

Beschrijving zorgprofiel VG7

Actualisatie op inhoud en kosten



Inhoud

1.	Opzet.....	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Aanpak	3
2.	Zorgprofiel VG7	5
2.1	Permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid	5
2.2	Verstandelijke beperking	5
2.3	Psychische stoornis.....	6
2.4	Disharmonisch profiel	6
2.5	Probleemgedrag	7
2.6	Zorgprofiel VG7 en VG6	7
3.	Inhoud van goede zorg.....	8
3.1	Inhoud ondersteuning.....	8
3.2	Woonvorm.....	9
3.3	Meerzorg	9
3.4	Context.....	10
3.5	Ondersteuning medewerkers.....	11
3.6	Aanscherping goede zorg	12
4.	Kosten van goede zorg.....	14
Bijlage 1.	Beschrijving zorgprofiel VG 7	16
Bijlage 2.	Beschrijving zorgprofiel VG6	19

Auteurs	dr. Patrick Jansen drs. Peter Bakker
Opdrachtgever	VGN
Kenmerk	PJ/18/o811/actvg7
Publicatiedatum	18 juni 2019

© Bureau HHM

1. Opzet

In navolging van de actualisatie van zorgprofiel VG8 en naar aanleiding van de werkagenda passende zorg, wil de VGN graag een actualisatie van zorgprofiel VG7. Doel van het actualiseren van het zorgprofiel VG7 is om vanuit cliëntperspectief te verduidelijken wat de kenmerken zijn van VG7-cliënten, 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

Op deze wijze wordt onder andere ingespeeld op het signaal dat uit het traject Zinnige zorg gehandicaptenzorg naar voren is gekomen, dat mensen met moeilijk verstaanbaar gedrag niet altijd een optimaal zorgproces doorlopen (Zorginstituut NL, 2018). Passende zorg ontbreekt waardoor bepaalde mensen moeilijk plaatsbaar zijn. Of passende zorg kan theoretisch wel georganiseerd worden, maar de (financiële, personeelstechnische of deskundigheidsbevorderende) middelen ontbreken. Bij de actualisatie wordt tevens gebruik gemaakt van recente wetenschappelijk onderbouwde inzichten dat de organisatiecontext (waaronder cultuur en begeleidingsmethoden, maar ook visie, personeelsbeleid en machtsverhoudingen) van invloed is op het (probleem)gedrag van zowel cliënten als professionals (Vanessa Olivier Pijpers, 2017 en 2019; A.P.A.M. Willems 2018) en praktische handreikingen, zoals Aan de slag met (F)ACT voor LVB?! (Kennisplein gehandicaptenzorg-sector, 2014) en de Competentieprofielen EVB+ (VGN, 2014) en (SG)LVB (VGN, 2015).

Kortom, de omvang van het huidige profiel VG7 is niet altijd toereikend door veel of zware gedrags- en/of psychische/ psychiatrische problematiek. Waarbij regelmatig sprake is van op- en afschalen van zorg. Ook kan de beperkte mobiliteit een verzwarende factor zijn op de omvang van de ondersteuning. Deze factoren komen onvoldoende naar voren in het huidige profiel en vragen om een actualisatie. Paragraaf 2 van deze notitie geeft een geactualiseerde inhoudelijke beschrijving van de kenmerken van deze groep cliënten waarna in paragraaf 3 de inhoud van goede zorg voor deze mensen aan de orde komt. Op basis van de informatie uit deze paragrafen worden in paragraaf 4 de bijbehorende kosten in beeld gebracht.

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 drie bijeenkomsten met mensen met kennis van de doelgroep het zorgprofiel inhoudelijk aangescherpt. Tevens hebben we beschreven waaruit voor deze doelgroep goede zorg bestaat. Tijdens elke bijeenkomst waren professionals van circa 10-15 zorgorganisaties aanwezig met diverse deskundigheden, zoals begeleiders, verpleegkundigen, gedragskundigen, AVG-artsen, psychologen, psychiaters en managers. Hierbij waren ook experts van het CCE en vertegenwoordigers van Wlz-uitvoerders, cliënten-organisaties, VWS en VGN aanwezig.

Met bedrijfskundige experts van 10-15 zorgorganisaties hebben we een bijeenkomst georganiseerd om voor deze doelgroep de kosten in beeld te brengen. Hierbij hebben we ook gekeken naar de inzet van middelen voor Meezorg. Het resultaat van de bijeenkomsten met de inhoudelijke experts is hierbij als uitgangspunt gebruikt. Bij deze bijeenkomst waren ook vertegenwoordigers van Wlz-uitvoerders, VWS en VGN aanwezig. De totale rapportage met een beschrijving van de inhoud en kosten is teruggelegd aan alle deelnemers van de bijeenkomsten waarna de rapportage is aangepast met de opmerkingen die zijn gemaakt.

Aangezien gedurende het traject behoefte bleek aan een duidelijker onderscheid tussen VG7 en VG6 is een aanvullende bijeenkomst met inhoudelijk experts georganiseerd. Naar aanleiding van deze bijeenkomst is de beschrijving van VG6 geactualiseerd, afgestemd op de geactualiseerde beschrijving van VG7. Tevens is een bijeenkomst gehouden met enkele bestuurders om de impact van de geactualiseerde zorgprofielen te bespreken met betrekking tot het te verwachten aantal aanvragen voor Meezorg en een mogelijke verschuiving van indicaties voor VG7 naar VG6. Tot slot zijn de geactualiseerde zorgprofielen VG6 en VG7 gepresenteerd tijdens een landelijke bijeenkomst waarvoor alle zorgorganisaties en geïnteresseerde partijen waren uitgenodigd.

2. Zorgprofiel VG7

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 VG7 is bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking die behoefte hebben aan zeer intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege ernstige psychische en/of gedragsproblemen. Volgens gegevens van het CIZ (ciz.databank.nl/jive) hadden 12.605 personen op 1 januari 2016 een VG7-indicatie en 13.980 personen op 1 januari 2018.

