

Inzicht in (persoons)kenmerken die mogelijk onderscheidend zijn voor actualisatie zorgprofiel voor mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende (zware) gedragsproblematiek (VG7)

Eindrapportage

-

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

28 april 2023

Onze referentie: A2200026616



Inhoudsopgave

01	Inleiding	09
02	Onderzoeksopzet	12
03	Resultaten	17
04	Conclusie en aanbevelingen vervolgstappen	29
05	Bijlagen	32
	Bijlage A Aanvullende beschrijving clusteringsanalyse	33
	Bijlage B Betrokken stakeholders	35
	Bijlage C Resultaten clusteringsanalyse	38
	Bijlage D Resultaten correlatieanalyse	40
	Bijlage E Resultaten aanvullende correlatieanalyses	48
	Bijlage F Referenties	53
	Bijlage G Vragenlijst	55

Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van (persoons)kenmerken waarmee mogelijk verschillende cliëntgroepen binnen het VG7 profiel te onderscheiden zijn

Inleiding

In het najaar van 2018 is het programma Volwaardig Leven gestart. Met het programma zijn maatregelen in gang gezet om meer passende zorg voor mensen met een complexe zorgvraag te realiseren. Het programma richt zich op mensen die een beroep doen op de Wlz, hun naasten en hun zorgverleners. In het Tweede Kamerdebat van 4 maart 2020⁷ hebben verschillende partijen de minister bevraagd over actualisatie van de profielen voor Sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) in de Wlz. Dit hebben zij gedaan in link met het programma Volwaardig Leven en naar aanleiding van onderzoeken^{5,15,16} die zijn uitgevoerd over de doelgroep met een complexe zorgvraag, waar onder de actualisatie van het VG7- en VG8-profiel. Deze rapportage is opgesteld in antwoord op een vraag om te komen tot een best passende indeling in profielen voor mensen met een verstandelijke beperking met bijkomende (zware) gedragsproblematiek (VG7).

De VG7-indicatie wordt afgegeven voor mensen met een verstandelijke beperking die een zeer intensieve behoefte hebben aan begeleiding, verzorging en behandeling vanwege ernstige gedrags- en/of psychiatrische problematiek. In het eerste kwartaal van 2023 hadden 17.355 mensen een VG7-indicatie³.

Om blijvend en duurzaam passende zorg te kunnen leveren zijn passende tarieven een randvoorwaarde voor zorgaanbieders. Er worden diverse knelpunten ervaren rond het organiseren van zorg voor mensen met een VG7-indicatie¹⁶.

- De omvang van het huidige profiel VG7 is niet altijd toereikend door veel of zware gedrags- en/of psychische/ psychiatrische problematiek. Zorgaanbieders ervaren in toenemende mate dat er onvoldoende geld beschikbaar is voor deze complexe zorg dat deze niet meer kostendekkend is. Ook zijn er gedurende dit onderzoek signalen ontvangen dat zorgaanbieders (overwegen om te) stoppen met het aannemen van nieuwe cliënten of leveren van deze intensieve vormen van zorg. Dit heeft als resultaat dat de wachtlijsten voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen blijven groeien⁴.

- Voor een deel van de personen met een VG7-indicatie wordt meerzorg aangevraagd en toegekend, namelijk 27% met een totale omvang van ruim € 290 miljoen in 2020⁵. Meerzorg kan aangevraagd worden bij het zorgkantoor wanneer de zorgbehoefte minimaal 25% in uren hoger is dan de zorg die op grond van de indicatie mogelijk is. Uit de monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat het aantal ZZP-dagen met meerzorg de afgelopen jaren is gestegen en dat er regionale verschillen zijn in het percentage personen met een VG7-indicatie voor wie ook meerzorg wordt aangevraagd. Zorgkantoren geven bovendien in gesprekken met het ministerie VWS aan dat zij zien dat een deel van de meerzorgaanvragen een structureel karakter heeft, terwijl meerzorg tijdelijk van aard zou moeten zijn.

Doel onderzoek

De kern van het onderzoek is het inzichtelijk maken of er (persoons)kenmerken zijn die onderscheidend zijn, waarmee mogelijk subdoelgroepen geïdentificeerd kunnen worden binnen VG7-populatie zodat zowel het CIZ (als indicerende partij) als het zorgkantoor en zorgaanbieders (voor het organiseren van de zorg) dit kunnen toepassen. Tevens is gekeken naar welke kenmerken mogelijk informatie geven over de (inrichting van) zorg wanneer op basis van (persoons)kenmerken geen onderscheid gemaakt kan worden.

Het is bekend dat de huidige grenzen tussen het VG6- en VG7-profiel niet zwart-wit zijn en de identificatie van mogelijke onderscheidende kenmerken binnen VG7 ook impact heeft op VG6. De scope van dit onderzoek richt zich echter primair op de doelgroep die op dit moment een VG7-indicatie hebben.

Inzicht in mogelijk onderscheidende (persoons)kenmerken via deskresearch, interviews, data-analyse en afstemming met werkgroep en klankbordgroep

Om tot gedragen onderbouwing en valide uitkomsten te komen zijn verschillende bewezen onderzoeksmethodieken ingezet (deskresearch, interviews, werksessies, data analyse). Als uitgangspunt van de onderzoeksaanpak is ervoor gekozen om zowel een kwalitatieve als kwantitatieve methoden te gebruiken om de onderzoeksvraag te

beantwoorden. De methoden zien toe op het ophalen van kenmerken binnen de VG7-doelgroep en het bepalen van de onderscheidenheid van deze kenmerken. Het onderzoek is in drie fasen uitgevoerd.

1. In kaart brengen (persoons)kenmerken

- Op basis van deskresearch, interviews en een werkgroepsessie met onder andere zorgaanbieders, het CCE, cliëntenorganisaties en zorgkantoren is inzicht verkregen in de huidige doelgroep met een VG7-indicatie en in bijbehorende onderliggende kenmerken.
- Bestaande kennis is door middel van deskresearch en interviews samengebracht in een conceptueel kader. Het conceptueel kader is gevalideerd en waar nodig aangescherpt met de werkgroep en klankbordgroep.
- Aan de hand van het conceptueel kader zijn, samen met de werkgroep, een aantal hypothesen opgesteld. Deze hypothesen richten zich op de vraag in hoeverre het mogelijk is om basis van de elementen van het conceptueel kader toe te werken naar subdoelgroepen binnen VG7. Tevens zijn deze hypothesen gebruikt om de data-uitvraag en data-analyses vorm te geven.

2. Data-analyse en validatie

- Op basis van een data analyse zijn de onderliggende kenmerken van het cliëntprofiel in de praktijk in kaart gebracht en gevalideerd. Deze fase bestond uit drie onderdelen:
- **Data-uitvraag:** Via een vragenlijst is kwantitatieve en kwalitatieve data op cliëntniveau opgehaald bij zorgaanbieders om inzicht te verkrijgen in (a) kenmerken individu; (b) zorg- & ondersteunings-behoefte; en (c) contextuele factoren. Parallel aan de data-uitvraag is bij zorgkantoren een data-uitvraag gedaan om inzicht te krijgen in de inzet en duur van meerzorg bij mensen met een VG7-indicatie.
 - **Clusteringsanalyse** is gebruikt om te kijken of er combinaties van kenmerken te identificeren zijn om zo mogelijke subgroepen te identificeren.
 - **Correlatieanalyse** om inzichtelijk te maken of specifieke individuele kenmerken bruikbaar zijn om groepen binnen het VG7-profiel te identificeren.

3. Impactanalyse en aanbevelingen voor het vervolg

- De resultaten van de data-analyse zijn middels een werkgroepsessie en klankbordgroepsessie besproken en geduid met als doel de implicaties en impact van de resultaten op het huidige VG7-profiel te formuleren.

Binnen het VG7-profiel zijn geen subdoelgroepen geïdentificeerd. Er is sprake van een schaal waarop een cliënt zich op kan begeven

Het is niet mogelijk om onderscheid te maken tussen subdoelgroepen binnen de huidige VG7-doelgroep

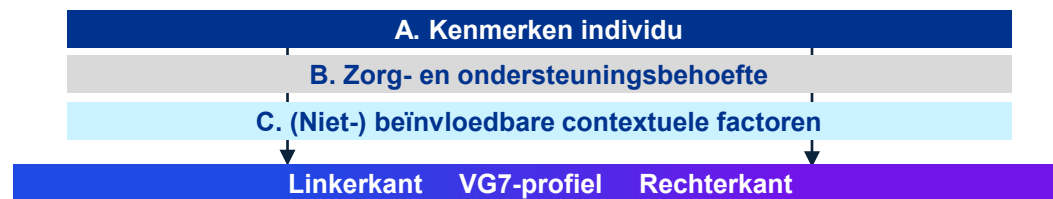
In totaal zijn data van 213 personen met een VG7-indicatie opgehaald en geanalyseerd. De opgehaalde data is representatief voor ongeveer 1,2% van de totale VG7-populatie met een VG7-indicatie. De resultaten van de clusteringsanalyse illustreren dat er geen duidelijke subgroepen naar voren komen binnen het VG7-profiel.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de doelgroep met een VG7-indicatie divers is en varieert in persoonskenmerken, zorg- en ondersteuningsbehoefte en de mate waarin probleemgedrag tot uiting komt door (niet-) beïnvloedbare contextuele factoren. De combinatie tussen deze elementen bepalen de complexiteit van (het organiseren van) de zorgvraag en het toenemen van probleemgedrag vormt hierbij een signaal dat er sprake is van een disbalans. Deze drie elementen dienen daarom ook in relatie tot elkaar bekeken te worden. Bij deze doelgroep is regelmatig sprake van op- en afschalen van zorg. De resultaten van het onderzoek laten zien dat er sprake is van een 'schaal'. De uiteindes van deze schaal geven de mate van complexiteit van (het organiseren van) de zorgvraag weer als resultaat van de (dis)balans van de verschillende factoren. De combinatie van verschillende factoren kan per individu verschillen waarbij de impact op de zorgvraag ook verschillend kan zijn.

Zo is de zorg- en ondersteuningsbehoefte afhankelijk van de persoonskenmerken en invulling van contextuele factoren en kan de (dis)balans tussen deze elementen ook bepalend zijn voor de mate waarin probleemgedrag tot uiting komt. De combinatie van specifieke kenmerken per element (zoals mate van complexe problematiek, contextgevoeligheid, mate van stresshantering en behoefte aan intensiteit begeleiding en behandeling) bepaalt waar iemand zich op de schaal bevindt. De rechterkant van de schaal wordt gekenmerkt door een complexere zorgvraag ten opzichte van de linkerkant. Tevens wordt de rechterkant van de schaal gekenmerkt door een hogere mate van contextgevoeligheid of gevoeligheid voor prikkels uit de directe omgeving ten opzichte van de linkerkant.

Bij de data-uitvraag hebben zorgprofessionals zelf ingeschat waar een cliënt zich op de schaal bevindt. Hierbij is een cliënt aan de linkerkant of het midden van de schaal ingedeeld als het huidige VG7-profiel, volgens de aanbieder, toereikend is en aan de rechterkant als het profiel niet toereikend is. 58% van de onderzoekspopulatie is door de betrokken aan de rechterkant van de schaal geplaatst, 16% in het midden en 26% aan de linkerkant. De data is geanalyseerd op basis van 57 kenmerken, gerelateerd aan het conceptueel kader. Op pagina 17 tot en met 28 is de nadere toelichting op de elementen van de schaal en waarom iemand aan de linker- of rechterkant is ingeschaald.

Op de volgende pagina worden de belangrijkste bevindingen binnen de drie onderdelen van het conceptueel kader weergegeven.



Figuur 1: Conceptueel kader VG7

Geen onderscheidende kenmerken zijn geïdentificeerd op basis van individuele kenmerken. De mate van nabijheid lijkt een mogelijk onderscheidend kenmerk

A. Kenmerken individu

- Leeftijd, mate van cognitieve beperking en sociaal-emotionele ontwikkeling zijn geen onderscheidende kenmerken binnen de VG7-doelgroep.
- Somatische aandoeningen, psychische problematiek en genetische aandoeningen lijken geen onderscheidende kenmerken te zijn.
- Adaptieve vaardigheden lijkt geen onderscheidend kenmerk. Wel is variatie zichtbaar binnen het onderdeel praktische vaardigheden in de schaal.
- Probleemgedrag uit zich binnen de doelgroep op diverse manieren; er zijn echter geen sterke relaties geïdentificeerd.
- *Interpretatie uit de praktijk: In de afgelopen jaren lijkt de onderliggende problematiek complexer geworden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit toenemende psychiatrische problematiek, zoals verslaving en trauma's. Dit komt in de huidige omschrijving van het profiel niet genoeg naar voren, terwijl bij de doelgroep sprake is van diverse, complexe en ingrijpende problematiek. Een specifiek kenmerk (de mogelijkheid om ADL bij de juiste ondersteuning uit te voeren) lijkt een mogelijk onderscheidend karakter te kunnen hebben. Echter, dit is op basis van de expertopinie niet als onderscheidend gekenmerkt.*

B. Zorg- en ondersteuningsbehoefte

- De mate van behoefte aan nabijheid lijkt een mogelijk onderscheidend kenmerk te zijn. Hierbij wordt de doelgroep aan de rechterkant van de schaal gekenmerkt als een groep die vaker behoefte heeft aan continue beschikbaarheid en nabijheid.
- Er is geen onderscheid geïdentificeerd tussen de linker- en rechterkant van de schaal met betrekking tot de inzet van behandelaars.
- *Interpretatie uit de praktijk: Aanbieders geven aan dat de zorg- en ondersteuningsbehoefte afhankelijk is van de manier waarop aanbieders dit per persoon interpreteren en hier invulling aan geven. Waar sommige aanbieders de continue behoefte aan nabijheid invullen in de vorm van een-op-een-begeleiding,*

richten andere aanbieders zich op mogelijke aanpassingen in de context. Dit zodat het mogelijk is om de behoefte aan beschikbaarheid en nabijheid op een andere manier vorm te geven. Uit de werkgroepen komt naar voren dat de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de doelgroep niet altijd duidelijk is. Hierdoor is het van belang dat het team samen met de betrokken behandelaars op zoek gaat naar een manier om aan te sluiten bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte.

C. (Niet) beïnvloedbare contextuele factoren

- Handelingsverlegenheid* binnen het team lijkt vaker voor te komen bij mensen die aan de rechterkant van de schaal zijn geplaatst.
- Context kan van grote invloed zijn op het welbevinden en functioneren van een cliënt en kan hier op zowel een positieve als negatieve manier aan bijdragen. Uit het onderzoek komen enkele aspecten naar voren die van invloed kunnen zijn op het welbevinden en functioneren van mensen met een VG7-indicatie. Zo worden zaken als een stabiel team, expertise in het team, een fysieke ruimte die aansluit bij de behoefte van de persoon, maatwerk aanpassingen in de woning en werken middels een gezamenlijk vastgestelde methodiek gezien als zaken die een positieve invloed kunnen hebben op het welbevinden.
- *Interpretatie uit de praktijk: Het is van belang om de omgeving van mensen met een verstandelijke beperking zodanig aan te passen dat stressvolle situaties zo veel mogelijk worden voorkomen. Deze contextuele factoren zijn echter niet concreet te vangen in een profiel voor een persoon. Begeleiders die handelingsverlegenheid ervaren, kunnen zich onzeker voelen over hoe ze moeten reageren op moeilijke situaties. Hierdoor kan men minder effectief zijn in het bieden van de juiste zorg en ondersteuning. Handelingsverlegenheid bij begeleiders kan leiden tot verminderde kwaliteit van zorg en verminderd welzijn van de cliënt, wat vervolgens weer kan leiden tot uiting van (complex) probleemgedrag.*

* Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet handelt of weet te handelen ondanks dat er zorgen of signalen zijn over de betreffende cliënt. Handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om (nog) adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de professional zelf²⁰.

Enkele aanbevelingen zijn aangedragen om een bijdrage te leveren aan het oplossen van de bestaande problematiek

Zoals vermeld blijkt uit dit onderzoek dat er binnen het VG7-profiel geen subdoelgroepen geïdentificeerd kunnen worden op basis van onderscheidende (persoons)kenmerken. Deze uitkomst biedt daarmee niet de gewenste handvatten om te komen tot een passend tarief en daarmee een bijdrage te leveren aan het oplossen van de knelpunten voor de zorg voor mensen met een VG7-indicatie.

In dit rapport formuleren we een aantal aanbevelingen voor vervolg.

Een inhoudelijke aanpassing van het VG7-profiel die beter aansluit bij de doelgroep en professionele ruimte biedt om in te spelen op veranderende context en passende zorg te bieden

Het huidige VG7-profiel is op aantal inhoudelijk onderdelen niet passend voor de doelgroep en een inhoudelijke aanpassing wordt daarom aanbevolen. Dit is in lijn met eerdere onderzoek naar actualisatie zorgprofiel¹⁵. Redenen voor inhoudelijke aanpassing zijn:

- Het huidige profiel richt zich voornamelijk op de zorgzwaarte van een persoon en minder op de individuele behoeften en wensen van de zorgontvanger. Hoewel de zorgzwaarte een belangrijk aspect is om te bepalen hoeveel zorg iemand nodig heeft, kan dit ook leiden tot een standaardisering van de zorg. Dit kan ten koste gaan van de persoonlijke voorkeuren en behoeften van de cliënt, zoals bijvoorbeeld wensen ten aanzien van de daginvulling of sociale contacten.
- Het profiel is vooral gericht op het verlenen van zorg en ondersteuning aan mensen die al zorgbehoevend zijn. Er is minder aandacht voor het bevorderen van gezondheid en welzijn van mensen.

