkennen van en kunnen anticiperen op psychiatrische stoornissen) en kennis van leefstijl, coping en ontwikkelingsleeftijden.

Mensen met NAH hebben veelal ondersteuning nodig bij het plannen, organiseren en structureren van de dag. Zij hebben vaak beperkt ziekte-inzicht en moeite met het overzien van oorzaak en gevolg. Zeker wanneer sprake is van frontaal letsel reageren zij vaak impulsief. Daarnaast kan bij mensen met NAH sprake zijn van een zeer beperkte mate van initiatief. Begeleiding moet daarom continu aanwezig zijn en veel individueel sturen om te voorkomen dat zaken misgaan. Hierbij wordt ook een proactieve houding van begeleiders verwacht, waarbij ze afgewogen keuzes maken voor aanvaardbaar risicovol gedrag, zodat de persoon met NAH vanuit die ervaring kan leren. Mensen met NAH zijn vaak fysiek in staat de ADL zelf uit te voeren, maar hebben hierbij wel mondelinge instructie en aansturing nodig (ook vanwege bijvoorbeeld neuropsychologische functiestoornissen zoals apraxie of neglect). Dit vraagt (net als bij mensen met een grote fysieke zorgvraag bij wie sprake is van overname van ADL) veel alertheid en tijd van de begeleiding door veel herinneren aan en herhalen van handelingen. Ook is bij NAH sprake van levenslang leren na de revalidatie. Door middel van inslijten en continue aandacht kunnen mensen toch nog kleine voortuitgangen boeken die zin geven aan het leven (voor een deel is dit niet meer mogelijk ten gevolge van cognitieve beperkingen zoals geheugen problemen). Hiervoor is aandacht en steeds weer afstemming nodig. Omdat vanuit het letsel verminderde wilsbekwaamheid aan de orde kan zijn, is veelal sprake van curatorschap of mentorschap.

Probleemgedrag kan ontstaan door bijvoorbeeld gebrek aan empathisch vermogen, ziekte-inzicht en inzicht in de relatie tussen oorzaak en gevolg of door overvraging/-schatting of ondervraging/-schatting. Via continue begeleiding en alertheid kunnen problemen worden voorkomen, kan op tijd worden ingespeeld op problemen en wordt gewerkt aan balans. Vaste structuur en voorspelbaarheid zijn hierin van belang. Van begeleiders vraagt dit om oog te hebben voor de impact van het gedrag op de omgeving (en andersom), zoals de impact van verbale en fysieke agressie op de fysieke en emotionele veiligheid van andere medebewoners en medewerkers. Mede hierom is er voorkeur voor kleine woonvormen, waarbij de groepsdynamiek beheersbaar blijft en gemeenschappelijke tijd pragmatisch wordt ingestoken (geen verwachtingen op sociaal vlak). Als hierbij aandacht is voor balans en activiteiten op diverse leefgebieden leidt dit tot een goede kwaliteit van leven en een zinvol bestaan.

Een specifiek aspect in de begeleiding is rouwverwerking vanwege de breuk in de levenslijn en het leren leven met de beperking. Daarnaast is aandacht nodig voor mensen uit zowel het informele als formele netwerk van de persoon met NAH. Zij hebben begeleiding nodig bij het omgaan met de veranderingen in de persoon en in het gezamenlijke leven. Begeleiding kan inzicht geven in hoe het werkt voor de persoon met NAH. Bij elk life event speelt dit weer en vraagt dit om begeleiding en aanpassing.

Voor cliënten die op jonge leeftijd ernstig hersenletsel hebben opgelopen is vaak andere ondersteuning nodig dan mensen die op latere leeftijd NAH hebben opgelopen. Op jongere leeftijd speelt de emotionele ontwikkeling ook een rol en is het belangrijk hierover kennis te

hebben. Als cliënten ouder worden, neemt vaak de fysieke zorgbehoefte toe. Om de cliënt in de vertrouwde omgeving te kunnen houden en niet naar verpleeghuis over te plaatsen, is op hogere leeftijd meer tijd voor fysieke zorg nodig.

Een GZ-psycholoog, gedragsdeskundige of SPV-er kan in de vorm van mediërende behandeling het team ondersteunen om deze mensen goed te begeleiden. Daarnaast is de betrokkenheid van een neuropsycholoog, SO, orthopedagoog generalist en psychiater van belang. Het gaat hierbij om het zoeken van praktische oplossingen voor neurologische stoornissen en beperkingen.

Ook voor mensen met NAH in dit profiel geldt vaak dat zij geen voltijd dagbesteding aan kunnen. Begeleiding bij dagbesteding dient net als op de woongroep plaats te vinden in een kleine groep en zal vaak ook een meer individuele (1 op 1) benadering vragen.