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 CIZ¹ 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 cliënt 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.

2.2 Verstandelijke beperking

Professionals uit diverse zorginstellingen hebben aangegeven dat de verstandelijke beperking van de mensen met Zorgprofiel VG7 kan variëren van licht tot ernstig. Een verstandelijke beperking is een beperking gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren, wat tot uiting komt in beperkte conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden, beide ontstaan gedurende de

¹ Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019 (CIZ)

ontwikkelingsperiode (definitie die wordt gehanteerd door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD).

De actuele ernst van de verstandelijke beperking (licht tot ernstig) wordt bepaald door het adaptieve functioneren en niet door IQ-scores, omdat adaptief functioneren bepaalt hoeveel ondersteuning nodig is. Bovendien zijn IQ-metingen in het laagste deel van de IQ-scores minder valide.²

2.3 Psychische stoornis

Bij mensen met een verstandelijke beperking komen psychische stoornissen vaker voor dan bij mensen zonder deze beperking.³ Bij veel mensen met VG7 is sprake van een psychische stoornis. De multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag⁴ beschrijft dat men bij het doen van onderzoek naar psychische problemen gebruik kan maken van de door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ontwikkelde leidraad 'Psychiatrisch onderzoek'. Voor de classificatie van psychische ziekten kan de DSM-5 worden gebruikt (niveau 4). Aangeraden wordt hierbij op de volgende punten te letten: bij de persoon bekende diagnoses, aanwijzingen voor een psychische stoornis in de levensgeschiedenis van de persoon en aanwijzingen voor een psychische stoornis in het huidige functioneren van de persoon. Daarbij kan gedacht worden aan de aanwezigheid van een delier, wanen, hallucinaties, stemmingsstoornis, psychotische stoornis, angststoornis, dementiesyndroom, slaapstoornis, persoonlijkheidsstoornis en/ of tekorten in cognitieve functies.

2.4 Disharmonisch profiel

Bij veel VG7-cliënten is sprake van een disharmonisch profiel, dat wil zeggen dat zij niet op alle ontwikkelingsdomeinen even ver zijn ontwikkeld. Zo komt het bij mensen met een ernstig verstandelijke beperking bijvoorbeeld vaak voor dat ze in staat zijn om bepaalde handelingen uit te voeren, zonder echt begrip van deze handelingen. Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn vaak verbaal sterk, maar ook bij hen blijft het begrip daarbij achter. Ook komt het vaak voor dat zij emotioneel minder ontwikkeld zijn dan verstandelijk. Dit maakt dat lvb-cliënten vaak meer 'lijken te kunnen' dan 'aankunnen', wat het risico van overschatting/overvraging en onderschatting/ondervraging met zich mee brengt. Bij evb-cliënten bestaat naast het risico van overschatting en overvraging ook het risico van onderschatting omdat deze mensen zich over het algemeen nog veel minder (non)verbaal uiten. Daardoor ontbreekt het dan aan stimulatie en kunnen ze onvoldoende gebruik maken van hun mogelijkheden c.q. zich onvoldoende ontwikkelen.

² Bron: DSM-5 [De verstandelijke beperking \(verstandelijke-ontwikkelingsstoornis\) in de DSM-5](#)

³ L.A. Hughes-Mc Cormack et al, Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population, BJPsych Open (2017).

⁴ Multidisciplinaire richtlijn 'Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' (opgesteld op initiatief van de NVAVG in samenwerking met diverse andere beroepsverenigingen, 2019).

2.5 Probleemgedrag

Onafhankelijk van de mate van de verstandelijke beperking bestaat bij de mensen met zorgprofiel VG7 risico op het uiten van probleemgedrag. In de Multidisciplinaire richtlijn 'Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking'³ is gekozen voor de term 'probleemgedrag' en niet voor 'moeilijk verstaanbaar gedrag', 'storend gedrag' of 'onbegrepen gedrag'. De term probleemgedrag wordt gehanteerd vanwege zijn grote herkenbaarheid en is in deze richtlijn als volgt gedefinieerd:

"Probleemgedrag is internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is".

De richtlijn gaat ervan uit dat probleemgedrag altijd in de context benaderd moet worden en vaak het gevolg is van een interactie tussen een persoon en zijn/haar omgeving. Probleemgedrag is vaak een uiting van lijden, met één of meer onderliggende oorzaken, en niet een op zichzelf staand fenomeen. Probleemgedrag kan vele oorzaken en verklaringen hebben. Zo kan iemand zich onbegrepen of bedreigd voelen, ongelukkig zijn als gevolg van de 'inrichting' van zijn fysieke omgeving, of pijn hebben en niet weten hoe dat op een andere manier kenbaar te maken of niet de gelegenheid hiertoe krijgen.

Dergelijke problemen kunnen op verschillende manieren worden geuit. Mensen met een licht verstandelijke beperking richten het uiten vaker⁵ op de directe andere (begeleiding en/of leefomgeving zoals anderen slaan, schoppen en schelden) terwijl het probleemgedrag bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking vaker op henzelf is gericht (zoals hoofdbonken, zichzelf slaan en apathisch gedrag). Deze verschillende uitingsvormen en het verschil tussen licht en ernstig verstandelijk beperkt vragen continue accentverschillen en flexibiliteit in de werkwijze van professionals (zie paragraaf 3).

2.6 Zorgprofiel VG7 en VG6

In bijlage 1 is in de systematiek en terminologie van de Wlz-Zorgprofielen een nadere beschrijving gemaakt van Zorgprofiel VG7. Het beschrijft de kenmerken van deze mensen die hiervoor zijn toegelicht. De kenmerken van goede zorg komen aan de orde in de volgende paragraaf.

Gedurende de inhoudelijke actualisatie van VG7 werd duidelijk dat in het kader van een werkbare afbakening met VG6 het ook gewenst was om helder te maken wat het verschil is tussen VG7 en VG6. Om hieraan tegemoet te komen is in bijlage 2 een nieuwe beschrijving gemaakt van Zorgprofiel VG6, die is afgeleid van VG7.