Enkele punten zijn geïdentificeerd waarop het profiel geactualiseerd kan worden zodat dit beter aansluit bij de doelgroep:

a. Integratie van de schaal in het huidige profiel

De complexiteit en intensiteit van zorg bij de VG7-doelgroep kunnen toe- en afnemen bij een (dis)balans van verschillende factoren. Een belangrijk inzicht uit het onderzoek is dat contextuele factoren een belangrijke rol spelen bij deze doelgroep. Cliënten met een VG7-profiel zijn (zeer) contextgevoelig en de context heeft invloed op de mate van complexiteit van (het organiseren van) de zorgvraag. In het huidige profiel wordt gesteld dat het corrigeren van gedrag zeer moeilijk is, doordat cliënten niet of moeilijk beïnvloedbaar zijn. Hoewel contextuele factoren niet opgenomen kunnen worden in het cliëntprofiel, wordt het van belang geacht dat er voldoende aandacht is voor de contextgevoeligheid van de VG7-doelgroep aangezien dit de doelgroep kenmerkt.

Daarnaast hebben VG7-cliënten te maken met diverse, complexe en ingrijpende problematiek, waarbij regelmatig sprake is van psychiatrische problematiek. Aanbieders ervaren dat de toenemende mate van onderliggende problematiek onvoldoende naar voren komt in het huidige profiel. Bij een mogelijke aanpassing van het cliëntprofiel is het van belang rekening te houden met deze complexiteit en ingrijpende problematiek, en de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt hierop af te stemmen.

b. Gebruik van terminologie passend bij de doelgroep

Er zijn in de afgelopen jaren veranderingen geweest in de terminologieën die worden gebruikt binnen de gehandicaptenzorg. Zo wordt de term ‘gedragsgestoord’ niet meer gebruikt, maar ‘probleemgedrag’. Termen zoals gedragsgestoord worden zowel stigmatiserend als beledigend ervaren door mensen met een verstandelijke beperking en hun naasten. In het huidige VG7-profiel worden vooral de beperkingen van de persoon benadrukt en waartoe iemand niet in staat is, terwijl tegenwoordig meer nadruk wordt gelegd op de mogelijkheden en kwaliteiten van de persoon. Het gebruik van positieve en respectvolle termen kan bijdragen aan het benadrukken en bevorderen van de visie op inclusie en participatie.

De aanbeveling heeft impact op het systeem en de betrokken partijen

De aanbevelingen van het onderzoek richten zich op de inhoudelijke actualisatie van het VG7-profiel. Dit heeft impact op de betrokken partijen en moet nader uitgewerkt worden op impact en haalbaarheid. Daarnaast zijn er enkele aan te bevelen vervolgstappen meegenomen per organisatie:

VWS: Het aanpassen van het VG7-profiel heeft impact op de hele ZZP-systematiek omdat de systematiek op eenzelfde wijze is opgebouwd. Een mogelijke actualisatie dient daarom in de context van de gehele systematiek binnen de gehandicaptenzorg, maar ook domeinoverstijgend (zoals de profielen in de GGZ) bekeken te worden. Wanneer wordt besloten tot het aanpassen van het profiel, is het aan te bevelen dit te doen in samenhang met de leidraad passende zorg en uitkomsten uit het onderzoek naar passende zorg voor mensen met een VG7-indicatie²¹.

NZa: Ondanks dat het niet mogelijk is om specifieke subgroepen binnen het VG7 profiel mee te nemen in het kostprijsonderzoek, is het wel mogelijk de kenmerken met betrekking tot intensiteit, behoefte aan nabijheid en beschikbaarheid en context mee te nemen. Dit zijn kenmerken die als mogelijk onderscheidend zijn bevonden.

CIZ: Een inhoudelijke wijziging van het huidige VG7-profiel heeft impact op de uitvoerbaarheid van de indicatiestelling vanuit het CIZ. Er is in dit onderzoek niet gekeken naar het effect van aanpassing van één enkel zorgprofiel op de afbakening met andere zorgprofielen (zoals VG 6 maar wellicht ook profielen uit andere reeksen). Aanpassing van één zorgprofiel zonder de systematiek en opbouw van alle zorgprofielen (in de reeks VG maar ook in andere reeksen) mee te nemen is ongewenst, zeker als de effecten niet in kaart zijn gebracht.

Vervolgonderzoek ZZP-systematiek

Gezien de mogelijke impact van een inhoudelijke wijziging van het VG7-profiel wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar manieren waarop de ZZP-systematiek beter kan worden aangepast op de individuele behoeften en wensen van de zorgontvangers, terwijl de kostenbeheersing en kwaliteit van de zorg worden behouden. Dit onderzoek zou zich kunnen richten op:

1. de mogelijkheden om meer maatwerk te bieden binnen de zorgzwaartepakketten, bijvoorbeeld door meer ruimte te geven voor individuele invulling van de dagbesteding en behoefte aan nabijheid.
2. hoe er meer nadruk kan worden gelegd op het voorkomen van gezondheidsproblemen en het bevorderen van een gezonde leefstijl, bijvoorbeeld door meer aandacht te geven aan beweging, gezonde voeding en sociale activiteiten. Dit kan bijdragen aan het verminderen van de zorgzwaarte en de behoefte aan langdurige zorg

De uitkomsten van het onderzoek kunnen bijdragen aan het optimaliseren van het ZZP-systeem en daarmee het verbeteren van de zorg voor zorgontvangers.

01

Inleiding

Knelpunten VG7 vragen om herijking van het huidige zorgprofiel

1

Groeiende en veranderende zorgvraag binnen de gehandicaptenzorg

De zorg voor mensen met een beperking vindt plaats binnen een continu veranderende maatschappelijke context. Er is een groeiend tekort aan personeel in de zorg, een toenemende complexiteit in zorgvragen met toename van multimorbiditeit waaronder psychiatrische problematiek, druk op financiën en krapte op de woningmarkt¹. Het uitgangspunt voor zorgaanbieders is het bieden van persoonsgerichte en passende zorg en ondersteuning die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van mensen met een beperking. Ook binnen die veranderende context².

De VG7-indicatie wordt afgegeven voor mensen met een verstandelijke beperking die een zeer intensieve behoefte hebben aan begeleiding, verzorging en behandeling vanwege ernstige gedrags- en/of psychiatrische problematiek. In het eerste kwartaal van 2023 hadden 17.355 mensen een VG7-indicatie³.

Onderliggende signalen en knelpunten VG7 vragen om een vervolgaanpak

Om blijvend en duurzaam passende zorg te kunnen leveren zijn passende tarieven een randvoorwaarde voor zorgaanbieders. Er worden diverse knelpunten ervaren rond het organiseren van zorg voor mensen met een VG7-indicatie.

- De omvang van het huidige profiel VG7 is niet altijd toereikend door veel of zware gedrags- en/of psychische/ psychiatrische problematiek. Zorgaanbieders ervaren in toenemende mate dat er onvoldoende geld beschikbaar is voor deze complexe zorg dat deze niet meer kostendekkend is. Ook zijn er tijdens de looptijd van het onderzoek signalen ontvangen dat zorgaanbieders (overwegen om te) stoppen met het aannemen van nieuwe cliënten of leveren van deze intensieve vormen van zorg. Dit heeft als resultaat dat de wachtlijsten voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen blijven groeien⁴.
- Voor een deel van de personen met een VG7-indicatie wordt meerzorg aangevraagd en toegekend, namelijk 27% met een totale omvang van ruim € 290 miljoen in 2020⁵. Meerzorg kan aangevraagd worden bij het zorgkantoor wanneer de zorgbehoefte minimaal 25% in uren hoger is dan de zorg die op grond van de indicatie mogelijk is.

Uit de monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat het aantal ZZP-dagen met meerzorg de afgelopen jaren is gestegen en dat er regionale verschillen zijn in het percentage personen met een VG7-indicatie voor wie ook meerzorg wordt aangevraagd. Zorgkantoren geven bovendien in gesprekken met het ministerie VWS aan dat zij zien dat een deel van de meerzorgaanvragen een structureel karakter heeft, terwijl meerzorg tijdelijk van aard zou moeten zijn.

Aanleiding onderzoek

In het najaar van 2018 is het programma Volwaardig Leven gestart. Met het programma zijn maatregelen in gang gezet om meer passende zorg voor mensen met een complexe zorgvraag te realiseren. Het programma richt zich op mensen die een beroep doen op de Wlz, hun naasten en hun zorgverleners. In het Tweede Kamerdebat van 4 maart 2020⁷ hebben verschillende partijen de minister bevraagd over actualisatie van de profielen voor Sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) in de Wlz. Dit hebben zij gedaan naar aanleiding van onderzoeken die zijn uitgevoerd over de actualisatie van het VG7- en VG8-profiel. Deze opdracht richt zich op het adviseren over een best passende indeling in profielen voor mensen met een verstandelijke beperking met bijkomende (zware) gedragsproblematiek (VG7).

Doel onderzoek

De kern van het onderzoek is het inzichtelijk maken of er (persoons)kenmerken zijn die onderscheidend zijn, waarmee mogelijk subdoelgroepen geïdentificeerd kunnen worden binnen VG7-populatie zodat zowel het CIZ (als indicerende partij) als het zorgkantoor en zorgaanbieders (voor het organiseren van de zorg) dit kunnen toepassen. Wanneer op basis van (persoons)kenmerken geen onderscheid gemaakt kan worden, is gekeken naar welke kenmerken mogelijk informatie geven over de (inrichting van) zorg.

Het is bekend dat de huidige grenzen tussen het VG6- en VG7-profiel niet zwart-wit zijn en de identificatie van mogelijke onderscheidende kenmerken binnen VG7 ook impact heeft op VG6. De scope van dit onderzoek richt zich er echter primair op de doelgroep die op dit moment een VG7 indicatie hebben.

Hoofdstuk 2 beschrijft de opzet van het onderzoek. De diverse fasen van het onderzoek worden beschreven ter onderbouwing van de validiteit van de resultaten. Specifieke aandacht wordt besteed aan de verwerking en analyse van de opgehaalde data.

Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste resultaten van het onderzoek. De resultaten zijn opgebouwd aan de hand van het conceptueel kader, de belangrijkste resultaten uit de data-analyse en de interpretatie van de resultaten. Indien van belang ter onderbouwing van de validiteit van het onderzoek, staan overige resultaten in de bijlagen beschreven.

Hoofdstuk 4 beschrijft de conclusie van het onderzoek op basis van de resultaten. Een voorstel voor een mogelijk onderscheid binnen het VG7-profiel wordt gedaan op basis van kwantitatief onderbouwde onderscheidende kenmerken. Concrete aanbevelingen worden gedaan voor vervolgstappen.

Hoofdstuk 5 bevat enkele bijlagen met aanvullende informatie.

02

Onderzoeks- opzet

Inzicht in mogelijk onderscheidende (persoons)kenmerken via deskresearch, interviews, data-analyse en afstemming met werkgroep en klankbordgroep

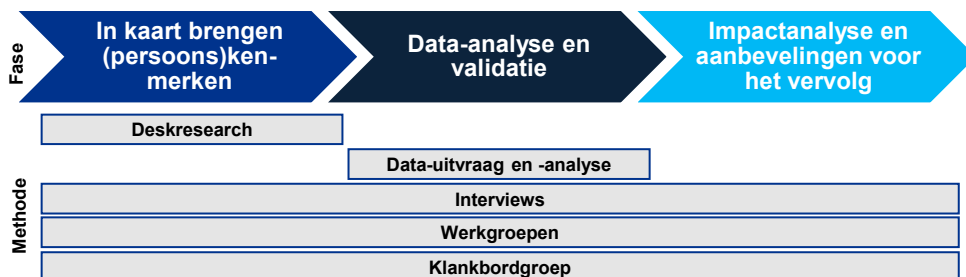
Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de drie fasen waarin het onderzoek is uitgevoerd, gevolgd door de manier van data-uitvraag en -verwerking. Zie bijlage A voor een uitgebreidere uitleg over de methoden van het onderzoek en bijlage B voor de betrokken stakeholders. De centrale onderzoeksvraag van onderliggende rapportage is:

- *Zijn er (persoons)kenmerken die onderscheidend zijn die gebruikt kunnen worden om subdoelgroepen te identificeren binnen de VG7-populatie?*

Het onderzoek combineert zowel een kwalitatieve als kwantitatieve methode om bovenstaande vraag te beantwoorden. De methoden zien toe op het ophalen van kenmerken binnen de VG7-doelgroep en het bepalen van de onderscheidenheid van deze kenmerken. Daarbij is inzichtelijk gemaakt of clusters van kenmerken te herkennen zijn om zo mogelijke subgroepen te identificeren. We hanteren daarbij een data- en hypothesegedreven aanpak.

Fase 1: In kaart brengen (persoons)kenmerken cliëntprofiel VG7

Op basis van interviews en werkgroepsessies met onder andere (zorg)aanbieders, het CCE, zorgkantoren en cliëntenorganisaties is inzicht verkregen in de huidige doelgroep met een VG7-indicatie en in bijbehorende onderliggende kenmerken. Bestaande kennis is door middel van deskresearch en interviews samengebracht in een conceptueel kader. Dit is gevalideerd en waar nodig aangescherpt middels interviews en in overleg met de werkgroep* en klankbordgroep**. In de werkgroep zitten zorgaanbieders, zorgkantoren en cliënt- en naastenorganisaties. Via deze manier zijn kenmerken die eventueel onderscheidend kunnen zijn voor subgroepen binnen het VG7-profiel inzichtelijk gemaakt. De hypothesen en aannames zijn met de werkgroep opgesteld (zie pagina 14). Het conceptueel kader is weergegeven op pagina 18.



*Aan de werkgroep hebben achttien organisaties deelgenomen. Zie bijlage B voor een overzicht van de deelnemers.

**CIZ, Iederln, NZa, VGN, VWS en ZN hebben aan de klankbordgroep deelgenomen.

Diverse hypothesen zijn geformuleerd om de data-uitvraag en data-analyse vorm te geven

In fase 1 zijn, in samenwerking met de werkgroep, een aantal hypothesen geformuleerd. Deze hypothesen richten zich op de elementen van de schaal en in hoeverre het mogelijk is om basis van deze elementen toe te werken naar subdoelgroepen binnen VG7.

Tevens zijn deze hypothesen gebruikt om de data-uitvraag en data-analyse vorm te geven. De legenda is gebaseerd op hypothesen die in fase 1 van het onderzoek zijn opgesteld.

Kenmerken individu	Toelichting
De frequentie, ernst en consequenties van het gedrag	Het niet beantwoorden van de behoefte kan zich uiten in extreem externaliserend- en internaliserend gedrag. Een mogelijk onderscheidend karakter kan de (potentiële) ernst van het probleem gedrag zijn en de intensiteit die nodig is om gedrag terug in balans te krijgen. Gedrag uit zich vaker op de omgeving zoals mensen die gewond raken of spullen die kapot gaan.
Adaptieve vaardigheden	De mate van adaptieve vaardigheden kan mogelijk een deels onderscheidend karakter hebben. Binnen de VG7 doelgroep zijn er mensen waarbij er geen/nauwelijks sprake is van adaptieve vaardigheden en geen/minder herstel van veerkracht als de intensieve nabijheid niet geboden wordt. De combinatie van gebrek aan zelfregulatie, prikkelverwerking, stresshantering en zelfinzicht hangt met elkaar samen en zorgt ervoor dat bijna alle vormen van prikkels te veel zijn om te reguleren, wat kan resulteren in probleemgedrag.
Verstandelijke mogelijkheden	Mate van cognitieve beperking lijkt geen onderscheidend karakter te hebben. Hoewel de EVB en LVB doelgroepen een andere ondersteuningsbehoefte kunnen hebben is de verwachting dat de intensiteit ervan vergelijkbaar is.
Somatische aandoeningen en psychiatrische problematiek	In de gehele schaal lijken psychiatrische problematiek meer op de voorgrond. Alhoewel diagnoses zoals autisme, extreme hechtingsproblematiek en psychiatrische problematiek vaker kunnen voorkomen, wordt verwacht dat dit geen onderscheidende kenmerken zijn.
Leeftijd	Het is aannemelijk dat dat het ouder worden van een client ervoor kan zorgen dat de complexiteit van de zorgvraag toeneemt door bijkomende problematiek zoals dementie, toenemende fysieke zorg. De verwachting is dat leeftijd geen onderscheidend kenmerk is om tot subdoelgroepen te komen.
Zorg- en ondersteuningsbehoefte	Toelichting
Ondersteunings- en begeleidingsdoel	Het doel waarmee zorg en ondersteuning wordt ingezet kan verschillen. Het lijkt aannemelijk het doel een mogelijk onderscheidend karakter kan hebben. De onderscheidendheid is mogelijk te vinden in zelfregulatie en (waar mogelijk) ontwikkeling tot creëren van stabiliteit.
Zorg- en ondersteuningsbehoefte	De behoefte aan zorg- en ondersteuning lijkt verschillend zijn waardoor ze mogelijk een onderscheidend karakter hebben. Behoefte kan variëren tot ondersteuning zonder dat er directe ondersteuning ter plekke aanwezig is tot een behoefte die continue en fors is waarbij geen verslapping mogelijk is.
Multidisciplinaire samenwerking	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. Het is aannemelijk dat de mate waarin behandeling wordt ingezet, mogelijk deels onderscheidend is.
Context	Toelichting
Contextgevoeligheid	De gehele doelgroep is contextgevoelig, wel kan de invloed die context heeft op het welbevinden verschillen. Bij sommige mensen is het mogelijk met de juiste context een goede balans te creëren wat het gedrag kan beïnvloeden. Daarnaast zijn er ook mensen die zeer context gevoelig zijn en beïnvloedbaarder door niet-beïnvloedbare contextuele factoren.