### 3.2 Woonvorm

Van belang is dat de verblijfssetting passend is voor de cliënt. In de praktijk zijn er voor mensen met fysieke beperkingen vooral locaties waarbij mensen met verschillende profielen wonen, veelal met LG4 tot en met LG7 en soms ook met het zware VG8-profiel of VV8-profiel. Op deze manier kunnen de piekmomenten in de ADL beter worden opgevangen. Daarnaast is het voor deze mensen zelf niet altijd wenselijk om geconfronteerd te worden met mensen die in dezelfde of hun toekomstige situatie zitten.

Voor mensen met NAH kan het erg confronterend zijn om op een woonlocatie te wonen samen met mensen bij wie sprake is van een forse fysieke of verstandelijke beperking. Zij worden daarom vaker in NAH-groepen of individueel gehuisvest. Tegelijkertijd is het voor medewerkers zeer intensief te werken met mensen bij wie allemaal sprake is van NAH+. Ook kunnen in een groep met alleen mensen met NAH(+) snel conflicten en een negatieve groepsdynamiek ontstaan. Vandaar dat in de dagelijkse praktijk op woonlocaties mensen wonen met vragen die verschillen in intensiteit.

Een wakende nachtdienst is voor beide groepen noodzakelijk. Dit betekent dat een medewerker in de woonvorm aanwezig is en actief controles uitvoert. Bij de fysieke beperkingen kunnen bijvoorbeeld wisselrondes worden toegepast en/of is continu toezicht nodig vanwege epilepsie of ademhalingsondersteuning. Bij NAH is begeleiding nodig om te voorkomen dat mensen hun dag- en nachtritme verwisselen (onder andere vanwege oriëntatie- of gedragsproblemen).

De groepsgrootte verschilt per organisatie en locatie; de scope van teams loopt van 6 tot 12 bewoners bij de ene organisatie en 10 tot 15 bij de andere of tot 27 bewoners waarbij de begeleiding vanuit twee teams wordt georganiseerd.

### 3.3 Meerzorg

De regeling Meerzorg is bedoeld om extra zorg voor personen met een zeer intensieve zorg- en begeleidingsvraag of extreme zorgbehoefte te betalen of in situaties waar de context

niet passend is. Er is sprake van een zeer intensieve zorgvraag als de zorgvraag van de persoon minimaal 25% groter is dan de zorg die de klant krijgt uit het zorgprofiel (ZP). Meerzorg is zorg die een aanvulling is op het zorgprofiel. In 2019 is de regeling gewijzigd naar aanleiding van de proeftuinen die sinds 2015 zijn opgestart. Naast individuele Meerzorg is het ook mogelijk om Groepsmeerzorg aan te vragen.

Meerzorg bij LG7 is met name nodig bij mensen met ernstige lichamelijke beperkingen waar continu intensieve verzorging wordt geboden en/of waarbij op meerdere momenten twee personen nodig zijn, bijvoorbeeld bij mensen met het locked-in syndroom of in de laatste stadia van ALS, MS of Duchenne. Vaak is sprake van een progressief beeld waardoor Meerzorg langdurig nodig is en een afbouw (zoals beschreven in de beleidsregels) niet altijd mogelijk is.

Soms is Meerzorg nodig voor NAH-cliënten, met name om 1 op 1 begeleiding te kunnen realiseren, om tot rust te komen als team en zorgvrager, de zorg op orde te brengen en tot een passende dag-routine te komen. Dit kan bijvoorbeeld worden ingezet ter overbrugging naar een andere locatie die passender is voor de ondersteuningsbehoefte van de persoon, maar kan ook langdurig nodig zijn op een passende locatie om de rust en continuïteit te behouden of wanneer bijvoorbeeld sprake is van een instabiele periode ten gevolge van escalerende psychiatrische of gedragsproblematiek of uitlokkende omgevingsfactoren. Meerzorg kan ook nodig zijn bij mensen met NAH en ernstige somatische problematiek.

### 3.4 Context

Van belang is dat de context veiligheid biedt aan zowel de cliënten als de medewerkers. Hierbij besteden we aandacht aan de fysieke en sociale context.

#### Fysieke omgeving

Voor goede zorg aan LG7-cliënten met ernstige lichamelijke beperkingen zijn diverse aanpassingen in de ruimte nodig: de huisvesting is rolstoeltoegankelijk, ruim en zo nodig voorzien van omgevingsbesturing waarmee je mensen een bepaalde mate van zelfstandigheid kunt bieden (bijvoorbeeld ooggestuurde techniek) en hulpmiddelen voor de verzorging zoals tilsystemen.

Voor mensen met NAH is de regulering van prikkels van belang. Dit vraagt om een kleinschalige opzet, aandacht voor akoestiek (ten aanzien van auditieve overprikkeling), aandacht voor visuele aspecten (zoals rustige kleuren en een goed lichtplan), met de mogelijkheid om de ruimtes flexibel in te richten (rekening houdend met de vraag van de cliënten). Het is van belang dat elke persoon een eigen woon-, slaapkamer en sanitaire ruimte heeft om voldoende privacy te kunnen creëren. De gemeenschappelijke ruimtes, zoals huiskamer en gangen, dienen voldoende ruim te zijn, zodat de personen zich goed kunnen bewegen met eventuele hulpmiddelen. De materialen dienen stevig te zijn, maar wel met een huiselijke uitstraling en waarbij aandacht is voor de veiligheid van de bewoners en medewerkers.