⁵ Het probleemgedrag kan zich daarnaast ook uiten in automutilatie, aangaan van gevaarlijke relaties (seksueel misbruik), verslaving of suïcidaal gedrag.

3. Inhoud van goede zorg

Deze paragraaf bevat een beschrijving van vijf componenten die van belang zijn in de levering van goede zorg aan mensen met VG7: inhoud ondersteuning, woonvorm, meerzorg, context en ondersteuning medewerkers.

3.1 Inhoud ondersteuning

De cliënten hebben integrale ondersteuning nodig, die bestaat uit begeleiding, behandeling⁶, verzorging, in betrokkenheid van de directe omgeving/ context en met het sociale netwerk. Vaak is intensieve ondersteuning van het sociale netwerk geïndiceerd. Ondersteuning in het begrijpen van en omgaan met probleemgedrag. Tevens het begeleiden van het sociale netwerk op de levenslijn (acceptatie, uit huis gaan, veroudering, ziekte en sterven). Een van de kenmerken van de ondersteuning is het voortdurend duiden van het ontstane gedrag, risico's kunnen inschatten en op basis daarvan anticiperen, zodat de situatie overzichtelijk blijft of wordt. Het inschatten van risico's en het voortdurend toetsen van de hypothese (beeldvorming op basis van diagnostiek en multidisciplinair overleg) maakt dat het veel alertheid vraagt van de begeleiders en intensieve betrokkenheid van gedragskundig stevig (wetenschappelijk) opgeleide zorgprofessionals (orthopedagogen en psychologen).

Een aantal cliënten heeft op basis van de beeldvorming baat bij een extra interventie/ therapieën. Het belang van traumabehandeling bij deze cliënten wordt steeds duidelijker.⁷ Omdat bij cliënten ook psychische stoornissen aan de orde blijken te zijn wordt over het algemeen een grote inzet van psychiaters gevraagd (bijvoorbeeld consultatief via de AVG en soms in de behandelrol). Bij de ondersteuning is over het algemeen een (pro)actieve houding van groot belang. Telkens moet het team inschatten wat kan gebeuren waardoor de cliënt ontregeld kan raken en wat (preventief) kan worden gedaan om dit te voorkomen. Dit vraagt een continue afweging hoeveel nabijheid moet worden geboden en hoeveel eigen regie aan de cliënt kan worden gegeven; alert zijn, meebewegen, creatief zijn en oplossingsgericht werken. Ongeacht het niveau van functioneren is het van belang om goed te signaleren, continu het gedrag van de cliënt te lezen en hierop adequaat te reageren. Dit vraagt om de mogelijkheid om op elk moment te kunnen bepalen welke mate van letterlijke

⁶ Het kan gaan om orthopedagogische, psychologische, psychiatrische en vaktherapeutische behandeling of om mediërende behandeling via de begeleiders. De behandeling is ontwikkelingsgericht en gericht op stabilisatie. Therapieën die ingezet kunnen worden zijn divers, zoals EMDR, andere soorten traumabehandeling, cognitieve gedragstherapie of psychotherapie en non-verbale therapieën zoals PMT, beeldend, drama en muziek. Zie VGN (2017). Position paper Behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg.

⁷ Cooper et al. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry* 190, 27-35; Mevissen, L, Lievegoed, R, Seubert, A & Ad De Jongh (2011). Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment? In: *Journal of Intellectual & Developmental Disability* (36), 278-283.

(fysieke) nabijheid nodig is. Duidelijk is dat er altijd sprake is van continue nabijheid van medewerkers.

Deze wijze van ondersteuning is gedurende de gehele dag noodzakelijk, zowel in de ochtend-, middag- en avonden en de nacht. In de nacht ligt het accent op slapen en rust en wordt de ondersteuning veelal ingevuld middels technologie in nabijheid, bijvoorbeeld door actief uitluisteren en afhankelijk van locatie en type zorg een wakende en/of slapende wacht. Gedurende de nacht kan de begeleiding ook een beroep doen op achterwacht. Een zinvolle daginvulling is ook voor deze mensen van groot belang, zodat ze naar vermogen kunnen participeren in de maatschappij. Het is ingewikkeld om dit voor deze mensen op maat te realiseren. Het vraagt veel inspanning om daginvulling te vinden die aansluit bij de behoeften van de cliënt en die ook door de cliënt als zinvol wordt ervaren en bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Vele mensen gaan voor hun daginvulling naar een andere plek dan waar zij wonen. Echter voor een bepaalde groep mensen is dat niet haalbaar (zoals bijvoorbeeld bij een grote mate van prikkelgevoeligheid) en wordt invulling van wonen en werk (lees daginvulling) op dezelfde locatie met dezelfde professionals gegeven.

3.2 Woonvorm

Van belang is dat de verblijfssetting passend is voor de cliënt. In de praktijk zijn er verschillende varianten. Locaties waarbij alleen mensen met hetzelfde profiel wonen, of gemengd met andere profielen, veelal met VG6. De gemeenschappelijke deler is wel dat in de begeleiding veel accent ligt op individuele begeleiding en dat de omgeving/ groep ingezet wordt als pedagogisch instrument om van te leren. Daarnaast geldt voor alle woonsituaties dat er voldoende medewerkers zijn en rust is om op proactieve wijze de noodzakelijke ondersteuning te kunnen bieden. De medewerkers moeten voortdurend beschikken over voldoende tijd en aandacht om cliënten goed te lezen en hierop te kunnen anticiperen.

De bezetting is afhankelijk van de samenstelling van de groep. Voor de ene persoon is het goed mogelijk om met mensen met andere zorgprofielen samen te wonen; voor een andere persoon is een groep met bewoners met vergelijkbare zorgprofielen meer geschikt en voor weer een ander persoon is individueel wonen de beste optie. Er is geen standaardnorm voor bezetting aan te geven, het is maatwerk. Wat altijd wel essentieel is, is dat de bezetting voldoende is om op proactieve wijze de gewenste ondersteuning te kunnen bieden. En het is van belang dat de bezetting voldoende tijd geeft voor samenspraak (multidisciplinair overleg) en gelegenheid om op adem te komen na inspannende situaties en te evalueren.