Legenda:

Mogelijk onderscheidend
 Mogelijk deels onderscheidend
 Niet onderscheidend

De implicaties van de resultaten ten opzichte van het huidige VG7-profiel zijn inzichtelijk gemaakt en gevalideerd door de werk- en klankbordgroep

Fase 2: Data-analyse om de kenmerken te valideren

Data is uitgevraagd bij zorgaanbieders en zorgkantoren. Zorgaanbieders zijn gevraagd om aan de hand van vragenlijsten data op cliëntniveau aan te leveren (zie bijlage G). Zo is kwalitatieve en kwantitatieve data opgehaald om de mogelijk onderscheidende kenmerken tussen cliënten met een VG7-indicatie te duiden. Het conceptueel kader, evenals de opgehaalde mogelijke onderscheidende kenmerken, zijn gevalideerd middels interviews en de werkgroep. Aan de hand van het conceptueel kader is een vragenlijst opgesteld om de onderscheidende kenmerken op cliëntniveau op te halen. Data is uitgevraagd rondom de volgende thema's:

- Algemene cliëntkenmerken
- Mate van verstandelijke beperking
- Adaptieve vaardigheden
- Somatische en psychische problematiek
- Participatie
- Zorg & ondersteuningsbehoefte
- Contextuele factoren
- Probleemgedrag cliënt
- Meerzorg

Parallel aan de data-uitvraag is bij zorgkantoren een data-uitvraag gedaan om inzicht te krijgen in de inzet en duur van meerzorg bij mensen met een VG7-indicatie.

Opgehaalde data is geanalyseerd om clusters en kenmerken te identificeren

Om de data te analyseren zijn labels toegevoegd aan de dataset om de kwantitatieve data te verrijken. Deze labels zijn op basis van het conceptueel kader opgesteld. De data is op meerdere manieren geanalyseerd. Zie bijlage A voor een uitgebreidere beschrijving van de clusteringsanalyse.

Clusteringsanalyse is gebruikt om te kijken of er combinaties van kenmerken te identificeren zijn om zo mogelijke subgroepen te identificeren. Hierbij is gemaakt van K-

modes clustering⁸. De kwaliteit van de clustering is bepaald aan de hand van twee veelgebruikte methodes: de Elbow methode⁹ en de Silhouette methode¹⁰.

Correlatieanalyse om inzichtelijk te maken of specifieke individuele kenmerken bruikbaar zijn om groepen binnen het VG7-profiel te identificeren. Hiervoor is gebruik gemaakt van Phik-analyses¹¹. Per kenmerk is een correlatiecoëfficiënt bepaald om de relatie tussen de individuele onderscheidende kenmerken binnen het zorgprofiel te bepalen. Bij een correlatie van 0,7 is een kenmerk als mogelijk onderscheidend beschouwd en vanaf 0,4 als mogelijk interessante correlatie beschouwd. De mate van significantie is gemeten via de Z-score. Voor een Z-score hoger dan 1,96 kan worden gesteld dat de correlatie binnen het betrouwbaarheidsinterval van 95% zit.

We benadrukken dat een correlatie niet gelijk staat aan causaliteit. Causaliteit betekent dat een verandering in een variabele consistent een verandering in een andere variabele veroorzaakt.

Fase 3: Impactanalyse en aanbevelingen voor het vervolg

De opgehaalde inzichten zijn voorgelegd aan de werkgroep ter duiding. Daarnaast zijn de implicaties en de impact van de resultaten ten opzichte van het huidige VG7-profiel besproken. Hiermee is de bruikbaarheid en de relevantie van de opgehaalde inzichten inzichtelijk gemaakt. Daarnaast zijn ter nadere duiding de resultaten aan de klankbordgroep voorgelegd waar met name is gekeken naar de implicaties van de resultaten vanuit de verschillende betrokken stakeholders (de NZa, ZN, het CIZ en het ministerie van VWS).

Onderzoek betreft een momentopname

Beperkingen van het onderzoek

In deze rapportage worden inzichten in de mogelijk onderscheidende kenmerken binnen het VG7-profiel getoond op basis van aangeleverde data van de deelnemende aanbieders. KPMG heeft diverse voorzorgsmaatregelen genomen, zodat zorgaanbieders data geanonimiseerd aan konden leveren. Hierdoor is het voor KPMG niet mogelijk om opgehaalde data aan individuele cliënten of organisaties te koppelen. Alhoewel in lijn met de wens van zorgaanbieders, is een bijkomend negatief effect dat de data niet gecontroleerd dan wel aangevuld kon worden. Daarmee is het onderzoek afhankelijk van de kwaliteit van de aangeleverde data om een waarheidsgetrouw beeld te schetsen van het VG7-profiel.

De inschaling van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënten betreft een moment opname. De vraagstelling is gebaseerd op een 'statische' inschaling. Er is geen rekening gehouden met mogelijke veranderingen in intensiteit van de zorg- en ondersteuningsbehoefte over de tijd. Het is mogelijk dat als dezelfde uitvraag over zes maanden of een jaar herhaald wordt met dezelfde cliënten, er een mogelijke andere uitkomst volgt.

03

Resultaten

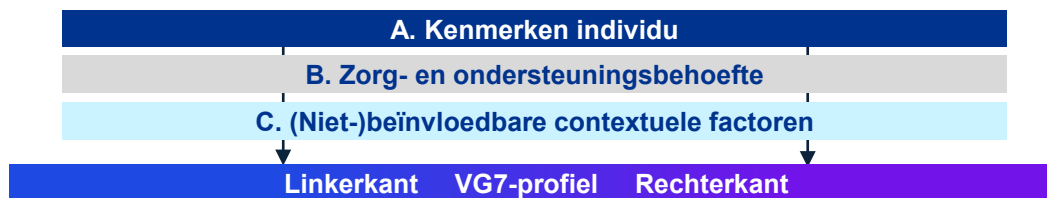
Binnen het VG7-profiel zijn geen subdoelgroepen geïdentificeerd. Er is sprake van een schaal waarop een cliënt zich kan begeven

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten zijn gebaseerd op de uitkomsten van de verschillende onderzoeksactiviteiten zoals beschreven in hoofdstuk 2. Dit hoofdstuk is opgebouwd langs de belangrijkste resultaten.

Het is niet mogelijk om onderscheid te maken tussen subdoelgroepen binnen de huidige VG7-doelgroep

Door middel van een clusteringsanalyse is gekeken of er combinaties van kenmerken te identificeren zijn om zo mogelijke subgroepen te identificeren. De clusteringsanalyses zijn uitgevoerd op basis van de opgestelde hypothesen (zie pagina 14), het conceptueel kader en signalen uit de werkgroep. De resultaten van de clusteringsanalyses illustreren dat er geen duidelijke subgroepen naar voren komen binnen het VG7-profiel. Zie bijlage C voor de resultaten van de clusteringsanalyses.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de doelgroep met een VG7-indicatie divers is en varieert in persoonskenmerken, zorg- en ondersteuningsbehoefte en de mate waarin probleemgedrag tot uiting komt door (niet-) beïnvloedbare contextuele factoren. De combinatie tussen deze elementen bepalen de complexiteit van (het organiseren van) de zorgvraag en het toenemen van probleemgedrag vormt hierbij een signaal dat er sprake is van een disbalans. Deze drie elementen dienen daarom ook in relatie tot elkaar bekeken te worden. Bij deze doelgroep is regelmatig sprake van op- en afschalen van zorg. De resultaten van het onderzoek laten zien dat er sprake is van een 'schaal'. De uiteindes van deze schaal geven de mate van complexiteit van (het organiseren van) de zorgvraag weer als resultaat van de (dis)balans van de verschillende factoren. De combinatie van verschillende factoren kan per individu verschillen waarbij de impact ook verschillend kan zijn.



Figuur 1: Conceptueel kader VG7

Onderstaand worden de belangrijkste bevindingen binnen de drie onderdelen van de schaal weergegeven.

A. Kenmerken individu

- Leeftijd, cognitieve beperking en sociaal-emotionele ontwikkeling zijn geen onderscheidende kenmerken binnen de VG7-doelgroep.
- Adaptieve vaardigheden lijkt geen onderscheidend kenmerk. Wel is variatie zichtbaar binnen het onderdeel praktische vaardigheden in de schaal.
- Somatische aandoeningen, psychische problematiek en genetische aandoeningen lijken geen onderscheidende kenmerken te zijn.
- Probleemgedrag uit zich binnen de doelgroepen op diverse manieren; er zijn echter geen sterke relaties geïdentificeerd.

B. Zorg- en ondersteuningsbehoefte

- Behoefte aan nabijheid wordt geïdentificeerd als een onderscheidend kenmerk binnen de schaal. Mensen aan de rechterkant van de schaal hebben meer behoefte aan continue beschikbaarheid en nabijheid van begeleiding ten opzichte van de mensen aan de linkerkant van de schaal.
- Er is geen onderscheid geïdentificeerd tussen de linker- en rechterkant van de schaal met betrekking tot de inzet van behandelaren.

C. (Niet-)beïnvloedbare contextuele factoren

- Handelingsverlegenheid lijkt vaker voor te komen aan de rechterkant van de schaal ten opzichte van personen aan de linkerkant van schaal.
- Context wordt gezien als een belangrijke factor die veel invloed heeft op het welbevinden van de cliënt.

Op de volgende pagina's worden de demografische kenmerken van de onderzoeksresultaten toegelicht, waarna de hoofdresultaten nader worden onderbouwd aan de hand van de kenmerken.

Respondenten hebben veelal vanuit dezelfde overwegingen iemand op de schaal ingedeeld

Bij de data-uitvraag hebben zorgprofessionals zelf ingeschat waar een cliënt zich op de schaal bevindt. Hierbij is een cliënt aan de linkerkant of midden van de schaal ingedeeld als het huidige VG7-profiel, volgens de aanbieder, toereikend is en aan de rechterkant als het profiel niet toereikend is. De respondenten hebben kwalitatief aangegeven waarom cliënten aan een bepaalde kant van de schaal worden ingedeeld. De gegeven

antwoorden zijn geanalyseerd om zo een gedegen beeld te vormen van de achterliggende motivatie waarom cliënten aan een bepaalde kant van de schaal worden ingedeeld. Hieronder zijn enkele quotes weergegeven van respondenten met betrekking tot de redenen waarom een cliënt aan de desbetreffende kant is ingedeeld.

VG7-profiel

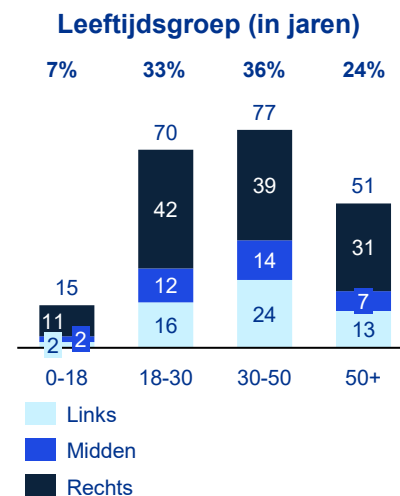
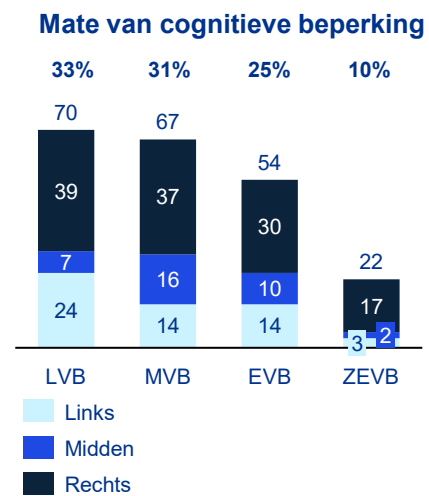
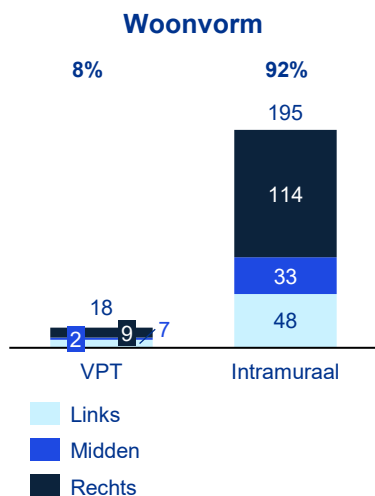
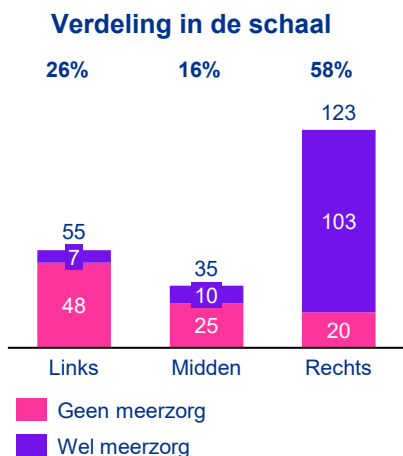
Linkerkant	Midden	Rechterkant
<ul style="list-style-type: none"> – “Cliënt is in staat te wachten op hulp als hij in een goede stemming is.” – “Er is sprake van probleemgedrag, maar dit is (meestal) verklaarbaar en te begeleiden indien tijdigesignaleerd.” – “Nabijheid is voor de cliënt belangrijk, maar niet constant nodig. Het is van belang dat nabijheid beschikbaar is bij overprikkeling.” – “Cliënt is over het algemeen zelfstandig, heeft alleen nabijheid nodig bij spannende momenten.” – “Adaptieve vaardigheden maken dat de persoon zich redelijk zelfstandig kan redden, mits er geen veranderingen zijn in omgeving of fysieke gesteldheid.” – “Er is grip op probleemgedrag, men weet hoe hiermee om te gaan (oftewel: behandelaanbod is effectief).” 	<ul style="list-style-type: none"> – “De cliënt heeft een hogere zorgvraag en heeft meer begeleiding dan medecliënten met een VG7. Er wordt overwogen om meerzorg aan te vragen.” – “Het gedrag van de cliënt is nog steeds aanwezig, maar door de juiste context en benadering is de uitingsvorm milder geworden in de loop der jaren.” – “Er is meer toezicht en begeleiding nodig dan eigenlijk volgens de indicatie geboden kan worden.” – “De intensieve begeleidingsvraag is groter dan wat met de indicatie kan worden geleverd.” – “Er is sprake van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel met duidelijke sterke en zwakke kanten en fluctuerende draagkracht, waardoor specifiek specialisme van begeleiders nodig is.” – “Het probleemgedrag is dusdanig dat het altijd op de loer ligt, maar door intensieve begeleiding en ondersteuning kan hierop tijdig worden ingespeeld en wordt er de-escalerend gewerkt.” 	<ul style="list-style-type: none"> – “Er is continue nabijheid nodig van begeleiding, omdat de intensiteit van begeleiding hoog is en de begeleidingsstijl complex is en veel vraagt van de professionaliteit van begeleiders.” – “Cliënt heeft hogere begeleidingsintensiteit nodig.” – “Zonder nabijheid van begeleiding is er sprake van sterk oplopende stress, wat zich uit in automutilatie.” – “Er zijn geen stabiele periodes van functioneren en het is lastig om preventief te werken. Begeleiding, context en behandeling moeten continu worden aangepast.” – “Zeer lage adaptieve vaardigheden, zeer lage impulscontrole, zelfregulatie, stresshantering en zelfinzicht. De zorg- en ondersteuningsbehoefte is veelal gericht op stabilisatie en er is veelal continue nabijheid noodzakelijk.” – “Extreem probleemgedrag en nood aan intensieve ondersteuning.”

De data laat een gevarieerd beeld zien in inschaling, mate van cognitieve beperking en leeftijd

In totaal is data van 213 personen met een VG7-indicatie opgehaald en geanalyseerd. Respondenten hebben de cliënten toegewezen aan de schaal op basis van hun ervaring met de VG7-populatie.