### Sociale context

Bij mensen met ernstige fysieke beperkingen en mensen met NAH ligt de focus op kwaliteit van leven, ondanks de intensieve verzorging. In de sociale omgeving zijn structuur en voorspelbaarheid van belang. Waar mogelijk en gewenst wordt hierbij ook de familie nauw betrokken. Daarbij is aandacht voor eigenheid van belang, zodat mensen kunnen deelnemen aan vaste gezamenlijke momenten in een gemeenschappelijke huiskamer onder begeleiding van een medewerker. Ook in de sociale omgeving zijn structuur, vertrouwen, voorspelbaarheid en geborgenheid van belang naast het reguleren en begrenzen van gedrag. Dit dient tot uiting te komen in de relatie tussen de persoon met LG7 en begeleider, met ondersteuning van de behandelaars en de continuïteit van het team. Waar mogelijk en gewenst wordt hierbij ook de familie, dagbesteding en/of vrijwilligers nauw betrokken.

### 3.5 Ondersteuning medewerkers

De problematiek van deze cliënten vraagt om specifieke competenties van het team en om gerichte scholing, intervisie, reflectie en ondersteuning voor alle betrokken disciplines. Op deze manier wordt het team in staat gesteld om integratief, proactief en eenduidig te werken evenals het langdurig vol te kunnen houden.

Om voor deze cliënten de gewenste ondersteuning te kunnen bieden is een hoog kennisniveau én vaardigheidsniveau van de medewerkers noodzakelijk. Voor de mensen met forse fysieke beperkingen is met name de deskundigheid nodig van verzorgenden IG, verpleegkundigen niveau 4 en 5, SO en eventueel een SPV-er en psychiater. Deze medewerkers hebben specifieke deskundigheid over diverse ziektebeelden en psychiatrische stoornissen, waar je op moet letten en hoe je hier in de praktijk mee omgaat (zowel medisch als sociaal-emotioneel). Voor de mensen met NAH is met name de deskundigheid nodig van begeleiders niveau 4 en 5, verpleegkundigen niveau 4 en 5, SO, SPV-er en psychiater. Deze medewerkers hebben specifieke deskundigheid over verschillende vormen van NAH, psychiatrische stoornissen, verslavingsproblematiek, moeilijk verstaanbaar gedrag, omgaan met agressie, waar je op moet letten en hoe je hier in de praktijk mee omgaat (zowel medisch als sociaal-emotioneel).

Er is veel training nodig om op alle gebieden bij te blijven en er is tijd nodig om het geleerde goed toe te (blijven) passen.

Medewerkers hebben coaching on the job nodig, bijvoorbeeld door een gedragswetenschapper, psychiater, SPV of GZ- en neuropsychologen. Met name vanwege (gedragsmatige / psychologische) implicaties van diverse ziektebeelden, psychiatrische beelden, agressie, moeilijk verstaanbaar gedrag, gevaarlijke situaties vanwege het bewaken van afstand-nabijheid en omgaan met degeneratief beeld.

Het is van belang dat structureel invulling wordt gegeven aan intervisie en supervisie. Daarnaast is nabijheid van leidinggevenden essentieel om steun te bieden aan medewerkers.

(Goed) gebruik van hulpmiddelen is belangrijk om het werk arbo-technisch mogelijk te maken, om de eigen regie van de mensen met LG7 te blijven stimuleren en 24 uur nabijheid van zorg te realiseren (door middel van domotica).

### 3.6 Aanscherping goede zorg

Hiervoor zijn allerlei inhoudelijke aspecten beschreven die van belang zijn om goede zorg te organiseren. Ter verdieping hierop hebben we met diverse professionals en managers die bekend zijn met de doelgroep besproken welke kernpunten van essentieel belang zijn om goede zorg te kunnen verlenen. Zij geven aan dat de zorg en ondersteuning doorgaans redelijk op niveau is, maar op een aantal onderdelen verbetering behoeft om echt invulling te geven aan persoonsgerichte zorg. Niet voor alle aanbieders geldt dat alle aspecten van toepassing zijn, maar over het algemeen verdienen de volgende aspecten, in willekeurige volgorde, nog wel aandacht.