3.3 Meerzorg

De regeling Meerzorg is bedoeld om extra zorg voor personen met een zeer intensieve zorgvraag 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 Meezorg is het ook mogelijk om Groepsmeezorg aan te vragen.

Uit onderzoek⁸ blijkt dat 2.040 cliënten met een VG-zorgprofiel gebruik maken van Meezorg met een gemiddeld budget van € 62.000 per cliënt per jaar. Ervan uitgaande dat het merendeel van deze cliënten zorgprofiel VG7 hebben, betreft het volgens deze cijfers 16% van de VG7-clieñten in 2016. Uit cijfers van een Wlz-uitvoerder blijkt, dat in 2018 24% van de cliënten met VG7 gebruik heeft gemaakt van Meezorg. Dit percentage komt overeen met de inschatting van de deskundigen uit de werkgroep dat 22-25% van het aantal VG7-clieñten gebruik maakt van Meezorg. Uit de cijfers van deze Wlz-uitvoerder blijkt, dat tussen 2015 en 2017 ruim 38% meer is uitgegeven aan Meezorg (met name vanwege 15% meer Meezorg-clieñten). Het gemiddelde budget per Meezorg VG7-clieñt is € 76.296 voor deze zorgverzekeraar.

Uit het onderzoek in 2016⁶ bleek dat bij 90-95% sprake is van extreme vormen van probleemgedrag. Het CCE heeft in 2015 een analyse gemaakt van alle aanvragen voor Meezorg in de gehandicaptenzorg (inclusief aanvragen vanwege somatische problematiek):

- In bijna 60% van de aanvragen die het CCE ontvangt worden of werden in een vrij recent verleden vrijheid beperkende maatregelen toegepast. Zoals: afzondering (insluiten in speciale prikkelarme kamer), fixatie (beperken van iemand in zijn bewegingsvrijheid), gedwongen medicatie, separatie (intensieve afzondering in goedgekeurde separatieruimte) en onder dwang toedienen van vocht/voedsel.
- Bij 15% is een syndroom vastgesteld.
- Bij 60% van de cliënten die door het CCE zijn beoordeeld is sprake van vastgestelde somatische problematiek, zoals motorische beperking, hart- en vaatziekten, spasticiteit en stofwisselingsziekte.
- In ruim twee derde van de situaties is sprake van vastgestelde psychische problematiek.

De reden voor Individuele meezorg kan zeer divers zijn. Dit lijkt (nog) niet te koppelen aan specifieke cliëntkenmerken. Individuele meezorg is in principe tijdelijk, bedoeld om een verandering tot stand te brengen in de cliëñtsituatie. Groepsmeezorg is ook gericht op het tot stand brengen van een verandering en biedt de mogelijkheid om (boven regulier in relatie tot de meezorg) extra aandacht te besteden aan intervisie, scholing, deskundigheidsbevordering en (behandel) coördinatie. Dit zijn aspecten die in wezen voor de ondersteuning van alle VG7-clieñten noodzakelijk zijn om deze ondersteuning goed te kunnen verrichten, waarvoor de huidige VG7-financiering momenteel niet toereikend is.

3.4 Context

Van belang is dat de context veiligheid biedt aan zowel de cliënten als de medewerkers. Hierbij spelen drie componenten een rol: fysisch, sociaal en organisatie.

⁸ Onderzoek gebruik meer zorg, bureau HHM 2016

Fysisch / fysieke omgeving

Voor goede zorg aan VG7-cliënten is een aantal fysieke aspecten van belang, zoals een kleinschalige opzet en aandacht voor akoestiek vanwege de prikkelgevoeligheid van de cliënten; met de mogelijkheid om de ruimtes flexibel in te richten (rekening houdend met de vraag van de cliënten). Het is van belang dat elke cliënt een eigen woon-, slaapkamer en sanitaire ruimte heeft. De gemeenschappelijk ruimtes, zoals huiskamer en gangen, dienen voldoende ruim te zijn. De materialen dienen stevig te zijn, maar wel met een huiselijke uitstraling.

Sociaal

Daarnaast moet de context vertrouwen en geborgenheid bieden door te zorgen dat de ondersteuning continu nabij is. Dit dient tot uiting te komen in de relatie tussen cliënt en begeleider, met ondersteuning van de behandelaars en de continuïteit van het team. Waar mogelijk en gewenst wordt hierbij ook de familie nauw betrokken.

Voor evb-cliënten bestaat de context met name uit een beschermde omgeving op een terrein of in een wijk. Voor lvb-cliënten bevindt de context zich ook in de maatschappij waarbinnen voor deze cliënten kansen moeten worden gecreëerd.

Organisatie

Voor al de medewerkers (begeleiders, teamleiders, behandelaars en managers) die betrokken zijn bij de ondersteuning van cliënten met zorgprofiel VG7 is het van belang dat ze zich gesteund voelen. Hiervoor is het essentieel dat er een duidelijke visie is op de ondersteuning van deze groep cliënten die wordt gedragen door de gehele organisatie. Op deze manier is het ook mogelijk om hierop een passend personeels- en opleidingsbeleid af te stemmen.

3.5 Ondersteuning medewerkers

De multicausaliteit en intensiteit van de problematiek van deze cliënten vraagt om intensieve multi- en interdisciplinaire samenwerking, 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, ondersteund met een heldere visie op het ondersteunen van cliënten in het hebben van een goed leven. De medewerkers dienen onder andere bekend te zijn met diverse beperkingen en stoornissen, te weten wat een disharmonisch profiel inhoudt, waarop je moet letten en hoe je hiermee in de praktijk om dient te gaan. Tevens is het van belang dat de medewerkers bekend zijn met diverse methodieken die kunnen worden gehanteerd voor de omgang met de cliënt en de context.