- 26% van de onderzoekspopulatie is aan de linkerkant van de schaal geplaatst, 16% in het midden en 58% aan de rechterkant.
- De opgehaalde data is representatief voor ongeveer 1,2%^{12*} van de totale VG7-populatie met een VG7-indicatie.
- 92% van de onderzoekspopulatie woont intramuraal, terwijl 8% van de populatie in de thuissetting woont en een Volledig Pakket Thuis (VPT) ontvangt.

- Het merendeel van de onderzoekspopulatie wordt gekenmerkt door een LVB of MVB (64%), terwijl een ZEVB relatief weinig voorkomt (10%). 14% van de mensen die zijn ingedeeld aan de rechterkant van de schaal heeft een ZEVB, aan de linkerkant van de schaal is dit 5% van de groep.
- Qua leeftijd bevindt het merendeel van de onderzoekspopulatie zich in de leeftijdsgroep 18 tot 50 jaar (69%). Een relatief klein gedeelte (7%) bevindt zich in de leeftijdsgroep 0 tot 18 jaar.
- 66% van de mensen die zijn ingedeeld aan de rechterkant van de schaal is tussen de 18 en 50 jaar oud; aan de linkerkant van de schaal is 73% van de groep tussen de 18 en 50 jaar oud.



* Totaalaantal mensen met een VG7-indicatie gebaseerd op de eerste kwartaalcijfers van 2023 van het CIZ; dit betreft 17.355 mensen.

De resultaten van de data-analyse laten zien dat er geen individuele kenmerken zijn die onderscheidend zijn

De doelgroep met een VG7-indicatie is een diverse groep met variërende, individuele kenmerken

De mate van verstandelijke beperking kan variëren van een lichte tot een ernstige mate van verstandelijke beperking. Volgens het American Association Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)-model¹³ wordt een verstandelijke beperking gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren. Dit kan tot uiting komen in beperkte conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden, beide ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode. Dit model wordt ook toegepast in de huidige praktijk zoals de Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking¹⁴. Tevens is bij mensen met een VG7-indicatie vaak sprake van een verstandelijke beperking in combinatie met een psychische/psychiatrische stoornis, (aangeboren) aandoeningen of syndromen, disharmonisch ontwikkelingsprofiel, hechtingsproblematiek en/of verslaving^{15,16}. De doelgroep ervaart meer dan gemiddeld stress, gevoel van onveiligheid en onzekerheid, omdat ze de omgeving niet goed begrijpen en vice versa. Dit gebrek aan vaardigheden maakt hen kwetsbaarder en vergroot het risico op probleemgedrag.

Conclusie van de data-analyse

De resultaten van de data-analyse laten zien dat er geen individuele kenmerken zijn die onderscheidend zijn voor weerszijden van de schaal. Wel laten de resultaten een aantal nuanceverschillen zien tussen de linker- en rechterkant van de schaal.

1. *Leeftijd, cognitieve beperking en sociaal-emotionele ontwikkeling* zijn geen onderscheidende kenmerken binnen de VG7-doelgroep.
2. Er is geen duidelijk onderscheid te zien in adaptieve vaardigheden, wel is variatie zichtbaar binnen het onderdeel praktische vaardigheden. Dit is te vinden in *welke mate de persoon in staat is zelf Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) uit te voeren*.
3. *Somatische aandoeningen, psychische problematiek en genetische aandoeningen* lijken geen onderscheidende kenmerken te zijn.
4. Probleemgedrag uit zich binnen de doelgroepen op diverse manieren; er zijn echter geen sterke relaties geïdentificeerd.

1. *Leeftijd, cognitieve beperking en sociaal-emotionele ontwikkeling* zijn geen onderscheidende kenmerken binnen de VG7-doelgroep

De resultaten van de data-analyse laten geen sterke relaties zien (correlatiecoëfficiënten < 0,159) voor de kenmerken *leeftijd, mate van cognitieve beperking* en *sociaal-emotionele ontwikkeling*. Deze worden dus als niet onderscheidende kenmerken gezien. Wel worden een aantal nuanceverschillen gezien tussen de linker- en rechterkant van de schaal ten aanzien van mate van *cognitieve beperking* en *sociaal-emotionele ontwikkeling*:

- De mate van cognitieve beperking lijkt in grote lijnen evenredig verdeeld over de schaal, alhoewel nuances bestaan. Zo lijkt een *lichte verstandelijke beperking* vaker voor te komen aan de linkerkant van de schaal (44%) in verhouding tot de rechterkant van de schaal 32%. Een *zeer ernstige verstandelijke beperking* komt vaker voor aan de rechterkant van de schaal (14%) dan aan de linkerkant (5%).
 - De data illustreert dat 50% van de mensen die aan de rechterkant zijn ingeschaald een SEO van 0-12 maanden heeft; aan de linkerkant is dit 30% van de personen.
2. *Er is geen duidelijk onderscheid te zien in adaptieve vaardigheden, wel is variatie zichtbaar binnen het onderdeel praktische vaardigheden*

Het onderdeel adaptieve vaardigheden verwijst naar de vaardigheden in het uitvoeren van dagelijkse handelingen die nodig zijn voor het persoonlijk en sociaal functioneren van een persoon. Er is geen duidelijk onderscheid te zien in adaptieve vaardigheden, wel is variatie zichtbaar binnen het onderdeel praktische vaardigheden. Deze variatie is te vinden in het kenmerk in welke mate de persoon in staat is zelf ADL uit te voeren.

- Personen aan de linkerkant van de schaal *zijn vaker redelijk goed in staat om ADL uit te voeren bij de juiste ondersteuning dan wel sturing* (65%) ten opzichte van personen aan de rechterkant van de schaal (33%) (een correlatiecoëfficiënt van 0,457 en een Z-score van 2,877). De onderliggende mate van verstandelijke beperking verschilt niet tot zeer beperkt. Zo heeft 56% van de personen die ADL uit kan voeren aan de linkerkant een LVB, terwijl dit 53% is aan de rechterkant.

Adaptieve vaardigheden, somatische en/of psychische aandoeningen tonen geen sterke relatie

- *Sociale en conceptuele vaardigheden* lijken redelijk verspreid over de schaal. Ook hier is geen sterke relatie geïdentificeerd. Zowel de linker- als de rechterkant kenmerkt zich deels door een groep die *communicatief redelijk sterk is, behoefte heeft aan contact en enige mate van sociale vaardigheden* bezit.
- Bij personen aan de rechterkant van de schaal is bij 40% van de mensen *participatie alleen mogelijk onder bepaalde condities zoals een-op-een-begeleiding*. Aan de linkerkant van de schaal komt dit minder vaak voor (25%).

3. *Somatische aandoeningen, psychische problematiek en genetische aandoeningen lijken geen onderscheidende kenmerken te zijn*

De resultaten van de data-analyse laten geen sterke relatie zien voor het kenmerk *genetische aandoeningen*. Aan beide kanten van de schaal komen *genetische aandoeningen* ongeveer in dezelfde verhoudingen voor. Aan de linkerkant heeft 36% procent van de personen een *genetische aandoening*, aan de rechterkant is dit 30%. Ten aanzien van de kenmerken *somatische en psychiatrische problematiek* worden de volgende verschillen tussen de linker- en rechterkant van de schaal geïdentificeerd:

- Aan beide kanten van de schaal komen dezelfde *somatische aandoeningen* in ongeveer dezelfde verhoudingen voor. 47% van de mensen die zijn ingeschaald aan de rechterkant heeft twee of meer *somatische aandoeningen* in vergelijking met 29% aan de linkerkant.
- Aan beide kanten van de schaal komen dezelfde *psychische aandoeningen* ongeveer in dezelfde verhoudingen voor, waarbij een groot deel van de groep drie of meer psychische aandoeningen heeft (58% aan de rechterkant en 49% aan de linkerkant van de schaal).

4. *Probleemgedrag uit zich binnen de doelgroepen op diverse manieren; er zijn echter geen sterke relaties geïdentificeerd*

De resultaten van de data-analyse laten geen sterke relatie zien voor *de mate waarin probleemgedrag* voorkomt (correlatiecoëfficiënt < 0,373). Aan beide kanten van de schaal lijkt probleemgedrag in ongeveer dezelfde verhoudingen voor te komen.

- Bij 91% van de mensen die zijn ingedeeld aan de rechterkant van de schaal is sprake van *fysieke agressie* en bij 46% is sprake van *internaliserend gedrag*. Aan de linkerkant van de schaal betreft dit respectievelijk 55% en 40% van de mensen die hier zijn ingedeeld.

Interpretatie resultaten van de data-analyse

- Ten aanzien van adaptieve vaardigheden lijkt op basis van de data-analyse de *mogelijkheid om zelfstandig ADL uit te voeren bij de juiste ondersteuning* een mogelijk onderscheidend karakter te kunnen hebben. Echter, dit wordt door de werkgroep niet gekenmerkt als onderscheidend karakter en is dit verschil met name te wijten aan het verschil in mate van verstandelijke beperking. Mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn over het algemeen in staat om ADL (redelijk) zelfstandig uit te voeren, maar hebben hierbij een vorm van ondersteuning nodig. Bij mensen met een (zeer) ernstig verstandelijke beperking is er over het algemeen meer behoefte aan ondersteuning en/of overname van taken met betrekking tot ADL.
- In de afgelopen jaren is de onderliggende problematiek binnen de VG7-doelgroep complexer geworden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het groeiend aantal mensen met triple-problematiek (combinatie van verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en verslaving). Naar schatting heeft ongeveer 30% van de bewoners binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg te kampen met psychiatrische problematiek¹⁷. Daarnaast neemt door het ouder worden de complexiteit van de zorgvraag veelal ook toe door bijkomende problematiek, zoals dementie en toenemende fysieke zorg. Betrokken zorgaanbieders geven aan dat bij deze groep sprake is van diverse, complexe en ingrijpende problematiek en dat de toenemende mate van onderliggende problematiek onvoldoende naar voren komt in het huidige profiel.

3. Behoefte aan nabijheid wordt geïdentificeerd als een mogelijk onderscheidend kenmerk binnen de schaal (1/2)

Mensen met een VG7-indicatie hebben een intensieve zorg- en ondersteuningsbehoefte

De ondersteuningsbehoefte is afhankelijk van iemand zijn/haar (beperkingen in) adaptieve vaardigheden, lichamelijke en psychische gezondheid, emotionele draagkracht en de algehele context¹⁸. Mensen met een VG7-indicatie zijn intensief begeleidingsbehoefstig en hebben ondersteuning nodig bij dagelijkse activiteiten, zoals persoonlijke verzorging, eten en drinken, en communicatie. Complex gedrag, zoals agressie, destructief gedrag of on gepaste seksuele gedragingen, kan extra aandacht en professionele begeleiding vereisen. Behoefte aan een intensieve vorm van nabijheid is kenmerkend voor vrijwel alle personen met een VG7-indicatie.

- Er is gekeken naar de activiteiten waarbij ondersteuning nodig is, de vorm van de benodigde ondersteuning, en de behoefte aan nabijheid en beschikbaarheid. In dit onderzoek is de definitie van nabijheid van Zorginstituut Nederland gehanteerd: *“Een vorm van beschikbaarheid van zorg waarbij op initiatief van de zorgverlener zowel op geplande als op ongeplande momenten zorg wordt geboden.”*¹⁹ Dit hoeft niet per se in de vorm van fysieke aanwezigheid te zijn.
- Bij de uitvraag naar behandeling is gekeken naar geneeskundige zorg van medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt. Dit betreft specifieke individuele behandelingen zoals traumabehandeling en inzet van behandelaren in het systeem, zoals het ondersteunen en coachen van begeleiders om passende ondersteuning te kunnen bieden. Bij diagnostiek is gekeken naar onderzoeken en aanvullende functionele diagnostiek welke vooral is gericht op het verbeteren van het functioneren of het voorkomen van verergering.

Conclusie van de data-analyse

1. *Behoefte aan nabijheid* wordt geïdentificeerd als een onderscheidend kenmerk binnen de schaal.
2. Er is geen onderscheid geïdentificeerd met betrekking tot de inzet van behandelaren.

1. *Behoefte aan nabijheid* wordt geïdentificeerd als een onderscheidend kenmerk binnen de schaal.

De resultaten van de data-analyse laten een sterke relatie zien voor *de mate waarin iemand behoefte heeft aan beschikbaarheid en nabijheid* (correlatiecoëfficiënt = 0,729 en Z-score = 7,293). Personen aan de rechterkant van de schaal worden gekenmerkt door een grotere behoefte *aan continue beschikbaarheid en behoefte aan nabijheid* (84%) ten opzichte van personen aan de linkerkant (29%). Daarnaast worden enkele verschillen geïdentificeerd tussen de linker- en rechterkant van de schaal; deze hebben echter geen van alle een correlatie hoger dan 0,4:

- Kleine nuances zijn te vinden in de verdeling van enkele kenmerken die onder ADL vallen. Zo hebben personen aan de rechterkant van de schaal vaker ondersteuning nodig op relationeel, emotioneel en seksueel vlak (41%) dan personen aan de linkerkant van de schaal (25%).
- Binnen de VG7-populatie is er sprake van een hoge ondersteuningsbehoefte bij dagelijkse activiteiten. Aan zowel de linker- als de rechterkant is dit meer dan 50% van de mensen die daar zijn ingeschaald. Bij meer dan 40% van de mensen is een vorm van controleren en monitoren noodzakelijk.
- Personen aan de rechterkant hebben vaker continue nabijheid en directe aansturing nodig bij dagbesteding (47%) in verhouding tot personen aan de linkerkant (18%). Hetzelfde geldt voor de overname van activiteiten. Bij personen aan de rechterkant komt dit vaker voor (42%) dan aan de linkerkant (18%).

2. *Er is geen onderscheid geïdentificeerd met betrekking tot de inzet van behandelaren.*

De resultaten van de data-analyse laten geen sterke relatie zien voor de *inzet van behandelaren*. Bij het merendeel van de onderzoekspopulatie (meer dan 80% rechts en 70% links) is op het moment van invullen sprake van *inzet diagnostiek, specifieke individuele behandeling en behandeling in de context en via het team*.

Behoeftte aan nabijheid wordt geïdentificeerd als een mogelijk onderscheidend kenmerk binnen de schaal (2/2)

Interpretatie resultaten van de data-analyse

- Uit dit onderzoek komt naar voren dat *de mate van nabijheid en beschikbaarheid* is geïdentificeerd als een mogelijk onderscheidend kenmerk. Hierbij worden de mensen aan de rechterkant van de schaal gekenmerkt als een groep die vaker behoefte heeft aan continue beschikbaarheid en nabijheid. Deze behoefte is voortdurend, waarbij zeer intensieve zorg/begeleiding in directe nabijheid nodig is. Dit is nodig om deel te kunnen nemen aan de dagelijkse activiteiten of deze mee te beleven op alle gebieden van zelfzorg, huishouden, dagbesteding/werk en vrije tijd. Aanbieders geven aan dat de behoefte aan nabijheid afhankelijk is van de manier waarop aanbieders dit per persoon interpreteren en hier invulling aan geven. Sommige aanbieders geven hier in de vorm van een-op-een- of een-op-tweebegeleiding invulling aan, waardoor er continu iemand beschikbaar en nabij is. Echter, andere aanbieders geven aan dat zij geen een-op-eenbegeleiding inzetten, maar op zoek gaan naar mogelijke aanpassingen in de context. Dit zodat het mogelijk is om de behoefte aan beschikbaarheid en nabijheid op een andere manier vorm te geven.
- Behandelaren zijn naast een-op-een-behandeling en diagnostiek grotendeels betrokken in de context van de cliënt, waarbij de behandelaren nauw samenwerken met begeleiding en gericht zijn op de alledaagse ondersteuning van de cliënt. De mate van en specifieke behoefte aan zorg- en ondersteuning in de vorm van diagnostiek en behandeling variëren, afhankelijk van een combinatie van factoren. Uit de werkgroepen komt naar voren dat de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de doelgroep niet altijd duidelijk is. Hierdoor is het van belang dat het team samen met de betrokken behandelaren op zoek gaat naar een manier om aan te sluiten bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte. Dit vraagt om multidisciplinaire samenwerking tussen behandelaren en het hebben van de juiste kennis en expertise om de zorg passend in te richten. De multicausaliteit en intensiteit van de problematiek van deze cliënten vragen om multidisciplinaire samenwerking en specifieke competenties van het team. Daarnaast is er regelmatig sprake van het op- en afschalen van zorg en ondersteuning en dus ook de inzet van behandelaren.

Mensen met een VG7-indicatie zijn (zeer) contextgevoelig

Context heeft invloed op het welbevinden van de cliënt

Eerder onderzoek toont aan dat er een significante relatie bestaat tussen contextfactoren en onbegrepen gedrag¹⁶. Contextuele factoren (zoals veranderingen in het leefmilieu of sociale relaties, of onduidelijkheid over verwachtingen en regels of niet-beïnvloedbare factoren) kunnen leiden tot verhoogde stress/angst, spanning of onzekerheid, wat vervolgens kan leiden tot probleemgedrag. De fysieke omgeving en de sociale context waarin mensen met een verstandelijke beperking zich begeven, kunnen van grote invloed zijn op eventueel probleemgedrag. In dit eerdere onderzoek is gekeken naar de invloed van context op de onderzoekspopulatie, welke pogingen zijn gedaan om de context van de cliënt te veranderen en of er binnen het team sprake is van handelingsverlegenheid. Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet handelt of weet te handelen ondanks dat er zorgen of signalen zijn over de betreffende cliënt. Handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om (nog) adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de professional zelf²⁰.