- 1) *De mensen met zorgprofiel LG7 vragen zorg en ondersteuning vanuit verschillende disciplines, zoals logopedie, ergotherapie, fysiotherapie, (neuro)psychiatrie en tandarts. Om interdisciplinair te kunnen werken (vanuit één zorgplan en een gezamenlijke visie) en adequaat te kunnen reageren op het soms grillige verloop van de zorgvraag (proactief in plaats van symptoombestrijding), is veel overleg noodzakelijk. Naast de continue beschikbaarheid en inzetbaarheid van alle typen expertises is per persoon met LG7 elk kwartaal een multidisciplinair overleg (MDO) gewenst. Hierbij is het van belang dat per persoon met LG7 een regiebehandelaar wordt aangewezen voor een goede afstemming van diverse vormen van behandeling en om ervoor te zorgen dat vanuit een eenduidige behandelvisie beslissingen worden genomen in complexe situaties. De inzet van een SO is hierbij van belang. Er is ook tijd nodig voor afstemming met specialisten in het ziekenhuis om tot een integratief beeld te komen.*
- 2) *Een hoog deskundigheidsniveau van de medewerkers op de woongroep is noodzakelijk en dit moet op peil worden gehouden door scholing gericht op ziektebeelden en NAH, inclusief de vaardigheden om hiermee om te gaan. Voor begeleiders en verpleegkundigen geldt minimaal niveau 4 of 5. Voor NAH+ is ook de inzet van SPV-ers wenselijk.*
- 3) *Het is van belang om te investeren in coaching, intervisie en binding van het team. De zorg kan lichamelijk zwaar zijn en vraagt ook mentaal veel van medewerkers, bijvoorbeeld door gedragsproblematiek en ethische dilemma's. Het is van belang dat voldoende tijd beschikbaar is voor zorgmedewerkers om afstand te kunnen nemen en hierover in gesprek te kunnen gaan met een gedragskundige of leidinggevende, bijvoorbeeld eens per twee weken. Dit vraagt om een goede infrastructuur van reflectie, intervisie en supervisie.*
- 4) *Goede zorg voor mensen met LG7 vraagt ook om voldoende fysieke ruimte die aangepast is voor de lichamelijke en cognitieve beperkingen (denk aan rolstoeltoegankelijk, aanwezigheid van hulpmiddelen, prikkelarm, wonen in kleine groepen, ruimte voor de persoon met LG7 om zich terug te kunnen trekken maar wel in het zicht van begeleiding).*

- 5) *Voor de mensen met LG7 is het van belang dat de medewerkers van de nachtdienst de cliënten goed kennen, zodat 's nachts ook passende zorg en ondersteuning kan worden geboden. Een wakende wacht is noodzakelijk om direct te kunnen reageren op onverwachte gezondheidsproblemen, zoals epileptische insulten en op cognitieve problemen (zoals een verstoord dag-nachtritme).*
- 6) *Op het gebied van domotica en hulpmiddelen zijn er veel mogelijkheden om de zorg te ontlasten en/of meer regie te geven aan de persoon met LG7 (door bijvoorbeeld meer gebruik te maken van omgevings- en stembediening). Het vraagt veel tijd om medewerkers te informeren over de (nieuwe) mogelijkheden, instructies te geven over het gebruik van deze mogelijkheden, het onderhoud en de borging in het zorgproces.*
- 7) *Het is van belang dat de mensen met LG7 dagbesteding krijgen die past bij hun mogelijkheden. Dit vraagt om werkplekken die fysiek zijn aangepast op de persoon met LG7 en de beschikbaarheid van diverse hulpmiddelen om de zorg te ontlasten.*

## 4. Kosten van goede zorg

*Om een passend tarief te bepalen voor LG7 hebben we tijdens een gezamenlijk bijeenkomst en twee digitale uitvragen bij verschillende zorgaanbieders informatie verzameld over de kosten van verschillende componenten die nodig zijn om goede zorg te realiseren voor mensen met LG7. Bij het beoordelen van deze informatie hebben we gebruik gemaakt van onder andere de volgende documenten:*

- NZa-prestatiecode Z673 ZZP (LG7 inclusief dagbesteding en behandeling),
- Kostenonderzoek langdurige zorg (KPMG, 2018) en
- Onderzoek parameterwaarden zorgzwaartepakketten (bureau HHM, 2013).

Over de volgende aspecten hebben we concrete gegevens opgevraagd in de vorm van tijdbesteding en kosten, omdat deze aspecten in de bijeenkomsten naar voren zijn gekomen als de elementen die mogelijk aangepast zouden moeten worden om goede zorg te kunnen leveren:

- Woonzorg
- Dagbesteding
- Behandeling
- FWG-mix
- Extra training en opleidingen
- Extra materiële kosten
- Extra kapitaallasten
- Onderscheid in kosten voor Zorgprofiel LG7a en LG7b

Voor een aantal zorgaanbieders was het lastig om de tijdbesteding en kosten voor de zorg aan cliënten met LG7 aan te leveren, omdat zij niet altijd in homogene groepen verblijven, maar verspreid over groepen met cliënten met andere zorgprofielen. Ook gaat het vaak om kleine aantallen mensen met zorgprofiel LG7 per aanbieder. Daarnaast was sprake van diversiteit in de gegevens die we hebben ontvangen en ontbrak vaak een sterke onderbouwing. Op basis van deze bevindingen concluderen we dat het huidige tarief voor LG7 mogelijk niet alle kosten dekt, maar dat we geen gedegen basis hebben om te komen tot een aanpassing van het tarief voor LG7. Het is wel de verwachting dat door de aangepaste omschrijving meer mensen met NAH in deze twee profielen geïndiceerd zouden kunnen worden en met het bijbehorende tarief betere zorg kan worden geboden.