Vervolgens is het van essentieel belang dat deze begeleiders structureel terug kunnen vallen op anderen om hen heen. Dat kunnen collega's zijn, een manager of behandelaars

(zoals gedragskundige, AVG of psychiater). In de vorm van overleg, coaching en intervisie, maar ook in de toevoeging van daadwerkelijke personele inzet op locatie. In veel gevallen is een psychiater bij de ondersteuning betrokken.

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. In willekeurige volgorde verdienen de volgende aspecten aandacht.

- 1) Medewerkers kunnen niet altijd goed vertellen wie de cliënt is en wat hij allemaal heeft meegemaakt. Dat komt omdat de voorgeschiedenis niet altijd compleet is en omdat wetenschappelijke kennis over probleemgedrag en meervoudige kijken (weten waarop je moet letten) in ontwikkeling is.
- 2) Er is sprake van een groot personeelsverloop. Het is van belang om medewerkers te binden en boeien voor ondersteuning aan deze groep cliënten. Er is behoefte aan meer tijd voor inwerken, continue beeldvorming en methodisch werken.
- 3) Binnen de teams op de locaties is meer tijd en rust nodig om proactief werken mogelijk te maken (in plaats van reactief) vanuit nabijheid, 7 dagen per week.
- 4) Bij de zorg en ondersteuning zijn diverse disciplines betrokken. Er wordt momenteel multidisciplinair gewerkt, maar te weinig interdisciplinair. Het is gewenst dat meer tijd beschikbaar komt voor goede afstemming, bijvoorbeeld bij de wisseling van diensten en samenwerking tussen professionals. Dit vraagt om voldoende tijd voor een goede coördinatie rondom de cliënt door de persoonlijk begeleider. Daarnaast is het van belang dat per cliënt een regiebehandelaar (veelal een orthopedagoog of AVG) 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.
- 5) Vanwege de psychische stoornissen bij veel van deze mensen is meer inzet van psychiaters gewenst, zowel via consultatie, diagnostiek en beeldvorming als voor behandeling.
- 6) De woonsituatie sluit niet altijd aan op de behoefte van de cliënt, zowel ten aanzien van de samenstelling van de groep, de grootte van de groep als de fysieke omgeving. Er is behoefte aan meer kleinschalige en aangepaste of gespecialiseerde settings.
- 7) Het vraagt veel tijd, inspanning en creativiteit om voor alle cliënten een zinvolle daginvulling op maat te vinden, vooral voor mensen met LVB omdat zij veelal midden in de samenleving willen meedoen.
- 8) Voor deze mensen is het van belang dat de medewerkers van de nachtdienst ook de cliënten kennen, zodat 's nachts snel passende zorg en ondersteuning kan worden geboden. Dit kan worden georganiseerd door ervoor te zorgen dat in de wakende wacht altijd een medewerker zit die de cliënten kent of door een combinatie te maken van een algemene wakende wacht met een slaapwacht op de groep.

- 9) De medewerkers op de groep beschikken over diverse vaardigheden om de cliënt en het systeem erom heen passende ondersteuning te bieden. Maar om het als medewerker vol te kunnen houden om deze groep cliënten de ondersteuning te kunnen bieden die ze nodig hebben, vraagt dit continu een investering in kennis (over cliëntkenmerken en methodieken), voldoende tijd voor interdisciplinaire afstemming en reflectie, een adequaat behandelklimaat en steun vanuit de organisatie. Het is van belang dat de organisatie een heldere visie heeft op de ondersteuning van deze groep cliënten en voldoende middelen heeft om de noodzakelijke tijd en investeringen te kunnen bieden. Dit schiet momenteel weleens tekort.
- 10) Naast een passende FWG-inschaling (vergelijkbaar met de GGZ) is het van belang om te investeren in opleiding, intervisie, coaching en binding van het team. Door grote contracten (32-36 uur) af te spreken kan de voor de cliënten gewenste continuïteit van personeel worden geboden, dat is nu veelal niet het geval vanwege de grenzen van de ATW.

Samenvattend: bij deze mensen is extra aandacht nodig voor overgangsmomenten en structuur in de dag, waarbij de begeleiders voortdurend kunnen afstemmen met behandelaars en managers, die dichtbij de teams staan, nabijheid bieden aan begeleiders en tijd hebben voor reflectie en bezinning.

4. Kosten van goede zorg

Op basis van de hiervoor beschreven aspecten van goede zorg wordt in deze paragraaf een berekening gemaakt van de bijbehorende kosten. Bij deze berekening is gebruik gemaakt van onder andere de volgende documenten:

- *NZa-prestatiecode Z473 ZZP (VG7 inclusief dagbesteding en behandeling),*
- *Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz – BR/REG-19123*
- *Kostenonderzoek langdurige zorg (KPMG, 2018) en*
- *Onderzoek parameterwaarden zorgzwaartepakketten (bureau HHM, 2013).*

De resultaten van de analyse van deze gegevens bevestigen het kwalitatieve beeld dat in voorgaande paragrafen is geschetst: voor de cliënten met Zorgprofiel VG7 worden in 2016 (iets) meer kosten gemaakt dan beschikbaar is binnen het tarief. Uitgaande van prijspeil 2016 wordt gemiddeld € 282 per dag besteed aan de zorg, terwijl het NZa tarief € 277 bedraagt (met de toevoeging dat geen enkel zorgkantoor 100% van het NZa-tarief hanteert maar een korting van circa 3% toepast). Door de zorginstellingen wordt dus op basis van prijspeil 2016 gemiddeld 5% meer besteed aan VG7 dan het tarief dat met het zorgkantoor werd afgesproken. Bij deze berekening is Meerzorg buiten beschouwing gelaten, omdat Meerzorg ook in het kostenonderzoek van KPMG buiten de berekening is gehouden. Met de € 282 per dag wordt redelijke basiszorg geleverd, maar hierbij is in onvoldoende mate sprake van goede zorg zoals beschreven in hoofdstuk 3.