Conclusie van de data-analyse:

1. Aan de rechterkant van de schaal lijkt vaker sprake te zijn van *handelingsverlegenheid* binnen het team.

1. Aan de rechterkant van de schaal lijkt vaker sprake te zijn van handelingsverlegenheid binnen het team.

De resultaten van de data-analyse laten een relatie zien ten aanzien van handelingsverlegenheid binnen het team voor de mate waarin iemand behoefte heeft aan beschikbaarheid en nabijheid (correlatiecoëfficiënten = 0,408 en Z-score = 2,581).

- Bij 53% van de onderzoekspopulatie die is ingeschaald in sprake van handelingsverlegenheid binnen het team; dit is bij 25% van de gevallen aan de linkerkant van de schaal.
- Aan zowel de linker- als de rechterkant van de schaal wordt bij meer dan 50% van de mensen aangegeven dat context invloed heeft op het welbevinden van de cliënt.

Interpretatie resultaten van de data-analyse

Mensen met een VG7-indicatie zijn over het algemeen zeer contextgevoelig. Context wordt dus gezien als een belangrijke factor die van grote invloed kan zijn op het welbevinden en functioneren van de cliënt. Probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking treedt vaak op als reactie op stressvolle situaties in de omgeving. Deze stressvolle situaties kunnen bijvoorbeeld veroorzaakt worden door een gebrek aan structuur of voorspelbaarheid, overstimulatie of onvoldoende ondersteuning bij het omgaan met moeilijke situaties. Context kan hier op zowel een positieve als negatieve manier aan bijdragen. Op basis van de data-analyse en kwalitatieve inzichten uit werkgroepen zijn enkele aspecten naar voren gekomen die van invloed kunnen zijn op het welbevinden en functioneren van mensen met een VG7-indicatie. Deze punten worden onderschreven door eerder onderzoek naar de invloed van context op probleemgedrag¹⁸. Zo worden de volgende punten gezien als factoren die een positieve invloed kunnen hebben op het welbevinden van de cliënt:

- een stabiel team;
- expertise in het team;
- een fysieke ruimte die aansluit bij behoeften van de persoon;
- maatwerk aanpassingen in de woning;
- werken middels een gezamenlijk vastgestelde methodiek en visie.

De volgende punten worden gezien als factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op het welbevinden van de cliënt:

- verandering leefwereld binnens- en buitenhuis, waardoor iemand het houvast en de structuur die hij/zij gewend is kwijtraakt;
- drukte op de groep kan leiden tot een onveilig gevoel bij de persoon, waardoor deze spanning en stress opbouwt;
- (te) veel prikkels.

Handelingsverlegenheid binnen het team heeft impact op het welbevinden van de cliënt

Handelingsverlegenheid binnen het team kan leiden tot verminderde kwaliteit van zorg wat een negatieve invloed kan hebben op probleemgedrag

Begeleiders die *handelingsverlegenheid* ervaren, kunnen zich onzeker voelen over hoe ze moeten reageren op moeilijke situaties. Hierdoor kan men minder effectief zijn in het bieden van de juiste zorg en ondersteuning. Er zijn verschillende factoren die bijdragen aan *handelingsverlegenheid*. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met onvoldoende kennis of vaardigheden, gebrek aan ervaring, beperkte ondersteuning vanuit de organisatie, angst voor aansprakelijkheid of onvoldoende communicatievaardigheden. *Handelingsverlegenheid* bij begeleiders kan leiden tot verminderde kwaliteit van zorg en verminderd welzijn van de cliënt, wat vervolgens weer kan leiden tot uiting van (complex) probleemgedrag.

Het is van belang om de omgeving van mensen met een verstandelijke beperking zodanig aan te passen dat deze stressvolle situaties zo veel mogelijk worden voorkomen. Deze contextuele factoren zijn echter niet concreet te vangen in een profiel voor een persoon.

Er zijn een aantal sterke relaties geïdentificeerd bij de mensen die meerzorg ontvangen

Aanbieders kunnen meerzorg aanvragen voor cliënten van wie de zorgbehoefte minimaal 25% in uren hoger is dan de zorg die op grond van de indicatie mogelijk is²¹. Onderstaande tabellen geven inzicht in de groep in de onderzoekspopulatie die meerzorg ontvangt. In de meerzorganalyses is gekeken naar de populatie die meerzorg ontvangt; de mensen die geen meerzorg ontvangen zijn hier niet in meegenomen. De data van de vragenlijsten is tevens naast de data van de zorgkantoren geanalyseerd.

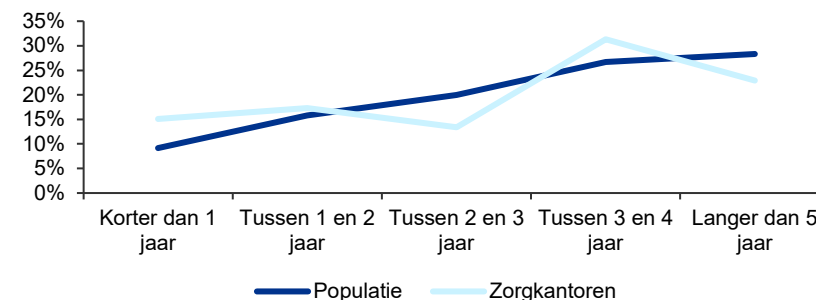
- De resultaten van de data-analyse laten een relatie zien ten aanzien van inzet meerzorg. Bij 13% van de onderzoekspopulatie die is ingedeeld aan de linkerkant van de schaal is er sprake van meerzorg, aan de rechterkant betreft dit 84% (correlatiecoëfficiënt = 0,414 en Z-score = 9,613).
- Vergelijking van de data uit de onderzoekspopulatie en zorgkantoren laat zien dat de verhouding somatisch en gedrag representatief is voor de VG7-doelgroep.

- Bij 49% van de cliënten die zijn ingeschaald aan de rechterkant, is de meerzorg structureel van aard en ziet men geen perspectief op verbetering (correlatiecoëfficiënt = 0,459 en Z-score = 8,958).
- Bij cliënten met meerzorg die aan de rechterkant zijn ingeschaald, kan afschaling van meerzorg volgens de aanbieders leiden tot:
 - een negatieve impact op de kwaliteit van leven van de cliënt (52%) (correlatiecoëfficiënt = 0,791 en Z-score = 9,249);
 - onveilige situaties voor de cliënt en/of medewerkers (52%) (correlatiecoëfficiënt = 0,462 en Z-score = 9,107);
 - inzet of toename van vrijheidsbeperkende maatregelen (22%) (correlatiecoëfficiënt = 0,797 en Z-score = 9,571).

Reden om meerzorg in te zetten

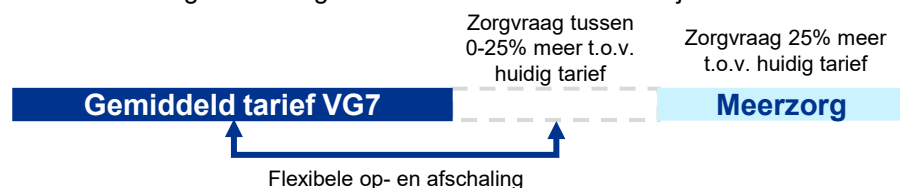
	Onderzoekspopulatie		Populatie data zorgkantoren	
	Reden	%	Reden	%
Somatisch	0	0,0%	62	1,1%
Gedrag	104	86,7%	4714	83,8%
Beiden	16	13,3%	847	15,1%

Duur inzet meerzorg



Binnen het huidige profiel wordt onvoldoende ruimte ervaren om zorg flexibel op- en af te schalen

Ondanks dat dit onderzoek zich richtte op mogelijk onderscheidende (persoons)kenmerken en niet op een passend tarief, werd ook in dit onderzoek door zorgaanbieders aangegeven dat voor een deel van de cliënten het huidige tarief voor VG7 ontoereikend is. Dit knelpunt is bekend en komt naar voren in diverse onderzoeken^{5,15,16}. Aanbieders ervaren daardoor onvoldoende ruimte om zorg flexibel op- en af te schalen. Daarbij ervaren de zorgaanbieders dit knelpunt bij de groep cliënten die (net) niet in aanmerking komen voor meerzorg. De tarieven van de huidige zorgprofielen zijn gebaseerd op een populatiegemiddelde, waarbij een cliënt met een lagere zorgbehoefte compenseert voor een cliënt met een hogere zorgbehoefte. Hierdoor zou het tarief VG7 gemiddeld genomen toereikend moeten zijn.



Zorgaanbieders verwachten dat de mogelijkheid om op- en af te schalen leidt tot meer tijd om te besteden aan het leren begrijpen van de cliënt, het creëren van meer rust en het afstemmen tussen de diverse betrokken professionals. Ook verwachten zij voldoende tijd te kunnen besteden aan opleiding, intervisie, coaching en binding van het team. Daarnaast is de verwachting dat betere (financiële) mogelijkheden voor op- en afschaling leidt tot minder inzet van meerzorg. Dit omdat ze hierdoor flexibeler kunnen inspelen op de veranderende zorg- en ondersteuningsbehoefte van mensen met een VG7-indicatie. De omvang van dit effect is niet kwantitatief gemaakt.

04

Conclusie en aanbevelingen vervolgstappen

Er kunnen geen subdoelgroepen worden onderscheiden binnen de VG7-populatie; hierdoor is het niet mogelijk toe te werken naar subprofielen binnen het huidige VG7-profiel

Uit dit onderzoek blijkt dat er binnen het VG7-profiel geen subdoelgroepen geïdentificeerd kunnen worden op basis van onderscheidende (persoons)kenmerken. Deze uitkomst biedt daarmee niet de gewenste handvatten om te komen tot een passend tarief en daarmee een bijdrage te leveren aan het oplossen van de knelpunten voor de zorg voor mensen met een VG7-indicatie.

In dit rapport formuleren we een aantal aanbevelingen voor vervolg.

Een inhoudelijke aanpassing van het VG7-profiel die beter aansluit bij de doelgroep en professionele ruimte biedt om in te spelen op veranderende context en passende zorg te bieden

Het huidige VG7-profiel is inhoudelijk niet meer passend voor de doelgroep en een inhoudelijke aanpassing wordt daarom aanbevolen. Dit is in lijn met eerdere onderzoek naar actualisatie zorgprofiel¹⁵. Het huidige profiel richt zich voornamelijk op de zorgzwaarte van een persoon en minder op de individuele behoeften en wensen van de zorgontvanger. Dit betekent dat er bij het toewijzen van een zorgzwaartepakket vooral wordt gekeken naar de mate van zorg die nodig is. Hoewel de zorgzwaarte een belangrijk aspect is om te bepalen hoeveel zorg iemand nodig heeft, kan dit ook leiden tot een standaardisering van de zorg. Dit kan ten koste gaan van de persoonlijke voorkeuren en behoeften van de cliënt, zoals bijvoorbeeld wensen ten aanzien van de daginvulling of sociale contacten.

Daarnaast kan de focus op zorgzwaarte ervoor zorgen dat er minder aandacht is voor preventie en het voorkomen van gezondheidsproblemen. Het profiel is gericht op het verlenen van zorg en ondersteuning aan mensen die al zorgbehoevend zijn. Er is minder aandacht voor het bevorderen van gezondheid en welzijn van.

Enkele punten zijn geïdentificeerd waarop het VG7-profiel geactualiseerd kan worden, zodat deze beter aansluit bij de doelgroep:

a. Integratie van de schaal in het huidige profiel

De complexiteit en intensiteit van zorg bij de VG7-doelgroep kunnen toe- en afnemen bij een (dis)balans van verschillende factoren. Een belangrijk inzicht uit het onderzoek is dat contextuele factoren een belangrijke rol spelen bij deze doelgroep. Cliënten met een VG7-profiel zijn (zeer) contextgevoelig en de context heeft invloed op de mate van complexiteit van (het organiseren van) de zorgvraag. In het huidige profiel wordt gesteld dat het corrigeren van gedrag zeer moeilijk is, doordat cliënten niet of moeilijk beïnvloedbaar zijn. Hoewel contextuele factoren niet opgenomen kunnen worden in het cliëntprofiel, wordt het van belang geacht dat er voldoende aandacht is voor de contextgevoeligheid van de VG7-doelgroep aangezien dit de doelgroep kenmerkt.

Daarnaast hebben VG7-cliënten te maken met diverse, complexe en ingrijpende problematiek, waarbij regelmatig sprake is van psychiatrische problematiek. Aanbieders ervaren dat de toenemende mate van onderliggende problematiek onvoldoende naar voren komt in het huidige profiel. Bij een mogelijke aanpassing van het cliëntprofiel is het van belang rekening te houden met de complexiteit en ingrijpende problematiek, en de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt hierop af te stemmen.

b. Gebruik van terminologie passend bij de doelgroep

Er zijn in de afgelopen jaren veranderingen geweest in de terminologieën die worden gebruikt binnen de gehandicaptenzorg. Zo wordt er niet meer gesproken van de term 'gedragsgestoord', maar van 'probleemgedrag'. Termen zoals gedragsgestoord werden zowel stigmatiserend als beledigend ervaren door mensen met een verstandelijke beperking en hun naasten. In het huidige VG7-profiel worden vooral de beperkingen van de persoon benadrukt en waar iemand niet toe in staat is, terwijl tegenwoordig meer nadruk wordt gelegd op de mogelijkheden en kwaliteiten van de persoon. Daarnaast wordt ook steeds meer gesproken over 'inclusie' en 'participatie' van mensen met een verstandelijke beperking in de samenleving. Dit impliceert dat zij volwaardig lid zijn van de samenleving en niet apart gezet moeten worden in instellingen. Het gebruik van positieve en respectvolle termen kan helpen om de visie op inclusie en participatie te benadrukken en te bevorderen.

Aanpassing van het VG7-profiel heeft impact op het systeem en de betrokken partijen

Impact

De aanbevelingen van het onderzoek richten zich op de inhoudelijke actualisatie van het VG7-profiel. Dit heeft impact op de betrokken partijen en moet nader uitgewerkt worden op impact en haalbaarheid:

- **VWS:** Het aanpassen van het VG7-profiel heeft impact op de hele ZZP-systematiek, omdat de systematiek op eenzelfde wijze is opgebouwd. Een mogelijke actualisatie dient daarom in de context van de gehele systematiek binnen de gehandicaptenzorg, maar ook domeinoverstijgend (zoals de profielen in de GGZ) bekeken te worden. Wanneer wordt besloten tot het aanpassen van het profiel, is het aan te bevelen dit te doen in samenhang met de leidraad passende zorg en uitkomsten uit het onderzoek naar passende zorg voor mensen met een VG7-indicatie van het onderzoeksbureau HHM²².
- **NZa:** Er staat een kostprijsonderzoek voor het VG7 tarief door de NZa gepland, dat meer duidelijkheid kan geven over de passendheid van het tarief. Ondanks dat het niet mogelijk is om specifieke doelgroepen mee te nemen in het kostprijsonderzoek, is het wel mogelijk de kenmerken met betrekking tot intensiteit, behoefte aan nabijheid, en beschikbaarheid en context mee te nemen. Dit zijn kenmerken die als mogelijk onderscheidend zijn bevonden. Op basis van de resultaten van dit onderzoek is de aanbeveling dan ook om nader de verkennen of en op welke manier dit meegenomen kan worden in het kostprijsonderzoek.
- **CIZ:** Een inhoudelijke wijziging van het huidige VG7-profiel heeft impact op de uitvoerbaarheid van de indicatiestelling vanuit het CIZ. Er is in dit onderzoek niet gekeken naar het effect van aanpassing van één enkel zorgprofiel op de afbakening met andere zorgprofielen (zoals VG 6 maar wellicht ook profielen uit andere reeksen). Aanpassing van 1 zorgprofiel zonder de systematiek en opbouw van alle zorgprofielen (in de reeks VG maar ook in andere reeksen) mee te nemen is ongewenst, zeker als de effecten niet in kaart zijn gebracht.

Vervolgonderzoek ZZP-systematiek

Gezien de mogelijke impact van een inhoudelijke wijziging van het VG7-profiel wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar manieren waarop de ZZP-systematiek beter kan worden aangepast op de individuele behoeften en wensen van de zorgontvangers, terwijl de kostenbeheersing en kwaliteit van de zorg worden behouden. Dit onderzoek zou zich kunnen richten op:

1. de mogelijkheden om meer maatwerk te bieden binnen de zorgzwaartepakketten, bijvoorbeeld door meer ruimte te geven voor individuele invulling van de dagbesteding en behoefte aan nabijheid.
2. hoe er meer nadruk kan worden gelegd op het voorkomen van gezondheidsproblemen en het bevorderen van een gezonde leefstijl, bijvoorbeeld door meer aandacht te geven aan beweging, gezonde voeding en sociale activiteiten. Dit kan bijdragen aan het verminderen van de zorgzwaarte en de behoefte aan langdurige zorg.