Om tot een onderbouwd voorstel voor een aangepast tarief voor LG7 te komen is nader onderzoek nodig bij zorgaanbieders die een representatieve afspiegeling zijn van beide groepen (LG7a en LG7b). Daarbij is het van belang dat niet alleen wordt gekeken naar een passend tarief voor de ondersteuning binnen de woonvoorziening (zorg en ondersteuning), maar dat bij het bepalen van een tarief ook nadrukkelijk wordt gekeken naar de dagbesteding. Omdat juist deze mensen meer op het individu afgestemde ondersteuning nodig hebben om tot een zinvolle invulling van de dag te kunnen komen.



## Bijlage 1. Beschrijving zorgprofiel LG7, met varianten a en b

### LG7-a Wonen met zeer intensieve verzorging en zeer intensieve begeleiding

Bij deze mensen is sprake van een lichamelijke beperking met als gevolg zeer ernstige lichamelijke-, cognitieve-, communicatieve- of gecombineerde beperkingen. Vanwege veelal progressieve aandoeningen is de zorgvraag grillig. Er is vaak sprake van overname op het gebied van de ADL en de mobiliteit, waarbij de inzet van twee personen soms noodzakelijk is. Ook is verpleegkundige aandacht gewenst. Daarnaast kan sprake zijn van gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek in de vorm van bijvoorbeeld een stemmingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis. Op grond van deze beperkingen zijn deze mensen in fysiek, sociaal en emotioneel opzicht zeer kwetsbaar. Hierdoor hebben ze vaak veel ondersteuning nodig en moeten ze vaak op een eenduidige manier worden benaderd. Ze hebben continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van de psychosociale en cognitieve functies. Dit vraagt soms om omgang met verbale en/of fysieke agressie en het verantwoord inzetten van onvrijwillige zorg. De begeleiding is vaak individueel en structuur biedend, gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek en op de veiligheid. Hierbij worden grenzen gesteld door anderen en is sprake van een voorspelbare dag-invulling en van vaste leefregels.

Deze mensen kunnen maar heel beperkt regie voeren over hun eigen leven (terwijl ze vaak wel gehecht zijn aan die autonomie) en hebben daardoor ten aanzien van de *sociale redzaamheid* totale overname nodig. Er is vaak een grote behoefte aan voorspelbaarheid en houvast; terwijl daar tegelijkertijd ook tegen geageerd kan worden. Binnen een veilige en op hun mogelijkheden afgestemde omgeving, is het maken van overzichtelijke keuzes haalbaar. Vanuit de veiligheid van een bekende omgeving kunnen deze mensen beperkt sociale contacten onderhouden, maar binnen die contacten is sprake van een grote mate van afhankelijkheid. Dit geldt ook voor de bredere deelname aan het maatschappelijk leven. Deze mensen kunnen problemen hebben met communiceren door fysieke beperkingen, woordvindproblemen en spraak- en taalstoornissen. Door problemen met de verwerking van informatie, taalbegrip en taalproductie kunnen uitdrukkingsproblemen ontstaan; een voorbeeld is dat ze het ene willen en het andere zeggen. Hierdoor is het voor anderen vaak moeilijk om deze mensen goed te begrijpen.

Deze mensen hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Continu hulp, toezicht of sturing kan met name het geval zijn bij het geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en prikkelgevoeligheid van deze mensen. Oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is veelal beperkt tot de dagelijkse omgeving en mensen in de directe nabijheid. Het tijdsbesef is veelal beperkt.

Bij deze mensen is veel ondersteuning op het gebied van de *ADL* noodzakelijk. Door lichamelijke beperkingen, maar vaak ook door cognitieve of gedragsmatige beperkingen. Hierbij is het nodig om de *ADL* voor een belangrijk deel over te nemen; het kan zijn dat twee verzorgenden nodig zijn om deze zorg van de persoon over te nemen.

## LG7-a Wonen met zeer intensieve verzorging en zeer intensieve begeleiding

Ten aanzien van de *mobiliteit* is vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig, zowel buitenshuis als binnenshuis. Veel mensen zijn vaak wel mobiel; voor sommigen is lopen mogelijk (eventueel met hulpmiddel) en anderen maken gebruik van een rolstoel. Door een beperkt oriëntatie-vermogen en/of impulsief gedrag is de mobiliteit niet altijd veilig en hebben deze mensen een begeleider nodig die houvast en richting geeft.