De deelnemers aan het onderzoek geven aan dat ze met circa 40 uur in totaal (voor woonzorg, dagbesteding, behandeling en wakende nachtzorg) per cliënt per week in staat zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. Op deze manier is men in staat om meer tijd te besteden aan het leren kennen van de cliënt, inwerken van medewerkers, meer rust te creëren, af te stemmen tussen de diverse betrokken professionals, ondersteuning te bieden aan de medewerkers en voldoende tijd te kunnen besteden aan opleiding, intervisie, coaching en binding van het team. Ten opzichte van de inzet voor VG7, gebaseerd op de gegevens van het KPMG-onderzoek, betekent dit ruim 6 uur extra voor de woonzorg / dagbesteding / wakende nachtzorg en een half uur extra voor behandeling per cliënt per week (zodat naast de inzet van gedragskundigen, AVG ook psychiaters kunnen worden ingezet voor consultatie, diagnostiek, beeldvorming en behandeling).

Een passend tarief komt hiermee op € 344. Indien we dit vergelijken met andere sectoren dan is dit volgens het KPMG-kostenonderzoek vergelijkbaar met de uitgaven aan cliënten met GGZ7 in de psychiatrie: cliënten met extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

In aanvulling hierop hebben zorginhoudelijke experts over het leveren van 'goede zorg' aangegeven dat het gewenst is om begeleiders hoger in te schalen (waarbij ook is uitgegaan van meewerkende teamleiders) en de inzet van psychiaters te verruimen. Dit betekent dat de FWG-mix voor VG7 zwaarder is dan gemiddeld in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarnaast is aangegeven dat meer scholing, overleg, intervisie en coaching nodig is. Als we

deze aspecten financieel doorrekenen leidt dit tot een passend tarief voor goede zorg van € 371. Dit is beduidend hoger dan de huidige maximale beleidsregelwaarde voor VG7, € 306,64 (inclusief dagbesteding en behandeling; exclusief NHC en NIC) en vergelijkbaar met de maximale beleidsregelwaarde voor GGZ7, € 374,22 (bron: Bijlage 3 bij BR/REG-19121b Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019).

In deze vergelijking zijn de kosten voor Meezorg niet meegenomen. De veronderstelling is dat een aanpassing van het tarief van VG7 zal leiden tot minder aanvragen voor Meezorg, maar de deelnemers aan dit onderzoek konden niet aangeven hoe groot dit effect zal zijn. Tevens is het mogelijk dat op basis van de geactualiseerde inhoudelijke omschrijving minder cliënten in aanmerking komen voor VG7. Deze verschuiving kan een macro-effect hebben op de totale kosten voor VG7. Nader onderzoek en overleg met de betrokken partijen is nodig om meer inzicht te krijgen in deze verschuivingen.

Bijlage 1. Beschrijving zorgprofiel VG 7

VG Wonen met zeer intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege ernstige psychische- en/of gedragsproblemen

Bij deze cliënten is sprake van diverse, complexe en ingrijpende problematiek, die zowel persoonsgebonden als context gerelateerd kan zijn. Ze ervaren meer dan gemiddeld onveiligheid, onzekerheid en stress en hebben niet de competenties om zichzelf te reguleren. Er is veelal sprake van gebrek aan impulscontrole, zelfregulatie, stresshantering en zelfinzicht. Dit kan zijn oorzaak vinden in een combinatie van een lichte tot ernstige verstandelijke beperking, psychische stoornis, somatische aandoening, disharmonisch ontwikkelingsprofiel en/of hechtingsproblematiek. De problemen en kenmerken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden; ze houden elkaar in stand, beïnvloeden en versterken elkaar.

Bij onvoldoende (zeer) intensieve begeleiding en bij controleverlies kunnen situaties ontstaan die ernstige schade kunnen opleveren voor de persoon zelf en/of zijn omgeving (probleemgedrag). De risico's op controleverlies komen voort uit een scala aan factoren die de cliënten niet kunnen hanteren. De begeleidingsbehoefte kan gedurende de dag sterk wisselen door onvoorspelbare gebeurtenissen. De cliënten zijn bijzonder contextgevoelig. Ze hebben niet het vermogen adequate oplossingen te vinden in voor hen spannende en onverwachte situaties. Ze hebben continu behoefte aan nabijheid, overzicht en begrip en directe ondersteuning. Naast individu afhankelijke voorspelbaarheid van de invulling van de dag en herkenbare leefregels is het kunnen vertrouwen op de begeleider van essentieel belang.

De multicausaliteit en intensiteit van de problematiek van deze cliënten vraagt om intensieve multidisciplinaire samenwerking, specifieke competenties van het team en om gerichte scholing en ondersteuning voor alle betrokken disciplines. Op deze manier wordt het team in staat gesteld om integratief, proactief en eenduidig te werken. Daarnaast is vaak intensieve ondersteuning van het sociale netwerk nodig.

Wat betreft *sociale redzaamheid* hebben cliënten, zeker op spannende momenten, intensieve begeleiding nodig. Door het gebrek aan adaptief vermogen zijn de cliënten niet in staat om goed om te gaan met de situatie en (overgangen in) hun omgeving. Cliënten kunnen niet goed omgaan met plotselinge veranderingen en tegenslagen. Deelname aan het sociale leven is alleen mogelijk met gerichte en intensieve begeleiding.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak tot continu hulp, nabijheid en ondersteuning nodig. Met name vanwege problemen met planning en gebrek aan overzicht/inzicht en het onvermogen om tot een zingevende daginvulling te komen. Deze cliënten begrijpen niet waarom dingen anders gaan en/of tegen zitten en hebben daardoor behoefte aan ondersteuning, uitleg, herhaling en 'ondertiteling'. Deze behoefte kan in de tijd wisselend zijn, maar omdat de momenten die er toe doen doorgaans niet te voorspellen zijn, is de continue aanwezigheid van de mogelijke ondersteuning essentieel.