Door middel van dit onderzoek kan er inzicht worden verkregen in de mogelijkheden om het ZZP-systeem te verbeteren en beter aan te passen op de individuele behoeften en wensen van zorgontvangers, terwijl tegelijkertijd de kostenbeheersing en kwaliteit van de zorg worden behouden. De uitkomsten van het onderzoek kunnen bijdragen aan het optimaliseren van het ZZP-systeem en het verbeteren van de zorg voor zorgontvangers.

05

Bijlagen

Bijlage A	Aanvullende beschrijving clusteringsanalyse	33
Bijlage B	Betrokken stakeholders	35
Bijlage C	Resultaten clusteringsanalyse	38
Bijlage D	Resultaten correlatieanalyse	40
Bijlage E	Resultaten aanvullende correlatieanalyses	48
Bijlage F	Referenties	53
Bijlage G	Vragenlijst	55

A

**Aanvullende
beschrijving
clusteringsanalyse**

Clusteringsanalyse om mogelijke subdoelgroepen te identificeren

Clusteringsanalyse

Voor de clusteringsanalyse is gebruikgemaakt van K-modes-clustering. Dit is een clusteringsmethode die, anders dan het breed toegepaste K-means-clustering, toegepast kan worden op categorische data. Het clusteringsalgoritme is een vorm van *unsupervised machine learning*, waar het doel is een K aantal clusters te identificeren in de data. Aangezien een hoge dimensionaliteit het clusteren bemoeilijkt, is een aantal sets met gelijksoortige vragen samengesteld op basis van inhoudelijke zorgkennis. Binnen ieder van deze sets zou, op basis van domeinkennis, de aanwezigheid van clusters mogelijk zijn. Dit brengt een dimensionaliteitsreductie van het aantal parameters teweeg en verhoogt de kans op een betekenisvolle clustering. Aangezien het clusteringsalgoritme dat voor dit onderzoek gebruikt is een willekeurige initialisatie gebruikt, is het algoritme 10 maal herhaald om voor deze willekeurigheid te compenseren. De foutmarge die deze onzekerheid in de analyse met zich meebrengt, is in de resultaten meegenomen. De kwaliteit van de clustering is bepaald aan de hand van twee veelgebruikte methodes: de Elbow-methode en de Silhouette-methode.

1. Elbow-methode

De Elbow-methode is een methode die gebruikmaakt van het analyseren van de score van de clustering als functie van het aantal clusters. Deze score is een inverse maat van hoe goed de clusters de data beschrijven met weinig verlies van informatie. Een hoge score houdt in dat de clusters de gehele dataset slecht kunnen beschrijven, waar een lage score juist een teken is dat de gehele dataset goed beschreven wordt door de berekende clusters. Wanneer er in de curve van deze score als functie van het aantal clusters een duidelijke afname waar te nemen is in de vorm van een knik, dan is het aantal clusters waar dat gebeurt een kandidaat voor het optimale aantal clusters waarmee de data goed beschreven kan worden met weinig informatieverlies.

2. Silhouette-methode

De Silhouette-methode is een mate van hoe verschillend de onderlinge clusters zijn. Deze is aangeduid in een coëfficiënt tot 1, waar een score van 1 betekent dat de geïdentificeerde clusters compleet onafhankelijk zijn, terwijl een coëfficiënt van 0 een totale overlap tussen de clusters betekent. Wanneer de data overduidelijke tekenen heeft van een optimaal aantal clusters, is daarvoor in de grafiek van het Silhouette-coëfficiënt als functie van het aantal clusters een scherpe piek waar te nemen rond de 1. Echter, wanneer er geen duidelijke pieken waar te nemen zijn, is dat een indicatie dat de gevonden clusters dermate veel overlap hebben en dat er niet een optimaal aantal clusters te bepalen is.

B

**Betrokken
stakeholders**

Meer dan 50 organisaties zijn benaderd om data aan te leveren om te komen tot een representatief beeld

42 organisaties hebben aangegeven data aan te leveren

Tijdens het onderzoek is data opgehaald bij zorgaanbieders over cliënten met een VG7-profiel. Naast de aanbieders uit de werkgroep, is door de VGN een oproep gedeeld onder haar leden. In totaal is met meer dan 50 aanbieders contact geweest, deze aanbieders hebben informatie ontvangen over de data-uitvraag waarna 42 aanbieders hebben toegezegd data aan te leveren. Dit betreft zowel kleine als (middel)grote organisaties.

Verwerking van de data

Aangezien er data op cliëntniveau is uitgevraagd, zijn meerdere voorzorgsmaatregelen genomen tijdens de dataverzameling om de kans op de herleidbaarheid van de data te minimaliseren. Bij het aanleveren van data was het voor KPMG niet bekend welke organisaties data hebben aangeleverd, waardoor de data niet te koppelen is aan

individuele organisaties of personen. Daarnaast zijn geen persoonsgegevens uitgevraagd. Het behandelen, verwerken en opslaan van de data is conform de huidige Nederlandse wetgeving met betrekking tot het opslaan en verwerken van data gebeurd. De data wordt niet gedeeld met derden en wordt na afronding van het project vernietigd. Aanbieders konden, indien gewenst, gebruikmaken van een toestemmingsverklaring.

Data zorgkantoren

Zeven zorgkantoren hebben data aangeleverd. Dit betrof data over het aantal mensen met een VG7-profiel, aantallen meerzorgaanvragen en de gemiddelde looptijd van meerzorgaanvragen. Door deze data te vergelijken met dezelfde inzichten uit de door de zorgaanbieders aangeleverde data, is de representativiteit van de opgehaalde data gevalideerd.

Zorgaanbieders			
's Heeren Loo	de Trans	Lievegoed	Sherpa
Abrona	de Zijlen	Middin	Siloah
Alliade	Dichterbij	Nieuw Woelwijck	Tragel
Amarant	Dit Koningskind	Olmenes	Trajectum
Amerpoort	Esdégé-Reigersdaal	Ons Tweede Thuis	Triade Vitree
Avelijn	Hartekampgroep	Pergamijn	Twentse Zorgcentra
Baalderborggroep	Het Houvast	Philadelphia	Vanboeijen
Buro Lima	Humanitas	Pluryn	Wilgaerden Leekerweide Groep
Cello	Iipse de Bruggen	PrinsenStichting	Zozijn
Cordaan	Koraal	Reinaerde	
De Driestroom	't Lantaarntje	SEIN	



Door middel van werkgroepsessies en klankbordgroepsessies zijn opgehaalde inzichten gevalideerd en aangescherpt

Door middel van vier werkgroepsessies met inhoudelijk deskundigen en zorgaanbieders zijn opgehaalde inzichten tijdens het onderzoek gevalideerd en aangescherpt. Onder andere door middel van de eerste werkgroep zijn inzichten opgehaald waarmee het conceptueel kader is opgesteld. Tijdens de tweede werkgroepsessie is de schaal opgesteld waarop cliënten met een VG7-indicatie zich kunnen bevinden. Tijdens de derde en vierde werkgroepsessie zijn de resultaten van de data-analyse gevalideerd en aangescherpt.

In aanvulling op de werkgroep zijn zes klankbordgroepsessies georganiseerd, waar de (tussentijdse) resultaten, conclusies en impactanalyse zijn besproken.

Deelnemers klankbordgroep



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Deelnemers

's Heeren Loo	Ipse de Bruggen	Ons Tweede Thuis
ASVZ	Kans Plus	ORO
CCE	Kennisplatform EVB+	PrinsenStichting
Dit Koningskind	Koraal	Vanboeijen
EMB Nederland	Lunet	VGZ
Het Houvast	Menzis	Zilveren Kruis

c

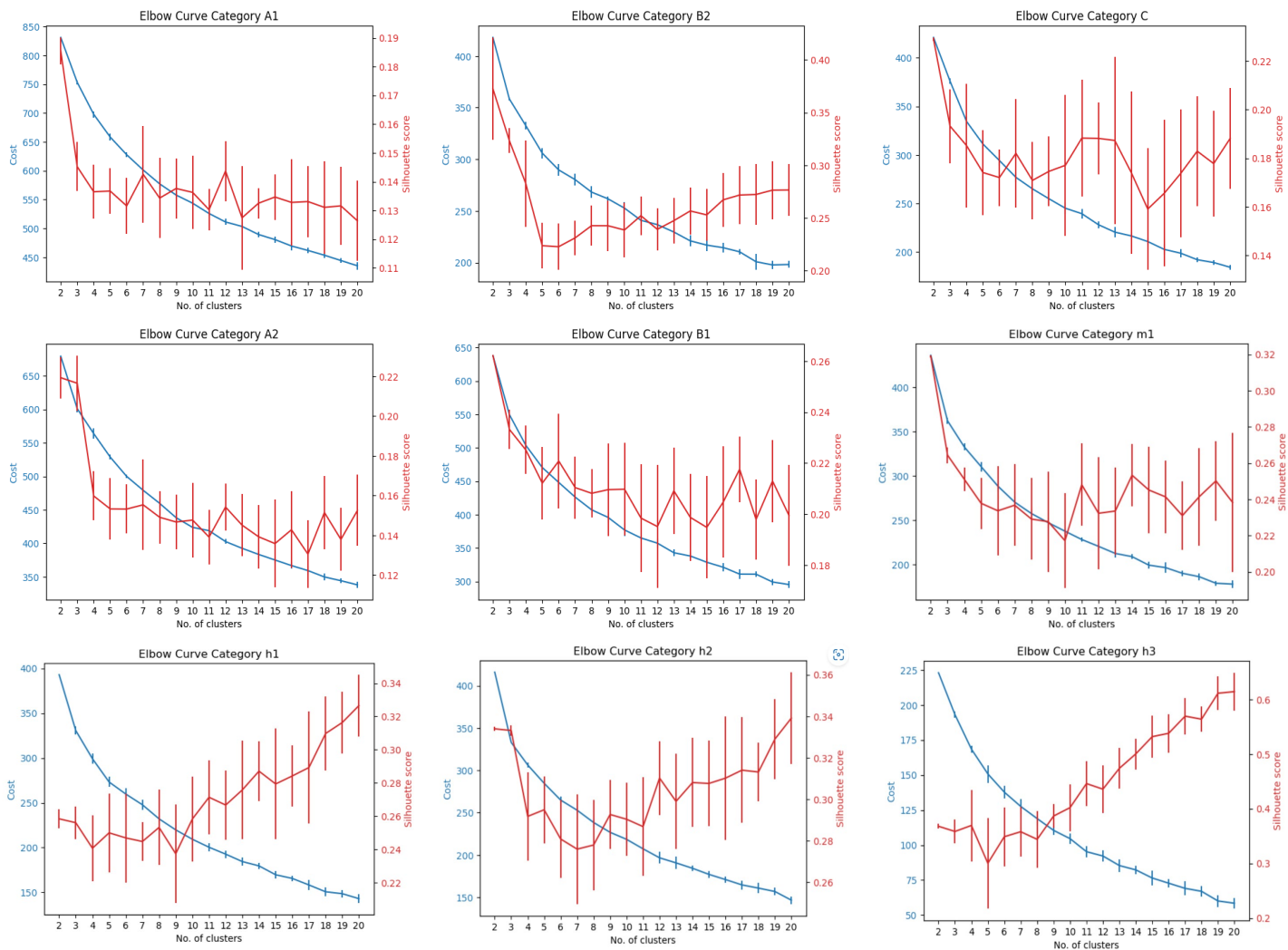
Resultaten clusteringsanalyse

Op basis van de Elbow-curve en Silhouette-coëfficiëntmethodek zijn er geen clusters geïdentificeerd

De grafieken rechts geven de resultaten van de clusteringsanalyses weer. Elke grafiek illustreert de resultaten van de *Elbow-curve* (blauw) en het *Silhouette-coëfficiënt* (rood). Typisch gezien complementeren deze twee analyses elkaar. Beide methoden bieden inzicht in de potentiële aanwezigheid van een cluster. Dit is echter in dit onderzoek niet aangetroffen.

- *Elbow-curve*: Bij de aanwezigheid van een cluster zou de blauwe lijn snel dalen en daarna relatief snel afvlakken, zonder dat deze verder daalt. Dit is in geen van de grafieken het geval.
- *Silhouette-coëfficiënt*: Bij de aanwezigheid van een cluster zou de rode lijn een duidelijke piek vertonen. Deze piek zou minimaal een *Silhouette-score* van 0,6 moeten vertonen om interessant te zijn. Idealiter zou een piek optreden rondom hetzelfde aantal clusters (*plek op de X-as*) als de plek waar de *Elbow-curve* afvlakt.

Omdat geen van beide bovenstaande beschreven resultaten zich voordoen, kan geconcludeerd worden dat er voor de samengestelde categorieën in combinatie met de beschikbare data geen betekenisvolle clusters te vinden zijn.



D

Resultaten correlatieanalyse

De resultaten zijn op basis van een onderling, procentueel vergelijk en een correlatiecoëfficiënt weergegeven binnen de schaal

5

De resultaten worden op drie manieren weergegeven. De correlatie geeft aan of, en zo ja hoe, de onderscheidenheid van het kenmerk sterk is. De Z-score geeft aan hoe groot de mate van zekerheid van de correlatie is. De procentuele verhouding illustreert de verdeling van het kenmerk over de schaal.

- **Correlatie:** De correlatiecoëfficiënt wordt weergegeven als een getal tussen de 0 en de 1, waarbij 0 geen correlatie en 1 een perfecte correlatie betekent. Een voorbeeld van een perfecte correlatie is *het ontvangen van meerzorg* en *het doel van de inzet van meerzorg*. Er kan alleen een doel zijn als er meerzorg is. Hoe hoger de correlatie, hoe sterker het onderscheidend vermogen van het desbetreffende kenmerk. Een hogere correlatie hoeft echter niet per definitie te betekenen het kenmerk daadwerkelijk in de praktijk inzetbaar is om een onderscheid op de schaal aan te geven. Dit komt doordat een hoge correlatie bijvoorbeeld ook kan ontstaan als het antwoord ‘Onbekend’ vaak wordt gegeven, terwijl dit antwoord geen duiding geeft over de onderscheidenheid van het kenmerk. Een waarde groter dan 0,7 wordt typisch gezien als een sterke relatie tussen variabelen. Binnen dit onderzoek zijn waarden vanaf 0,4 verder beoordeeld op mogelijk interessante correlatie.

Sociale vaardigheden	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Behoefte aan (fysiek) contact/gaat sociale contacten aan	33%	31%	24%	0,044	0,615
Sociale vaardigheden (in beperkte mate) aanwezig	40%	49%	31%	0,131	0,409
Sociale vaardigheden aanwezig, maar handelt er niet naar	27%	23%	30%	0,000	-0,184
Inlevingsvermogen (in beperkte mate) aanwezig	0%	6%	4%	0,034	0,836
Vertoont sociaal wenselijk gedrag	13%	20%	9%	0,182	0,760
Beïnvloedbaar	9%	9%	6%	0,000	0,263
Praktische vaardigheden	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Relatief intensieve toezicht/ondersteuning nodig bij uitvoeren ADL	27%	51%	55%	0,194	2,975
Redelijk tot goed in staat om ADL uit te voeren bij juiste ondersteuning en sturing	65%	43%	33%	0,457	2,877
Conceptuele vaardigheden	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Communicatief relatief sterk	56%	49%	46%	0,000	0,015
Communicatie (beperkt) mogelijk met ondersteuning	22%	29%	20%	0,120	1,386
Kan lezen en/of schrijven	36%	26%	28%	0,170	0,415
Communicatie kenmerkend zich door standaard en/of repeterend patroon	20%	3%	15%	0,219	1,491

De Z-score: Voor een betrouwbaarheidsinterval van 95% is de bijbehorende Z-score 1,96. Voor een Z-score hoger dan 1,96 kun je dan zeggen dat het verschil voor een p-waarde van 0,05 statistisch significant is.

- **Procentueel over de linkerkant, midden en rechterkant:** In de kolommen Linkerkant, Midden en Rechterkant staat het percentage weergegeven dat Ja heeft geantwoord op het desbetreffende label.
- In de meerzorganalyses is gekeken naar de populatie die meerzorg ontvangt, de mensen die geen meerzorg ontvangen zijn niet meegenomen.

Bijlage: Resultaten correlatieanalyse

Resultaten kenmerken individu (1/3)

Sociaal-emotionele ontwikkeling (Correlatie = 0,159 en Z-score = 1,407)	Linkerkant	Midden	Rechterkant
0-6 maanden	5%	6%	17%
6-12 maanden	25%	47%	33%
12-36 maanden	55%	35%	42%
3-7 jaar	11%	12%	6%
7-12 jaar	4%	0%	2%
Cognitieve beperking (Correlatie = 0,108 en Z-score = 1,176)	Linkerkant	Midden	Rechterkant
Licht verstandelijke beperking	44%	20%	32%
Matig verstandelijke beperking	25%	46%	30%
Ernstig verstandelijke beperking	25%	29%	24%
Zeer ernstig verstandelijke beperking	5%	6%	14%
Leeftijdsgroep (Correlatie = 0,000 en Z-score = -0,504)	Linkerkant	Midden	Rechterkant
0-18	0%	6%	9%
18-30	29%	34%	34%
30-50	44%	40%	32%
50+	24%	20%	25%

Bijlage: Resultaten correlatieanalyse

Resultaten kenmerken individu (2/3)

5.

Sociale vaardigheden	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Behoeftte aan (fysiek) contact/gaat sociale contacten aan	33%	31%	24%	0,044	0,615
Sociale vaardigheden (in beperkte mate) aanwezig	40%	49%	31%	0,131	0,409
Sociale vaardigheden aanwezig, maar handelt er niet naar	27%	23%	30%	0,000	-0,184
Inlevingsvermogen (in beperkte mate) aanwezig	0%	6%	4%	0,034	0,836
Vertoont sociaal wenselijk gedrag	13%	20%	9%	0,182	0,760
Beïnvloedbaar	9%	9%	6%	0,000	0,263
Praktische vaardigheden	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Relatief intensieve toezicht/ondersteuning nodig bij uitvoeren ADL	27%	51%	55%	0,194	2,975
Redelijk tot goed in staat om ADL uit te voeren bij juiste ondersteuning en sturing	65%	43%	33%	0,457	2,877
Conceptuele vaardigheden	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Communicatief relatief sterk	56%	49%	46%	0,000	0,015
Communicatie (beperkt) mogelijk met ondersteuning	22%	29%	20%	0,120	1,386
Kan lezen en/of schrijven	36%	26%	28%	0,170	0,415
Communicatie kenmerkend zich door standaard en/of repeterend patroon	20%	3%	15%	0,219	1,491
Participatie	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Sociale relaties aanwezig (in de vorm van familie, sociaal netwerk etc.)	69%	43%	59%	0,094	1,082
Zinvolle daginvulling	87%	89%	86%	0,000	-2,918
Participatie alleen mogelijk onder bepaalde conditie (bijvoorbeeld 1 op 1 begeleiding)	25%	34%	41%	0,096	0,309

Bijlage: Resultaten correlatieanalyse

Resultaten kenmerken individu (3/3)

5

Aanwezigheid en uiting van probleemgedrag	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Verbale agressie	55%	57%	57%	0,000	-0,004
Fysieke agressie	75%	77%	91%	0,373	2,194
Internaliserend gedrag	40%	29%	46%	0,069	-1,132

Genetische aandoeningen	Linkerkant	Midden	Rechterkant
Ja	36%	29%	30%
Nee	64%	71%	70%

Somatische aandoeningen	Linkerkant	Midden	Rechterkant
Ademhalingsproblemen	2%	6%	3%
Bijwerkingen medicatie	11%	11%	28%
Epilepsie	20%	26%	22%
Infectieziekten	0%	0%	3%
Kanker	2%	3%	2%
Oog- of oorziekten	9%	6%	14%
Overig	53%	49%	50%
Pijn	13%	6%	20%
Slaapstoornis	18%	9%	22%
Voedings- en stofwisselingsstoornissen	5%	11%	15%
Ziekten aan maag of darmen	7%	0%	7%
Ziekten van bloed en bloedvormende organen of van het immuunsysteem	4%	3%	3%

Psychische problematiek	Linkerkant	Midden	Rechterkant
Autismespectrumstoornis	49%	46%	60%
Overig	25%	23%	28%
PTSS	7%	9%	12%
Stress	18%	11%	24%
Angststoornissen	9%	14%	14%
ADHD	4%	3%	11%
Trauma	25%	20%	41%
Depressie	7%	6%	12%
Verslaving	7%	3%	4%
NAH	2%	9%	4%
Hechtingsproblematiek	31%	23%	37%
Psychose	15%	9%	7%
Persoonlijkheidsstoornis	16%	3%	10%
Schizofrenie	9%	0%	6%
Dementie	0%	3%	2%
Eetstoornissen	5%	6%	5%
Normoverschrijdende gedragsstoornis (CD)	4%	6%	12%
Persoonlijkheidsstoornissen	2%	9%	6%

Aantal somatische aandoeningen				Aantal psychiatrische aandoeningen			
	Links	Midden	Rechts		Links	Midden	Rechts
Enkele	71%	80%	53%	Enkele	31%	46%	16%
2	18%	17%	26%	2	20%	17%	26%
3	7%	0%	7%	3	22%	17%	19%
4	4%	0%	7%	3-5	22%	17%	28%
5	0%	3%	7%	5+	5%	3%	11%

5. Resultaten kenmerken zorg- en ondersteuningsbehoefte

Activiteiten waar ondersteuning bij nodig is (ADL)	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Ondersteuning bij dagelijkse activiteiten	69%	43%	59%	0,435	2,525
Ondersteuning bij structureren en verbale aansturing	87%	89%	86%	0,084	1,635
Ondersteuning bij begeleiding op relationeel, emotioneel en seksueel vlak	25%	34%	41%	0,000	-1,486
Vorm van ondersteuning	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Controleren/monitoren is noodzakelijk	42%	57%	54%	0,040	0,761
Verbale instructies en aansturing van afstand mogelijk	51%	74%	52%	0,398	2,777
Taken worden overgenomen in de vorm van fysieke nabijheid	25%	37%	51%	0,123	2,619
Vorm ondersteuning bij dagbesteding	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Begeleiding dient aanwezig te zijn in ruimte maar kan bijv. korte momenten (max. 10-15 min) ruimte verlaten	7%	6%	4%	0,360	2,058
Verbale instructies en aansturing van afstand mogelijk	45%	74%	50%	0,398	3,173
Altijd nabij en directe aansturing en begeleiding nodig	18%	26%	47%	0,179	2,730
Dagbesteding in eigen woonomgeving	13%	14%	19%	0,380	1,533
Overname van activiteiten	18%	34%	42%	0,116	2,517
Inzet behandelaren	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Diagnostiek	75%	89%	89%	0,158	1,856
Specifieke individuele behandeling	73%	86%	89%	0,130	1,936
Behandeling in context en via het team	75%	83%	82%	0,176	2,151
Ondersteuningsbehoefte cliënt	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Wordt voldaan aan de ondersteuningsbehoefte?	71%	46%	32%	0,268	3,397
Behoeft aan nabijheid	(Correlatie = 0,729 en Z-score = 7,293)		Linkerkant	Midden	Rechterkant
Er is continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst			29%	46%	84%
Er is continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst			56%	51%	16%
Er is vaak nabijheid nodig: 1 keer per dag gedurende 5-7 per week			15%	0%	0%

5. Resultaten kenmerken (niet-)beïnvloedbare contextuele factoren

Invloed context	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Beïnvloedbare contextuele factor: verandering of een te veel aan prikkels wordt negatief ervaren	62%	54%	50%	0,196	0,949
Niet-beïnvloedbare contextuele factor: Ervaring vanuit context vanuit verleden	9%	3%	9%	0,105	0,601
Beïnvloedbare contextuele factor: heeft (stabiel) expertiseteam nodig	53%	57%	62%	0,000	0,390
Handelingsverlegenheid	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Is er sprake van handelingsverlegenheid?	25%	46%	53%	0,408	2,581
Veranderingen in context	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Pogingen aanpassingen context	25%	17%	26%	0,082	0,438
Voldoende begeleiding	62%	46%	40%	0,403	3,008
Aanwezigheid en uiting van probleemgedrag	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Verbale agressie	55%	57%	57%	0,000	-0,004
Fysieke agressie	75%	77%	91%	0,373	2,194
Internaliserend gedrag	40%	29%	46%	0,069	-1,132

Bijlage: Resultaten correlatieanalyse

Resultaten kenmerken meerzorg

Inzet meerzorg	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Meerzorg is structureel / er is geen perspectief op verbetering	29%	60%	49%	0,459	8,958
Huidige intensiviteit van begeleiding en nabijheid sluit aan bij behoefte cliënt	43%	30%	35%	0,457	8,994
Mogelijkheid om meerzorg af te bouwen	14%	40%	12%	0,776	8,743
Als meerzorg wordt afgebouwd, dan...	Linkerkant	Midden	Rechterkant	Correlatie	Z-score
Veiligheid cliënt als begeleiders in het geding	43%	70%	52%	0,462	9,107
Leid tot inzet of toename van vrijheidsbeperkende maatregelen	0%	0%	22%	0,797	9,571
Negatieve impact kwaliteit van leven cliënt	43%	60%	52%	0,791	9,249
Stagnatie ontwikkeling	43%	50%	29%	0,459	8,979

E

**Resultaten
aanvullende
correlatieanalyses**

Enkele verdiepende analyses zijn uitgevoerd om de resultaten vanuit een perspectief te analyseren

Naast de correlatieanalyses naar de indeling op de schaal zijn er drie verdiepende analyses uitgevoerd. Deze verdiepende analyses zijn uitgevoerd op drie thema's: meerzorg, behoefte aan nabijheid en handelingsverlegenheid. Op de volgende pagina's zijn de resultaten van deze verdiepende analyses weergegeven. Per aanvullende analyse zijn alle kenmerken via dezelfde Phik-methode vergeleken met een enkel kenmerk:

01**Meerzorg**

Vergelijking tussen de groepen mensen die wel en geen gebruikmaken van meerzorg.

02**Behoeft
aan
nabijheid**

Vergelijking tussen de groepen mensen die in verschillende mate behoefte aan nabijheid hebben.

03**Handelings-
verlegenheid**

Vergelijking tussen de groepen mensen bij wie er wel en geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team.

Er zijn geen gemiddelde of sterke correlaties ($>0,4$) geïdentificeerd bij de analyse op basis van meerzorg



Conclusie

Uit de analyse blijkt dat er geen relevante correlaties (met een correlatie van $>0,4$) zijn geïdentificeerd. Ter illustratie van minst zwakke geïdentificeerde correlaties staan de drie hoogste correlatiecoëfficiënten in onderstaande tabel beschreven.

Onderzoekspopulatie

- 120 personen ontvangen meerzorg.
- 93 personen ontvangen geen meerzorg.

B. Zorg- en ondersteuningsbehoefte	Correlatie	Z-score	Toelichting
Diagnostiek	0,296	2.226	- Bij de mensen die meerzorg ontvangen is er bij 92% sprake van inzet diagnostiek. - Bij de mensen die geen meerzorg ontvangen is er bij 77% sprake van inzet diagnostiek.
Specifieke individuele behandeling	0,332	2779	- Bij de mensen die meerzorg ontvangen is er bij 90% sprake van inzet van specifieke individuele behandeling. - Bij de mensen die geen meerzorg ontvangen is er bij 77% inzet van specifieke individuele behandeling.
C. (Niet-)beïnvloedbare contextuele factoren	Correlatie	Z-score	Toelichting
Pogingen aanpassing context	0,392	3.275	- Bij de mensen die meerzorg ontvangen zijn er bij 91% pogingen gedaan om de context aan te passen. Dit kunnen aanpassingen in de fysieke omgeving, het team of de zorg betreffen. Bij de mensen die geen meerzorg ontvangen is dit 76%.

Er zijn een aantal relevante correlaties geïdentificeerd bij de analyse op basis van handelingsverlegenheid

5

Conclusie

Op basis van deze analyse is een sterke correlatie gevonden in het onderdeel voldoende begeleiding. Bij 72% van de mensen bij wie geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team wordt volgens aanbieders voldoende begeleiding geboden. Bij 18% van de mensen bij wie wel sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team wordt volgens aanbieders voldoende begeleiding geboden. Vier kenmerken met de hoogste correlaties staan in onderstaande tabel beschreven.

Onderzoekspopulatie

- Bij 95 cliënten ervaart het behandelingsteam handelingsverlegenheid.
- Bij 109 cliënten ervaart het behandelingsteam geen handelingsverlegenheid.

B. Zorg- en ondersteuningsbehoefte	Correlatie	Z-score	Toelichting
Behoeftte aan nabijheid	0,426	2,484	<ul style="list-style-type: none"> - 59% van de mensen bij wie geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team heeft behoefte aan continue beschikbaarheid en nabijheid. Bij de groep waar wel sprake is van handelingsverlegenheid, is dit 68%. - 35% van de mensen bij wie geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team heeft behoefte aan continue beschikbaarheid, maar niet aan continue nabijheid. Bij de groep waar er wel sprake is van handelingsverlegenheid, is dit 32%.
C. (Niet-)beïnvloedbare contextuele factoren	Correlatie	Z-score	Toelichting
Voldoende begeleiding	0,708	7,143	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 72% van de mensen bij wie geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team, wordt volgens aanbieders voldoende begeleiding geboden. - Bij 18% van de mensen bij wie wel sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team, wordt volgens aanbieders voldoende begeleiding geboden.
Verbale agressie	0,537	1,956	- Bij 51% van de mensen bij wie geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team, is sprake van verbale agressie. Dit is 61% bij de mensen bij wie er wel sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team.
Fysieke agressie	0,521	1,469	- Bij 83% van de mensen bij wie geen sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team, is sprake van fysieke agressie. Dit is 87% bij de mensen bij wie er wel sprake is van handelingsverlegenheid binnen het team.

Er zijn een aantal relevante correlaties geïdentificeerd bij de analyse op basis van behoefte aan nabijheid

5

Conclusie

Uit de analyse blijkt dat er geen sterke correlaties (met een correlaties van >0,7) zijn geïdentificeerd.

Onderzoekspopulatie

- Bij 135 personen is continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst.
- Bij 69 personen is continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst.
- Bij 8 personen is vaak nabijheid nodig: 1 keer per dag gedurende 5-7 dagen per week.

A. Kenmerken individu	Correlatie	Z-score	Toelichting
Redelijk tot goed in staat om ADL uit te voeren bij juiste ondersteuning en sturing	0,515	3,666	<ul style="list-style-type: none"> - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, is 30% redelijk in staat ADL uit te voeren. Bij 55% van de mensen is hier nee op geantwoord. - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, is 62% redelijk in staat ADL uit te voeren. Bij 30% van de mensen is hier nee op geantwoord. - Van de mensen bij wie vaak nabijheid nodig is, is 75% redelijk in staat ADL uit te voeren. Bij 25% van de mensen is hier nee op geantwoord.
Communicatief relatief sterk	0,455	2,716	<ul style="list-style-type: none"> - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, is 43% communicatief relatief sterk. Bij 48% van de mensen is hier nee op geantwoord. - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, is 61% communicatief relatief sterk. Bij 23% van de mensen is hier nee op geantwoord. - Van de mensen bij wie vaak nabijheid nodig is, is 38% communicatief relatief sterk. Bij 25% van de mensen is hier nee op geantwoord.
C. (Niet-)beïnvloedbare contextuele factoren	Correlatie	Z-score	Toelichting
Handelingsverlegenheid	0,426	2,484	<ul style="list-style-type: none"> - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, is bij 48% sprake van handelingsverlegenheid binnen het team en bij 47% is dit niet het geval. - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, is bij 43% sprake van handelingsverlegenheid binnen het team en bij 55% is dit niet het geval. - Van de mensen bij wie vaak nabijheid nodig is, is bij 75% sprake van handelingsverlegenheid binnen het team en bij 25% is dit niet het geval.
Verbale agressie	0,550	1,725	<ul style="list-style-type: none"> - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, is bij 60% sprake van verbale agressie. - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, is bij 52% sprake van verbale agressie. - Van de mensen bij wie vaak nabijheid nodig is, is bij 38% sprake van verbale agressie.
Fysieke agressie	0,631	3,502	<ul style="list-style-type: none"> - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, is bij 91% sprake van fysieke agressie. - Van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, is bij 78% sprake van fysieke agressie. - Van de mensen bij wie vaak nabijheid nodig is, is bij 38% sprake van fysieke agressie.
Mogelijkheid om meerzorg af te bouwen	0,580	5,131	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 43% van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, wordt aangegeven dat het niet mogelijk is om meerzorg af te bouwen. Bij 10% van de mensen zou dit wel mogelijk zijn. - Bij 30% van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, wordt aangegeven dat het niet mogelijk is om meerzorg af te bouwen. Bij 17% van de mensen zou dit wel mogelijk zijn.
Negatieve impact kwaliteit van leven cliënt	0,620	5,452	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 54% van de mensen bij wie continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst is, wordt aangegeven dat afbouw van meerzorg een negatieve impact op kwaliteit van leven heeft. - Bij 48% van de mensen bij wie continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst is, wordt aangegeven dat afbouw van meerzorg een negatieve impact op kwaliteit van leven heeft.