*Verpleegkundige aandacht* is nodig. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige en veelvuldige afstemming met en tussen artsen en begeleiders.

Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek* voortkomend uit neurocognitieve, geriatrische of soms psychiatrische problematiek. Dit komt tot uiting in onvoldoende (of geen) ziekte inzicht, dwangmatig, ontremd en/of reactief gedrag. Deze mensen hebben hierdoor hulp, toezicht en sturing nodig.

Er kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op (geleidelijke) achteruitgang of stabilisatie en op het bieden van voldoende voorspelbaarheid en nabijheid. De insteek is vaak het aanpassen van de omgeving aan de kwetsbaarheid en de beperkte draagkracht van de persoon. Deze mensen hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als niet geplande tijden. De behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit zorgprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

### LG7-b Wonen met zeer intensieve begeleiding en enige verzorging

Bij deze mensen is sprake van een niet-aangeboren hersensletsel (NAH) met als gevolg (zeer) ernstige cognitieve-, psychosociale-, communicatieve- of gecombineerde beperkingen. Daarnaast is sprake van ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld in de vorm van een stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis en/of verslavingsproblematiek. Op grond van deze beperkingen zijn deze mensen in sociaal en emotioneel opzicht zeer kwetsbaar. Hierdoor hebben ze veel ondersteuning nodig en moeten ze vaak op een eenduidige manier worden benaderd. Ze hebben continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van de psychosociale en cognitieve functies. Complicerend hierbij is dat een aantal mensen deze hulp en ondersteuning niet willen of denken niet nodig te hebben. Er is voortdurend sprake van toezicht of stimulatie en soms hulp op het gebied van de ADL en de mobiliteit. Mogelijk is ook verpleegkundige aandacht gewenst. Dit vraagt regelmatig of vaak om omgang met verbale en/of fysieke agressie en het verantwoord inzetten van onvrijwillige zorg. De begeleiding is vaak individueel en structuur biedend, gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek en op de veiligheid. Hierbij worden grenzen gesteld door anderen en is sprake van een voorspelbare dag-invulling en van vaste leefregels.

Deze mensen kunnen maar heel beperkt regie voeren over hun eigen leven (terwijl ze vaak wel gehecht zijn aan die autonomie) en hebben daardoor ten aanzien van de *sociale redzaamheid* veelvuldig overname of ondersteuning nodig. Mede hierdoor kan de ervaren kwaliteit van leven laag zijn en is veelal sprake van levendverlies en depressie. Er is behoefte aan voorspelbaarheid en houvast; terwijl daar tegelijkertijd ook tegen geageerd kan worden. Structuur en regelmaat zijn noodzakelijk en randvoorwaardelijk om een veilige omgeving te kunnen creëren, die is afgestemd op de mogelijkheden van de persoon met NAH zodat het maken van overzichtelijke keuzes haalbaar is. Vanuit de veiligheid van een bekende omgeving kunnen deze mensen beperkt sociale contacten onderhouden, maar binnen die contacten is sprake van een grote mate van afhankelijkheid. Dit geldt ook voor de bredere deelname aan het maatschappelijk leven. Daarnaast kunnen deze mensen problemen hebben met communiceren door bijvoorbeeld fysieke beperkingen, woordvindproblemen en spraak- en taalstoornissen. Door problemen met de verwerking van informatie, taalbegrip en taalproductie kunnen uitdrukingsproblemen ontstaan. Ook is het voor anderen vaak moeilijk om deze mensen goed te begrijpen.

Deze mensen hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Continu hulp, toezicht of sturing kan met name het geval zijn bij het geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en prikkelgevoeligheid van deze mensen. Oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is veelal beperkt tot de dagelijkse omgeving en mensen in de directe nabijheid. Oriëntatie in tijd kan hevig verstoord of beperkt zijn. Deze functies kunnen een grillig patroon vertonen. Sommige taken lukken nog goed en andere helemaal niet meer waardoor het risico bestaat op overvraging en overschatting of ondervraging en onderschatting.

## LG7-b Wonen met zeer intensieve begeleiding en enige verzorging

Deze mensen hebben vaak behoefte aan stap-voor-stap-ondersteuning en sturing in de uitvoering van de ADL. Deze ondersteuning is dan gebaseerd op het samendoen met als doel om ervoor te zorgen dat alle handelingen goed genoeg en in de juiste volgorde worden uitgevoerd. Hierbij is (herhaalde) intensieve ondersteuning nodig om de persoon te motiveren, te initiëren en te stimuleren, met als doel om een minimale zelfzorg in stand te houden.

Ten aanzien van de *mobiliteit* is vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig, zowel buitenshuis als binnenshuis. De meeste mensen zijn mobiel, maar door een beperkt oriëntatie-vermogen en/of impulsief gedrag is de mobiliteit niet altijd veilig en hebben deze mensen een begeleider nodig die houvast en richting geeft.