VG Wonen met zeer intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege ernstige psychische- en/of gedragsproblemen

De cliënten met een lichte verstandelijke beperking kunnen de *ADL* veelal grotendeels zelf wel uitvoeren, maar wel op basis van een stimulans en ondersteuning in nabijheid. Bij deze cliënten ontbreekt het overzicht van de verzorgingshandelingen die ze moeten verrichten of de intrinsieke motivatie om zichzelf goed te verzorgen. Daarnaast kan een negatief zelfbeeld een reden zijn om zichzelf niet goed te verzorgen. Aanleren van vaardigheden binnen de *ADL*, waaronder voeding en leefstijl, vergt vaak een specifiek stappenplan als onderdeel van het behandelplan. Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen fysieke hulp nodig. Vaak is wel nabijheid, ondersteuning en stimulatie nodig bij het verplaatsen buitenshuis in situaties waar ze onvoldoende sociaalvaardig zijn en in verband met de veiligheid voor de cliënt en de maatschappij.

De cliënten met een ernstige verstandelijke beperking hebben ten aanzien van *ADL* regelmatig ondersteuning en/of overname nodig, met name bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren en nagels, het wassen en het eten en drinken. Ten aanzien van de *mobiliteit* kunnen zij ook hulp nodig hebben. Deze kan in intensiteit wisselend zijn. Met name bij oriëntatie in ruimte en het verplaatsen buitenshuis is hulp nodig. Cliënten kunnen door lichamelijke problematiek afhankelijk zijn van een elektrische rolstoel, omgevingsbesturing en hulpmiddelen. Er kan ook sprake zijn van (somatische) *verpleegkundige zorg*.

Op momenten van gebrek aan zelfregulering kunnen deze cliënten verschillende vormen van *probleemgedrag* uiten. Het betreft internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving als ongewenst wordt gezien en kan leiden tot onveilige situaties voor de persoon en/of de omgeving. Hoewel dit gedrag voortkomt uit beperkte adaptieve competenties en/of psychische problemen van deze cliënten kan het door anderen als bedreigend worden ervaren. Dit gedrag vraagt permanente multi- en interdisciplinaire taxatie van risico's en het vermogen om te 'lezen' wat de echte behoefte van deze cliënten is. Kenmerkend voor deze doelgroep is, dat doorgaans sprake is van een CEP-score van 3 of hoger⁹.

Vanwege een mogelijke *psychische stoornis* en/of disharmonisch ontwikkelingsprofiel, in combinatie met de verstandelijke beperking, hebben deze cliënten een gebrek aan zelfregulatie. De psychische problemen kunnen onder andere worden veroorzaakt door een psychiatrisch ziektebeeld, een ernstige functiestoornis, verslavingsproblemen, hechtingsproblemen, prikkelverwerkingsproblemen of traumatiserende levenservaringen. Er is behoefte aan goede diagnostiek van deze onderliggende problematiek, zo nodig gevolgd door een adequate behandeling; die individueel kan zijn, maar ook mediërend (via de begeleiders).

⁹ Onder de deelnemers van het onderzoek bestaat consensus, dat het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP) tekortschiet als instrument, maar dat er geen alternatief bestaat en een alternatief instrument wenselijk is.

VG Wonen met zeer intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege ernstige psychische- en/of gedragsproblemen

De *aard van het begeleidingsdoel* is streven naar stabilisatie en ontwikkeling, gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven (ADL, wonen, werk, vrije tijd, sociaal netwerk) en versterking van het zelfreguleringsvermogen. Deze cliënten hebben behoefte aan een sterke, veilige, langdurige en onvoorwaardelijke relatie met mensen in hun omgeving die hen vertrouwen geven, zodat ze op momenten van (dreigende) escalatie hiervan gebruik kunnen maken. Vanwege het risico op terugval is aandacht nodig voor borging van het steunsysteem en de context en is het van belang om de ondersteuning op elk moment te kunnen op- en afschalen. Door continue nabijheid van ondersteuning, stimulering en aanmoediging kan een adequate interactie tussen deze cliënten en hun omgeving worden gerealiseerd.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een verstandelijke beperking.

Bijlage 2. Beschrijving zorgprofiel VG6

Deze actualisatie van de beschrijving van zorgprofiel VG6 is opgesteld vanuit de geactualiseerde beschrijving voor VG7. Het essentiële verschil tussen deze groepen cliënten komt met name naar voren in de mate van onvoorspelbaarheid en oncontroleerbaarheid. Bij cliënten met VG6 is de situatie stabiel onrustig, waarbij vaak van tevoren zichtbaar is dat het spannend wordt. Ze zijn beter 'te lezen' in vergelijking tot VG7. Bij VG7 is sprake van een grote mate van onvoorspelbaarheid en oncontroleerbaarheid. In vergelijking tot VG7 staan cliënten met VG6 meer open voor contact in de relatie, ze laten zich beter begeleiden. Bij beide groepen cliënten is sprake van veiligheidsrisico's en heftige uitingen, maar de frequentie waarin deze zich voordoen verschilt. Bij VG6 is de frequentie lager.

VG Wonen met intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege psychische en/of gedragsproblemen

Bij deze cliënten is sprake van diverse en complexe problematiek, die zowel persoonsgebonden als context gerelateerd kan zijn. Ze ervaren meer dan gemiddeld onveiligheid, onzekerheid en stress en hebben niet de competenties om zichzelf te reguleren. Er is beperkt sprake van gebrek aan impulscontrole, zelfregulatie, stresshantering en zelfinzicht. Dit kan zijn oorzaak vinden in een combinatie van een lichte tot ernstige verstandelijke beperking, psychische stoornis, somatische aandoening, disharmonisch ontwikkelingsprofiel en/of hechtingsproblematiek. De problemen en kenmerken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden; ze houden elkaar in stand, beïnvloeden en versterken elkaar.

Bij onvoldoende intensieve begeleiding en bij controleverlies kunnen situaties ontstaan die ernstige schade kunnen opleveren voor de persoon zelf en/of zijn omgeving (probleemgedrag). De risico's op controleverlies komen voort uit een scala aan factoren die de cliënten niet kunnen hanteren. De begeleidingsbehoefte kan gedurende de dag wisselen door onvoorspelbare gebeurtenissen. De cliënten zijn contextgevoelig. Ze hebben niet het vermogen adequate oplossingen te vinden in voor hen spannende en onverwachte situaties. Ze hebben behoefte aan nabijheid, overzicht en begrip en directe ondersteuning. Naast individu afhankelijke voorspelbaarheid van de invulling van de dag en herkenbare leefregels is het kunnen vertrouwen op de begeleider van belang.

De multicausaliteit en intensiteit van de problematiek van deze cliënten vraagt om multidisciplinaire samenwerking, specifieke competenties van het team en om gerichte scholing en ondersteuning voor alle betrokken disciplines. Op deze manier wordt het team in staat gesteld om integratief, proactief en eenduidig te werken.

Wat betreft *sociale redzaamheid* hebben cliënten, zeker op spannende momenten, intensieve begeleiding nodig. Door het gebrek aan adaptief vermogen zijn de cliënten beperkt in staat om goed om te gaan met de situatie en (overgangen in) hun omgeving. Cliënten kunnen niet goed omgaan met plotselinge veranderingen en tegenslagen in de relatie met een persoon die de cliënt is dit wel op te vangen. Deelname aan het sociale leven is alleen mogelijk met gerichte begeleiding.

VG Wonen met intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege psychische en/of gedragsproblemen

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, nabijheid en ondersteuning nodig. Met name vanwege problemen met planning en gebrek aan overzicht/inzicht en het onvermogen om tot een zingevende daginvulling te komen. Deze cliënten begrijpen niet altijd waarom dingen anders gaan en/of tegen zitten en hebben daardoor behoefte aan ondersteuning, uitleg, herhaling en 'ondertiteling'. Ze staan wel open voor contact in de relatie, waardoor ze zich wel laten begeleiden in dit soort relaties.

De cliënten met een lichte verstandelijke beperking kunnen de *ADL* veelal grotendeels zelf wel uitvoeren, maar wel op basis van een stimulans en ondersteuning in nabijheid. Deze cliënten hebben beperkt overzicht van de verzorgingshandelingen die ze moeten verrichten of de intrinsieke motivatie om zichzelf goed te verzorgen. Daarnaast kan een negatief zelfbeeld een reden zijn om zichzelf niet goed te verzorgen. Aanleren van vaardigheden binnen de *ADL*, waaronder voeding en leefstijl, vergt een specifiek stappenplan als onderdeel van het behandelplan. Ten aanzien van mobiliteit is doorgaans geen fysieke hulp nodig. Vaak is wel nabijheid, ondersteuning en stimulatie nodig bij het verplaatsen buitenshuis in situaties waar ze onvoldoende sociaalvaardig zijn en in verband met de veiligheid voor de cliënt en de maatschappij.

De cliënten met een ernstige verstandelijke beperking hebben ten aanzien van *ADL* regelmatig ondersteuning en/of overname nodig, met name bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren en nagels, het wassen en het eten en drinken. Ten aanzien van de mobiliteit kunnen zij ook hulp nodig hebben. Deze kan in intensiteit wisselend zijn. Met name bij oriëntatie in ruimte en het verplaatsen buitenshuis is hulp nodig. Cliënten kunnen door lichamelijke problematiek afhankelijk zijn van een elektrische rolstoel, omgevingsbesturing en hulpmiddelen. Er kan ook sprake zijn van noodzakelijke verpleegkundige zorg.

Op momenten van gebrek aan zelfregulering kunnen deze cliënten verschillende vormen van *probleemgedrag* uiten. Het betreft internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving als ongewenst wordt gezien en kan leiden tot onveilige situaties voor de persoon en/of de omgeving. Hoewel dit gedrag voortkomt uit beperkte adaptieve competenties en/of psychische problemen van deze cliënten kan het door anderen als bedreigend worden ervaren. Dit gedrag vraagt periodiek multi- en interdisciplinaire taxatie van risico's en het vermogen om te 'lezen' wat de echte behoefte van deze cliënten is.

Vanwege een mogelijke *psychische stoornis* en/of disharmonisch ontwikkelingsprofiel, in combinatie met de verstandelijke beperking, is bij deze cliënten beperkt sprake van zelfregulatie. De psychische problemen kunnen onder andere worden veroorzaakt door een psychiatrisch ziektebeeld, een ernstige functiestoornis, verslavingsproblemen, hechtingsproblemen, prikkelverwerkingsproblemen of traumatiserende levenservaringen. Er is behoefte aan goede diagnostiek van deze onderliggende problematiek, zo nodig gevolgd door een adequate behandeling.

VG Wonen met intensieve begeleiding, behandeling en verzorging vanwege psychische- en/of gedragsproblemen

De *aard van het begeleidingsdoel* is stabilisatie (behoud van de kwaliteit van leven) en waar mogelijk streven naar ontwikkeling, gericht op het bevorderen van kwaliteit van leven ADL, wonen, werk, vrije tijd, sociaal netwerk) en versterking van het zelfreguleringsvermogen. Deze cliënten hebben behoefte aan een sterke, veilige, langdurige en onvoorwaardelijke relatie met mensen in hun omgeving die hen vertrouwen geven, zodat ze op momenten van (dreigende) escalatie hiervan gebruik kunnen maken. Vanwege het risico op terugval is aandacht nodig voor borging van het steunsysteem en de context en is het van belang om de ondersteuning op elk moment te kunnen op- en afschalen. Door de nabijheid van ondersteuning, stimulering en aanmoediging kan een adequate interactie tussen deze cliënten en hun omgeving worden gerealiseerd.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een verstandelijke beperking.