F

Referenties

Referenties

5

1. [FWG](#). (2022). *De maatschappij, dat zijn zij. De gehandicaptenzorg als spiegel en gids. FWG trendrapport gehandicaptenzorg. Stichting FWG*
2. [VGN](#) (2020). *Visiedocument gehandicaptenzorg 2030. Een betekenisvol leven, gewoon meedoen*
3. [CIZ databank](#). (2022). *Aanspraak Zorgprofielen (VG) 1^e kwartaal 2023*
4. [VGN](#). (2023). *Wachlijsten blijven groeien voor mensen met verstandelijke beperking en gedragsproblemen*
5. [HHM](#). (2021). *Verkennde analyse VG7: Onderzoek naar input voor een korte termijn oplossing voor een mogelijk te laag tarief*
6. [NZa](#). (2020). *Monitor zicht op gehandicaptenzorg 2020*
7. [Kamerstukken II](#). (2020). *Programma gehandicaptenzorg Volwaardig Leven*
8. Zhexue Huang and M. K. Ng, "A fuzzy k-modes algorithm for clustering categorical data," in *IEEE Transactions on Fuzzy Systems*, vol. 7, no. 4, pp. 446-452, Aug. 1999, doi: 10.1109/91.784206
9. Syakur, M & Khotimah, B & Rohman, Eka & Dwi Satoto, Budi. (2018). *Integration K-Means Clustering Method and Elbow Method For Identification of The Best Customer Profile Cluster. IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*. 336. 012017. 10.1088/1757-899X/336/1/012017
10. Rousseeuw, Peter. (1987). *Rousseeuw, P.J.: Silhouettes: A Graphical Aid to the Interpretation and Validation of Cluster Analysis. Comput. Appl. Math. 20, 53-65. Journal of Computational and Applied Mathematics. 20. 53-65. 10.1016/0377-0427(87)90125-7*
11. [Baak et al.](#) (2018). *A new correlation coefficient between categorical, ordinal and interval variables with Pearson characteristics*
12. [Zorginstituut Nederland](#). (2021). *Meerzorg in de intramurale verstandelijke gehandicaptenzorg 2015-2019*
13. Schalock, R.L. et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports (11th ed.)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
14. [Embregts et al.](#) (2019). *Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. NVAVG, 2019.
15. [HHM](#). (2019). *Beschrijving zorgprofiel VG7: Actualisatie op inhoud en kosten*
16. [HHM](#). (2021). *Probleemanalyse VG7: Onderzoek naar onderliggende signalen en knelpunten*
17. [Trimbos](#). (2022). *Bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek: Schets van de gewenste kennisdeling en samenwerking tussen woonvoorzieningen voor langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg*.
18. Olivier-Pijpers et al. (2018). *Organisational environment and challenging behaviour in services for people with intellectual disabilities: A review of the literature*. ALTER, European Journal of Disability Research, 12, 238–253
19. [Zorginstituut Nederland](#). (2023). *Begeleiding (Wlz)*
20. [ZN](#). (2023). *Voorschrift zorgtoewijzing 2023*.
21. [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)
22. [VGN](#). (2021). *Leidraad persoonsgerichte zorg*.

G

Vragenlijst

Achtergrond

In opdracht van VWS voert KPMG een onderzoek uit naar de herijking van het VG7-zorgprofiel. Cliënten met een VG7-indicatie hebben vaak te maken met veel of ernstige gedrags- en/of psychische/psychiatrische problematiek. Voor deze cliënten wordt regelmatig meerzorg ingezet om de geleverde zorg op- en af te kunnen schalen. Daarbij lijkt een deel van de meerzorgaanvragen een structureel karakter te hebben. De huidige knelpunten wijzen erop dat het huidige zorgprofiel niet meer toereikend genoeg is en geactualiseerd dient te worden. Een andere indeling van het zorgprofiel kan een deel van de langetermijnoplossing zijn.

Doel onderzoek

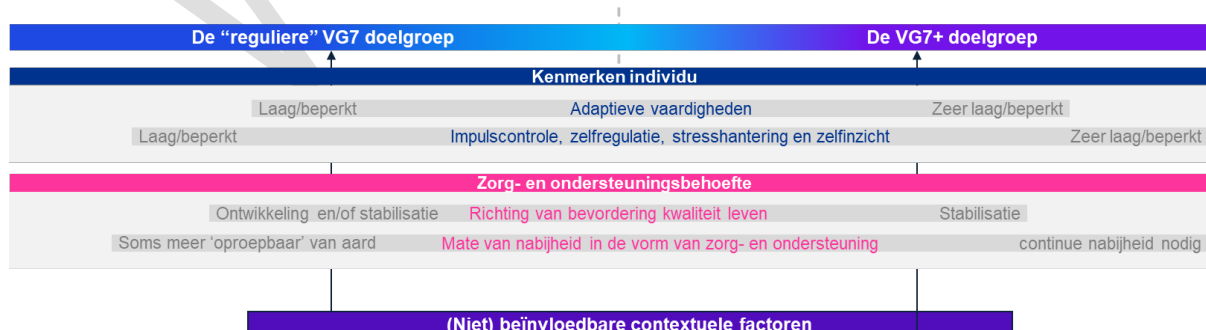
Het onderzoek is gestructureerd om de volgende doelstellingen te realiseren:

1. Actualisatie van het VG7-zorgprofiel;
2. Inzicht in (traditionele) cliëntkenmerken die mogelijk onderscheidend kunnen zijn voor cliënten met een VG7-indicatie;
3. Inzicht in kenmerken buiten de cliënt die mogelijk onderscheidend kunnen zijn voor cliënten met een VG7-indicatie en mogelijk toe zijn te schrijven aan het zorgprofiel;
4. Kenmerken die niet toe te schrijven zijn aan een zorgprofiel maar (mogelijk) wel informatie geven over andere aspecten van de (inrichting van) zorg.

Conceptueel kader VG7

Aan de hand van literatuuronderzoek is een conceptueel kader ontwikkeld om mogelijke cliëntprofielen binnen het VG7-zorgprofiel en de onderscheidende kenmerken inzichtelijk te maken. Door middel van werkgroepsessies en interviews is een mogelijk onderscheid tussen individuele personen met een VG7-indicatie inzichtelijk gemaakt. Daarnaast zijn mogelijk onderscheidende kenmerken geïdentificeerd.

Bij cliënten met een VG7-indicatie is sprake van uiteenlopende, en vaak complexe problematiek die zowel somatisch, persoonsgebonden als context gerelateerd kan zijn. Wanneer er sprake is van disbalans in een aantal factoren, neemt de zorg- en ondersteuningsbehoefte toe. Op basis van werkgroep sessies met zorgaanbieders en zorgkantoren, zijn inzichten opgehaald over de huidige groep met een VG7-indicatie. Het veld geeft aan dat een 'hard' onderscheid tussen diverse subgroepen binnen het VG7-zorgprofiel niet realiseerbaar, dan wel in de praktijk inzetbaar is. Echter wordt ook erkend dat er sprake is van een schaal waarop cliënten zich kunnen bevinden:



Deze schaal is opgedeeld in twee uiteindes: Het "reguliere" VG7-zorgprofiel en het VG7+-zorgprofiel. Voor de eerste groep is het huidige zorgprofiel toereikend. Voor de tweede groep is dit niet het geval.

Doel van de uitvraag

Deze vragenlijst is opgesteld om aan de hand van de antwoorden en cliëntbeschrijvingen de schaal te valideren of waar nodig verder aan te scherpen. De opgehaalde data worden gebruikt om eventueel onderscheidende kenmerken inzichtelijk te maken. Hiermee draagt het invullen van de vragenlijst bij aan de validatie van de schaal en het herijken van het VG7-zorgprofiel.

Werkwijze

We vragen u om op basis van een steekproef tien cliëntdossiers met een VG7-zorgprofiel te selecteren en per cliënt het format in te vullen. De vragen die via dit format worden gesteld zijn gelijk aan de vragen die we u eerder in PDF-format hebben gestuurd. Bij het invullen van de vragenlijst zijn enkele elementen van belang:

1. **Vul de lijst geanonimiseerd in.** Er mogen geen gegevens worden ingevuld die herleidbaar zijn naar een persoon of organisatie.
2. **Gebruik duidelijke interpunctie.** De ontvangen data worden geautomatiseerd verwerkt op basis van leestekens. Daarom vragen we u zinnen af te sluiten met een punt of een ander leesteken.
3. **Voor elke case dient u een aparte vragenlijst in te vullen.** Onderstaande vragen gaan over een case. Door opnieuw op de link te drukken, kunt u in een nieuwe vragenlijst een nieuw case beschrijven.
4. **Tussentijds opslaan is helaas niet mogelijk.**

Bij de selectie van de casuïstiek vragen we u om voldoende variatie aan te brengen op basis van de volgende punten:

1. Mate van verstandelijke beperking (LVB versus EVB);
2. Wel/geen sprake van meerzorg.

Variatie in type casuïstiek is van belang om de schaal middels de steekproef voldoende in beeld te brengen. Daarom vragen we u om aan de hand van casuïstiek input te leveren op de volgende onderdelen:

1. Algemene kenmerken cliënt (anoniem)
2. Mate van verstandelijke beperking
3. Adaptieve vaardigheden
4. Somatische- en psychische problematiek
5. Participatie
6. Context
7. Ondersteuningsbehoefte
8. Probleemgedrag
9. Indeling schaal VG7
10. Meerzorg

Verwerking data

De opgehaalde data worden gebruikt voor het onderzoek *Actualisatie zorgprofiel VG7*, en geanonimiseerd gerapporteerd. Het behandelen, verwerken en opslaan van de data gebeurt conform aan de huidige Nederlandse wetgeving over het opslaan en verwerken van data. De data worden niet gedeeld met derden en wordt na afronding van het project vernietigd.

Vragenlijst

Algemene kenmerken cliënt

1. Welke woonvorm

- VPT
- Wonen bij een aanbieder (zorg in natura)

2. In welke leeftijdsgroep valt de cliënt?

- 0-18
- 18-30
- 30-50
- 50+

VOORBEELD

Verstandelijke beperking

3. Mate van cognitieve beperking

- Licht verstandelijke beperking
- Matig verstandelijke beperking
- Ernstig verstandelijke beperking
- Zeer ernstig verstandelijke beperking

4. Sociale emotionele ontwikkeling

- 0-6 maanden
- 6-12 maanden
- 12-36 maanden
- 3-7 jaar
- 7-12 jaar

Adaptieve vaardigheden

5. Hoe omschrijft u de sociale vaardigheden van de cliënt? (korte omschrijving)

6. Hoe omschrijft u de praktische/dagelijkse vaardigheden van de cliënt? (korte omschrijving)

7. Hoe omschrijft u de conceptuele vaardigheden (communicatie/taal/geletterdheid) van de cliënt? (korte omschrijving)

Somatische- en psychische problematiek

8. Welke somatische aandoeningen kenmerken de cliënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Infectieziekten
- Kanker
- Ziekten van bloed en bloedvormende organen of van het immuunsysteem
- Epilepsie
- Voedings- en stofwisselingsstoornissen
- Pijn
- Slaapstoornis
- Oog- of oorziekten
- Ademhalingsproblemen
- Ziekten aan maag of darmen
- Bijwerkingen medicatie

Overig, namelijk..

9. Is er sprake van een genetische aandoening?

- Nee
- Ja

10. Is er sprake van bijkomende, psychische/psychiatrische problematiek? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Autismespectrumstoornis
- Depressie
- Norm-overschrijdende gedragsstoornis (CD)
- NAH
- Psychose
- Persoonlijkheidsstoornis
- Stress
- ADHD
- PTSS
- Trauma
- Hechtingsproblematiek
- Verslaving
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Schizofrenie
- Dementie
- Angststoornissen
- Eetstoornissen

Overig, namelijk..

Participatie

11. Hoe ziet de participatie van de cliënt eruit? Denk bijvoorbeeld zinvolle daginvulling, sociaal netwerk, maatschappelijke integratie cliënt. (korte omschrijving)

Ondersteuningsbehoefte

12. Bij welke activiteiten is ondersteuning nodig voor de cliënt? (korte omschrijving)

In dit onderzoek wordt de definitie van nabijheid van Zorginstituut Nederland gehanteerd: *“Een vorm van beschikbaarheid van zorg waarbij op initiatief van de zorgverlener zowel op geplande als op ongeplande momenten zorg wordt geboden”*¹. Dit hoeft niet per se in de vorm van fysieke aanwezigheid te zijn.

13. Hoe frequent is de behoefte aan nabijheid?

- Er is vaak nabijheid nodig: 1 keer per dag gedurende 5-7 dagen per week
- Er is continue beschikbaarheid, maar niet continue nabijheid gewenst
- Er is continue beschikbaarheid en nabijheid gewenst

14. Aan welke vorm van nabijheid heeft de cliënt behoefte? Denk hierbij aan controleren/monitoren, verbale instructies en/of met gebaren begeleiden, gedeeltelijke of volledige fysieke begeleiding of volledig overnemen (korte omschrijving)

¹ [Zorginstituut Nederland](#). 2021. *Begeleiding (Wlz)*

15. Welke vorm van ondersteuning is er nodig bij dagbesteding? Denk hierbij aan controleren/monitoren, verbale instructies en/of met gebaren begeleiden, gedeeltelijke of volledige fysieke begeleiding of volledig overnemen (korte omschrijving)

In dit onderzoek wordt de definitie van behandeling van Zorginstituut Nederland gehanteerd: *“Geneeskundige zorg omvat van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.”*²

Onder diagnostiek worden de volgende activiteiten geschaard: *“Onderzoek naar het feitelijke beperkingenniveau van de cliënt en de mogelijkheden om te behandelen. Aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het verbeteren van het functioneren of het voorkomen van verergering.”*²

16. Hoe ziet de inzet van de behandelaren eruit? (korte omschrijving)

17. Wat is de tijdsindicatie van de inzet van behandelaren voor behandeling en aanvullende functionele diagnostiek per week?

² [Zorginstituut Nederland](#). 2022. *Behandeling (Wlz)*

18. Wordt er op dit moment voldaan aan de ondersteuningsbehoefte van cliënt? Waarom wel/niet? (korte omschrijving)

Context

19. Op welke manier heeft context invloed op het functioneren van de cliënt? Denk hierbij aan de fysieke omgeving, organisatie context, team- en werkklimaat. (korte omschrijving)

20. Is er sprake van handelingsverlegenheid binnen het team? Zo ja op welke manier? (korte omschrijving)

21. Zijn er pogingen gedaan om de context waarin de cliënt zich bevindt te veranderen? Zo ja op welke manier en welk effect had dit? (korte omschrijving)

22. Zijn er kenmerken met betrekking tot de (fysieke) locatie waar de cliënt verblijft die van belang zijn om mee te nemen in dit onderzoek?

Probleemgedrag cliënt

23. Op welke manier is er sprake van probleemgedrag en hoe uit dit zich? (zoals angstig, internaliserend, externaliserend of agressief gedrag, suïcidale gedachtes, zelfverwonding etc.) (korte omschrijving)

Indeling schaal VG7-VG7+

24. Waar in de schaal zou u deze cliënt indelen?

- VG7
- Tussen VG7 en VG7+ in,
- VG7+

25. Waarom deelt u deze cliënt hier in de schaal in?

26. Is er nog iets over de casus te melden wat niet in bovenstaande is genoemd?

Meerzorg

27. Ontvangt de cliënt meerzorg?

- Ja
- Nee

28. Zo ja, hoelang ontvangt de cliënt al meerzorg?

- Korter dan 1 jaar
- Tussen 1 en 2 jaar
- Tussen 2 en 3 jaar
- Tussen 3 en 5 jaar
- Langer dan 5 jaar, namelijk

29. Is de meerzorg op basis van somatisch of gedragsmatig aangevraagd?

- Gedrag
- Somatisch
- Beiden

30. Waarvoor wordt meerzorg ingezet? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Intensiteit nabijheid
- Begeleiding
- Behandeling
- Diagnostiek

**31. Is het mogelijk om meerzorg op den duur af te bouwen? Waarom en wanneer wel/niet?
(korte omschrijving)**

32. Wat gebeurt er met deze cliënt als er geen meerzorg geboden wordt? Wat voor invloed heeft dat op (de betrokkenen rondom) de cliënt? (korte omschrijving)

VOORBEELD

Contactgegevens

Marijke Ploegman

KPMG Health

Director

Tel: +31 6 4674 8697

ploegman.marijke@kpmg.nl

Hamasa Kasigar

KPMG Health

Senior Consultant

Tel: +31 6 231 07354

kasigar.hamasa@kpmg.nl

Kees Stefels

KPMG Health

Consultant

Tel: +31 6 5172 3466

stefels.kees@kpmg.nl

Disclaimer

Deze rapportage is tot stand gekomen met medewerking van deelnemende organisaties en in afstemming met een ingestelde klankbordgroep. De bevindingen in dit rapport zijn met de grootste zorgvuldigheid opgesteld, tegelijkertijd kunnen inzichten in de toekomst wijzigen.

De aard van de werkzaamheden houdt in dat wij geen accountantscontrole, beoordelingsopdracht of andere assuranceopdracht hebben uitgevoerd op de aan ons aangeleverde cijfers door gemeenten en aanbieders. Daarom kan aan onze rapportage geen zekerheid met betrekking tot de getrouwheid van financiële of andere informatie worden ontleend.

Alle rechten voorbehouden. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het ministerie van VWS dat als formeel opdrachtgever optreedt

Onze referentie: A2200026616