Het is mogelijk dat *verpleegkundige aandacht* nodig is. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige.

Er is veelal sprake van ernstige *gedragsproblematiek* voortkomend uit neurocognitieve, geriatrische of soms psychiatrische problematiek. Dit kan tot uiting komen in onvoldoende (of geen) ziekte inzicht, dwangmatig, ontremd en/of reactief gedrag, agressie (zowel fysiek als verbaal), prikkelgevoeligheid, ontremming, stress of initiatiefloosheid. Deze mensen hebben hierdoor vaak hulp, toezicht en sturing nodig.

Er is vaak sprake van ernstige *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard. Dit kan zich uiten in agressie maar ook in andere vormen van probleemgedrag (zich afsluiten, geen contact mee te maken, verslaving).

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of (geleidelijke) achteruitgang en op het bieden van voldoende voorspelbaarheid en nabijheid. De insteek is vaak het aanpassen van de omgeving aan de kwetsbaarheid en de beperkte draagkracht van de persoon. Deze mensen hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als niet geplande tijden. De behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit zorgprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis) in de vorm van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

## Bijlage 2. Beschrijving zorgprofiel LG6, met varianten a en b

### LG6-a Wonen met intensieve verzorging en intensieve begeleiding

Bij deze mensen is sprake van een lichamelijke beperking met als gevolg ernstige lichamelijke-, cognitieve-, communicatieve- of gecombineerde beperkingen. Er is vaak sprake van overname op het gebied van de ADL en de mobiliteit, waarbij de inzet van twee personen soms noodzakelijk is. Ook kan verpleegkundige aandacht gewenst zijn. Op grond van deze beperkingen zijn deze mensen in fysiek, sociaal en emotioneel opzicht kwetsbaar. Hierdoor hebben ze veel ondersteuning nodig en moeten ze op een eenduidige manier worden benaderd, zodat een stabiele situatie wordt gecreëerd. Deze mensen kunnen zelf goed functioneren als de omgevingsfactoren goed zijn geregeld. Ze hebben op geplande momenten behoefte aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van de psychosociale en cognitieve functies. Dit vraagt soms om omgang met verbale en/of fysieke agressie en het verantwoord inzetten van onvrijwillige zorg. De begeleiding is vaak individueel en structuur biedend, gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek en op de veiligheid. Hierbij worden grenzen gesteld door anderen en is sprake van een voorspelbare dag-invulling en van vaste leefregels.

Deze mensen kunnen beperkt regie voeren over hun eigen leven (terwijl ze vaak wel gehecht zijn aan die autonomie) en hebben daardoor ten aanzien van de *sociale redzaamheid* hulp nodig. Er is vaak een grote behoefte aan voorspelbaarheid en houvast. Binnen een veilige en op hun mogelijkheden afgestemde omgeving, is het maken van keuzes haalbaar. Vanuit de veiligheid en stabiliteit van een bekende omgeving kunnen deze mensen sociale contacten onderhouden, maar binnen die contacten is sprake van een mate van afhankelijkheid. Dit geldt ook voor de bredere deelname aan het maatschappelijk leven. Deze mensen kunnen problemen hebben met communiceren door fysieke beperkingen, woordvindproblemen en spraak- en taalstoornissen. Door problemen met de verwerking van informatie, taalbegrip en taalproductie kunnen uitdrukingsproblemen ontstaan. Hierdoor kan het voor anderen moeilijk zijn om deze mensen goed te begrijpen.

Deze mensen hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij het geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en prikkelgevoeligheid van deze mensen. Binnen een vaste structuur zijn oriëntatie in ruimte, personen en tijd doorgaans adequaat.

Bij deze mensen is op planbare momenten ondersteuning op het gebied van de *ADL* noodzakelijk. Door lichamelijke beperkingen, maar vaak ook door cognitieve of gedragsmatige beperkingen. Hierbij is het nodig om de ADL voor een deel over te nemen; het kan zijn dat twee verzorgenden nodig zijn om deze zorg van de persoon over te nemen.

Ten aanzien van de *mobiliteit* is vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig, zowel buitenshuis als binnenshuis. Veel mensen zijn vaak wel mobiel; voor sommigen is lopen mogelijk (eventueel met hulpmiddel) en anderen maken gebruik van een rolstoel. Door

### LG6-a Wonen met intensieve verzorging en intensieve begeleiding

een beperkt oriëntatie-vermogen en/of impulsief gedrag is de mobiliteit niet altijd veilig en hebben deze mensen een begeleider nodig die houvast en richting geeft.

*Verpleegkundige aandacht* is nodig. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige en veelvuldige afstemming met en tussen artsen en begeleiders.

Er kan soms sprake zijn van *gedragsproblematiek* voortkomend uit neurocognitieve, geriatrische of soms psychiatrische problematiek. Dit komt tot uiting in onvoldoende (of geen) ziekte inzicht, dwangmatig, ontremd en/of reactief gedrag. Deze mensen hebben hierdoor hulp, toezicht en sturing nodig.

Er kan soms sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of (geleidelijke) achteruitgang en op het bieden van voorspelbaarheid en nabijheid. De insteek is vaak het aanpassen van de omgeving aan de kwetsbaarheid en de beperkte draagkracht van de persoon. Deze mensen hebben een structurele zorgbehoefte, met name op geplande tijden. De behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit zorgprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

### LG6-b Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging

Bij deze mensen is sprake van een niet-aangeboren hersensletsel (NAH) met als gevolg (zeer) ernstige cognitieve-, psychosociale-, communicatieve- of gecombineerde beperkingen. Daarnaast is vaak sprake van gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek. Op grond van deze beperkingen zijn deze mensen in sociaal en emotioneel opzicht kwetsbaar. Hierdoor hebben ze veel ondersteuning nodig en moeten ze op een eenduidige manier worden benaderd, zodat een stabiele situatie wordt gecreëerd. Deze mensen kunnen zelf goed functioneren als de omgevingsfactoren goed zijn geregeld. Ze hebben vaak behoefte aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van de psychosociale en cognitieve functies. Complicerend hierbij is dat een aantal mensen deze hulp en ondersteuning niet willen of denken niet nodig te hebben. Er is regelmatig sprake van toezicht of stimulatie en soms hulp op het gebied van de ADL en de mobiliteit. Mogelijk is ook verpleegkundige aandacht gewenst. Dit vraagt regelmatig om omgang met verbale en/of fysieke agressie en het verantwoord inzetten van onvrijwillige zorg. Deze mensen hebben behoefte aan voorspelbare dagelijkse structuur die goed wordt ingeregeld.

Deze mensen kunnen met instructies enigszins regie voeren over hun eigen leven en hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* veelvuldig stimulans of ondersteuning nodig. Mede hierdoor kan de ervaren kwaliteit van leven laag zijn en is veelal sprake van levendverlies en depressie. Er is behoefte aan voorspelbaarheid en houvast; terwijl daar tegelijkertijd ook tegen geageerd kan worden. Structuur en regelmaat zijn noodzakelijk en randvoorwaardelijk om een veilige omgeving te kunnen creëren, die is afgestemd op de mogelijkheden van de persoon met NAH zodat het maken van overzichtelijke keuzes haalbaar is. Met hulp van veilige anderen kunnen deze mensen sociale contacten onderhouden in een onbekende omgeving en deelnemen aan het maatschappelijk leven. Daarnaast kunnen deze mensen problemen hebben met communiceren door bijvoorbeeld fysieke beperkingen, woordvindproblemen en spraak- en taalstoornissen. Door problemen met de verwerking van informatie, taalbegrip en taalproductie kunnen uitdrukingsproblemen ontstaan. Ook is het voor anderen vaak moeilijk om deze mensen goed te begrijpen.

Deze mensen hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies vaak hulp, toezicht of sturing nodig, bijvoorbeeld bij het geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en prikkelgevoeligheid. Binnen een vaste structuur zijn oriëntatie in ruimte, personen en tijd doorgaans adequaat.

Deze mensen hebben vaak behoefte aan sturing in de uitvoering van de ADL. Hierbij is (herhaalde) ondersteuning nodig om de persoon te motiveren, te initiëren en te stimuleren, met als doel om een minimale zelfzorg in stand te houden.

Ten aanzien van de *mobiliteit* is vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig, zowel buitenshuis als binnenshuis. De meeste mensen zijn mobiel, maar door een beperkt oriëntatie-vermogen en/of impulsief gedrag is de mobiliteit niet altijd veilig en hebben deze mensen een begeleider nodig die houvast en richting geeft.

### LG6-b Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging

Het is mogelijk dat *verpleegkundige aandacht* nodig is. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige.

Er is vaak sprake van *gedragsproblematiek* voortkomend uit neurocognitieve, geriatrische of soms psychiatrische problematiek. Dit kan tot uiting komen in onvoldoende (of geen) ziekte inzicht, dwangmatig, ontremd en/of reactief gedrag, agressie (zowel fysiek als verbaal), prikkelgevoeligheid, ontremming, stress of initiatiefloosheid. Deze mensen hebben hierdoor vaak hulp, toezicht en sturing nodig.

Er is vaak sprake van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard. Dit kan zich uiten in agressie maar ook in andere vormen van probleemgedrag (zich afsluiten, geen contact mee te maken, verslaving).

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of (geleidelijke) achteruitgang en op het bieden van voldoende voorspelbaarheid en nabijheid. De insteek is vaak het aanpassen van de omgeving aan de kwetsbaarheid en de beperkte draagkracht van de persoon. Deze mensen hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als niet geplande tijden. De behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit zorgprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis) in de vorm van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH).