BUREAU hhm

ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Probleemanalyse VG7

Onderzoek naar onderliggende signalen en knelpunten

Auteurs

dr. Patrick Jansen
drs. Louise Pansier
Annika van de Belt MSc
Lieset Jenneboer MSc

Opdrachtgever Ministerie van VWS, directie Langdurige zorg
Kenmerk PJ/21/1556/pranvg7
Publicatiedatum 6 september 2021

© Bureau HHM



Inhoud

1. Vraagstelling 4
1.1 Inleiding 4
1.2 Hoofdvraag en onderzoeksvragen 4
1.3 Leeswijzer 5

2. Aanpak 7
2.1 Voorbereiden 7
2.2 Inventariseren 7
2.3 Interpreteren 9
2.4 Tussentijds rapporteren 9
2.5 Integreren 9
2.6 Rapporteren 9

3. Zicht op de doelgroep 10
3.1 Kenmerken doelgroep VG7 10
3.2 Subgroepen binnen VG7 11
3.3 Passendheid zorgprofiel 12
3.4 Mensen met VG7 met meer zorg 13

4. Zicht op goede zorg 15
4.1 Cliëntperspectief 15
4.2 Perspectief zorgverlener 16
4.3 Perspectief aanbieder 16
4.4 Macroperspectief 17
4.5 Zicht op goede voorzorg 17

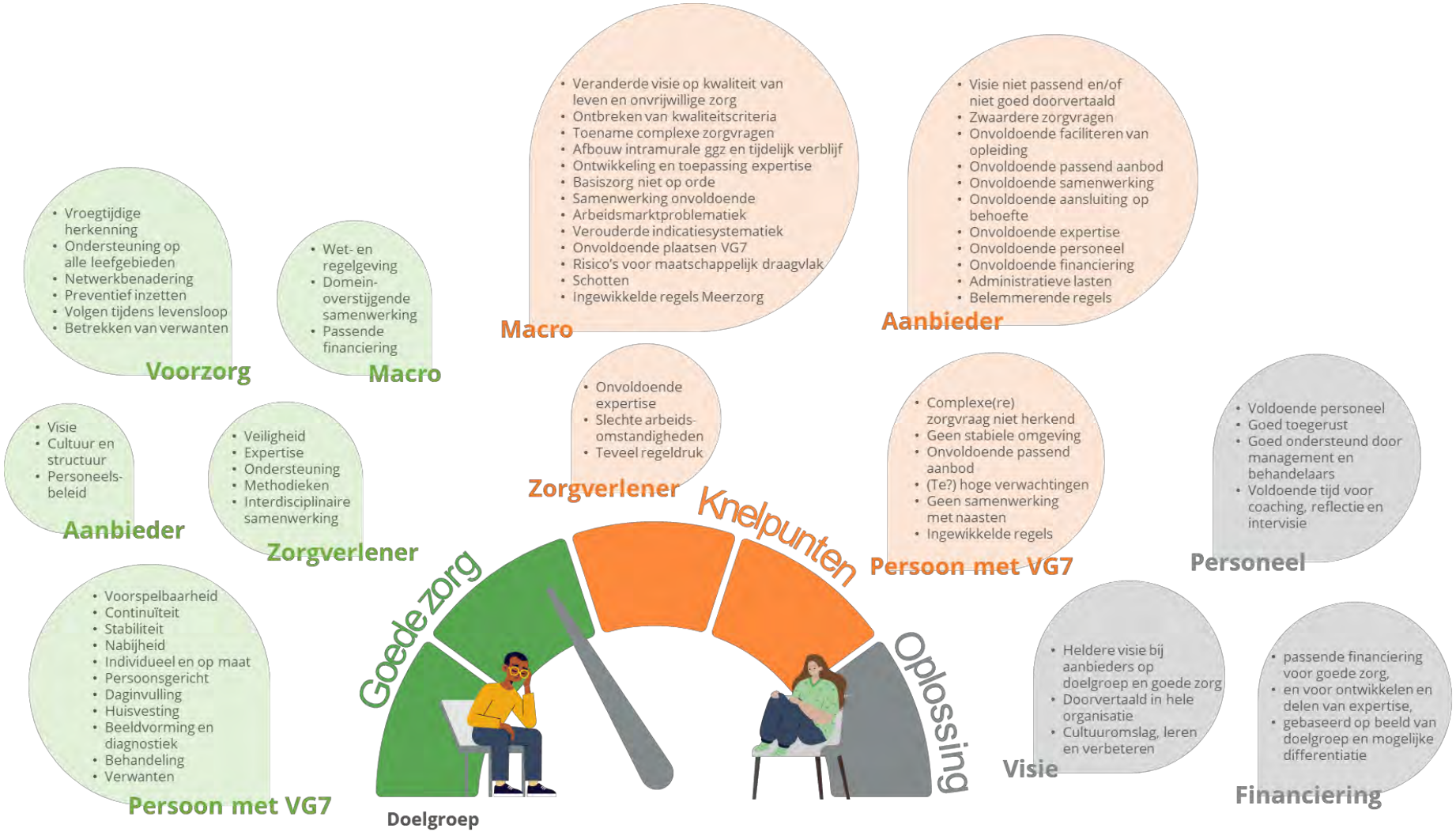
5. Zicht op het zorglandschap 18
5.1 Verzilvering van zorg 18
5.2 Instellingen voor VG7 19
5.3 Samenstelling woongroep 19
5.4 Specialistische zorg? 20

6. Zicht op de knelpunten 22
6.1 Cliëntperspectief 22
6.2 Perspectief zorgverlener 23
6.3 Perspectief zorgaanbieder 24
6.4 Macroperspectief 26
6.5 Knelpunten in de praktijk 28
6.6 Hoe gaan aanbieders om met knelpunten? 31

7. Probleemanalyse en aanknopingspunten voor verbetering 34
7.1 Probleemanalyse 34
7.2 Aanknopingspunten voor verbetering 35

Bijlage 1. Literatuurlijst 37
Bijlage 2. Respons online uitvraag 39
Bijlage 3. Aanvullende informatie 40
Bijlage 4. Verdeling VG7-indicaties over zorgkantoorregio's 45

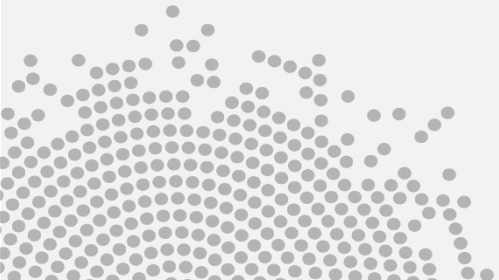
Samenvattend beeld probleemanalyse VG7



Doelgroep
Mensen met een verstandelijke beperking in verwevenheid met andere problematieken, wat leidt tot het niet begrijpen van en het niet begrepen worden door de omgeving, wat vervolgens tot uiting komt als 'probleemgedrag'

1. Vraagstelling

Rond het organiseren van goede zorg voor mensen met een VG7 indicatie bestaan diverse knelpunten. Om deze knelpunten adequaat te kunnen oplossen wil het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) inzicht in de onderliggende problemen waardoor de knelpunten ontstaan.



1.1 Inleiding

Afgelopen jaren was sprake van een groeiend aantal signalen over problemen rondom mensen met een verstandelijke beperking en ernstig probleem-gedrag, die hiervoor zijn aangewezen op het Wlz-zorgprofiel 'VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering', kortweg 'VG7'. Deze signalen hebben geleid tot verschillende onderzoeken en overleggen, waaronder de actualisatie van het zorgprofiel VG7 in opdracht van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Deze actualisatie heeft een aantal antwoorden op vragen gegeven, maar ook geleid tot een debat in de Tweede Kamer over de actualisatie van de VG-zorgprofielen in de Wlz. Daarnaast heeft het ministerie van VWS in het najaar van 2020 gesprekken gevoerd met alle relevante stakeholders om meer inzicht te krijgen in de problematiek rondom de zorg aan mensen met VG7.

Uit alle gesprekken en inventarisaties blijkt dat verschillende partijen knel-punten ervaren in het organiseren en/of leveren van zorg voor de VG7 doelgroep. Om adequaat te kunnen reageren op deze knelpunten heeft VWS opdracht gegeven tot een nadere verheldering van het probleem waardoor de knelpunten ontstaan en wat daarvoor passende oplossingen zijn. Uitgangspunt hierbij is de zorgbehoefte van mensen die onder het zorgprofiel VG7 vallen en wat nodig is voor het kwalitatief goed organiseren van de zorg die bij die zorgbehoefte hoort.

1.2 Hoofdvraag en onderzoeksvragen

Het doel van voorliggend onderzoek is om de knelpunten inzichtelijk te maken door beantwoording van de volgende hoofdvraag:

Wat is het onderliggende probleem van de geuite signalen en de zichtbare knelpunten rond de zorg voor mensen met een VG7-indicatie?

Voor de probleemanalyse zijn vier deelthema's geformuleerd, namelijk: de doelgroep, goede zorg voor deze doelgroep, het zorglandschap en de knelpunten. Het ministerie van VWS heeft daarbij de volgende onderzoeksvragen meegegeven:

1. *Zicht op de doelgroep (hoofdstuk 3):*
   - 1.1. Wat zijn kenmerken van de doelgroep?
   - 1.2. Zijn er subdoelgroepen te onderscheiden?
   - 1.3. Voor hoeveel mensen is het zorgprofiel VG7 niet passend?
   - 1.4. Vormen de mensen met (structureel) meer zorg aanvullend op de gemiddelde zorgbehoefte/zorginhoud een aparte subcategorie binnen VG7? Is hun zorgbehoefte anders dan de andere mensen met VG7?

2. *Zicht op goede zorg (hoofdstukken 4 en 7):*
   - 2.1. Wat is goede zorg voor de doelgroep? Welke zorg krijgen deze mensen?
   - 2.2. Wat helpt/is er nodig om betere zorg te verlenen (en bij welke partijen)? Welke mogelijkheden zijn er? Welke beperkingen zijn er?

3. *Zicht op het zorglandschap (hoofdstuk 5):*
   - 3.1. Zit deze doelgroep intramuraal en/of extramuraal (via zorg in natura of pgb)? In welke verhouding?
   - 3.2. Vanuit welke instellingen ontvangen deze mensen zorg? Hoeveel instellingen zijn dit?
   - 3.3. Wat is de samenstelling van de woongroep (passen de mensen bij elkaar)?
   - 3.4. Hoe specialistisch is de VG7 zorg en waaruit blijkt dat?

4. *Zicht op de knelpunten (hoofdstuk 6):*
   - 4.1. Wat zijn de concrete knelpunten waar alle betrokken partijen tegenaan lopen in het verlenen en organiseren van zorg voor de doelgroep?
   - 4.2. Welke aspecten (kwaliteit van zorg, financiën, organisatie (niet limitatief)) spelen daarin een rol?
   - 4.3. Zijn de knelpunten in een bepaalde setting, bij bepaalde zorgaanbieders, in bepaalde regio's of geldt dit voor alle aanbieders?
   - 4.4. Hoe gaat de praktijk nu om met de knelpunten? Hoe groot is daar het probleem?
   - 4.5. Wat is de doelgroep waarop knelpunten worden ervaren? Is dat de hele VG7 populatie of een subgroep(en) daarin?
   - 4.6. Zijn er concrete knelpunten aan te wijzen waardoor deze mensen niet de benodigde zorg krijgen?

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk lichten we de voor dit onderzoek gevolgde aanpak toe. Daarna beschrijven we de bevindingen uit de verschillende onderzoekstappen waarmee we zicht geven op de vier thema's: doelgroep (hoofdstuk 3), goede zorg (hoofdstuk 4), zorglandschap (hoofdstuk 5) en knelpunten (hoofdstuk 6). In hoofdstuk 7 geven we een samenvattende probleemanalyse en schetsen we aanknopingspunten voor verbetering; hierbij grijpen we terug op wat goede zorg is en gaan we in op onderzoeksvraag 2.2.

Om een overzichtelijke en prettig leesbare rapportage te maken beschrijven we in hoofdstuk 3 tot en met 6 de kern van de bevindingen per onderzoeksvraag. Bij de bevindingen verwijzen we met nummers naar relevante documenten (zie bijlage 1 voor de literatuurlijst) en als een bevinding ondersteund wordt vanuit de interviews geven we dat aan met 'int' (zie bijlage 2 voor een overzicht van respondenten). Verdere onderbouwing van of achtergronden bij de bevindingen (waaronder bepaalde cijfermatige gegevens) hebben we in bijlage 3 opgenomen.

2. Aanpak

De stappen van de aanpak (zie figuur 1) hebben we inhoudelijk vormgegeven volgens de principes van de 'waardendialoog'. Dit is een manier om een gelijkwaardig gesprek te voeren tussen partijen die betrokken zijn bij een bepaald thema, zoals in dit geval de zorg voor mensen met VG7. In de dialoog hebben we betekenis gegeven aan de waarden die verschillende partijen belangrijk vinden voor deze doelgroep en kregen we zicht op de knelpunten.



Figuur 2.1 Opzet probleemanalyse VG7

2.1 Voorbereiden

In een startgesprek met VWS hebben we het plan van aanpak besproken en afspraken gemaakt over:

- de communicatie met de klankbordgroep, bestaande uit het ministerie van VWS, de VGN, BVKZ, ZN, de NZa, Ieder(in) en het CIZ;
- de documenten voor de documentstudie om mee te starten;
- de partijen en personen om te interviewen;
- de vorm van de eindrapportage.

2.2 Inventariseren

In de inventarisatie hebben we langs drie lijnen onderzoek verricht: een documentstudie, interviews en een online uitvraag.

Documentstudie

Voor de documentstudie hebben we op systematische wijze alle (bijna 30) documenten doorgenomen die door het ministerie van VWS zijn verstrekt. Hier zijn nog een tiental documenten aan toegevoegd op suggestie van de leden van de klankbordgroep en respondenten van de interviews.

In alle documenten hebben we gezocht naar informatie over de onderzoeksvragen via een proces van open coderen, axiaal coderen en selectief coderen:

- Open coderen: Tijdens deze stap hebben we labels toegekend aan stukjes tekst om aan te geven waar het over gaat. Aan de hand van deze labels zijn per label 'bakken' met tekstfragmenten ontstaan.
- Axiaal coderen: Vervolgens hebben we de tekstfragmenten binnen de 'bakken' met elkaar vergeleken waarbij we op zoek zijn gegaan naar verschillen en overeenkomsten.
- Selectief coderen: Tot slot hebben we hetgeen we hadden gevonden verwerkt tot inhoudelijke concepten.

Interviews

Vanwege de beperkt beschikbare onderzoeksperiode hebben we parallel aan de documentstudie ook interviews met de betrokken partijen gehouden:

Klankbordgroep	Overige partijen
VWS (groepsinterview)	Zorginstituut
VGN en zorgaanbieders (groepsinterview)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
BVKZ en zorgaanbieders (groepsinterview)	Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)
ZN en zorgkantoren (groepsinterview)	Kansplus
NZa	Naar Keuze
CIZ	MEE NL
Ieder(in)	Per Saldo

Tabel 2.1 Betrokken partijen

In deze interviews hebben we met elke partij besproken wat de kern van het probleem is volgens de betreffende partij. Dit is het begin van de waardendialoog. Om te zorgen dat de respondenten zich goed konden voorbereiden kregen ze van tevoren de interviewvragen per e-mail.

We startten het interview met de vraag wat nodig is voor mensen met zorgprofiel VG7 (Wat is in uw perspectief goede zorg voor mensen met VG7, wat is belangrijk in deze zorg?) om vervolgens in te gaan op de problemen die worden ervaren (Wat is momenteel niet mogelijk binnen de zorg aan mensen met VG7, wat is hiervan de reden, wat zou u hierin willen veranderen, wat is hiervoor nodig en welke goede voorbeelden kent u?).

Online uitvraag

Om voor een aantal onderzoeksvragen een beter onderbouwd beeld te krijgen, hebben we via de VGN en BVKZ een bondige online vragenlijst verspreid onder zorgaanbieders. We hebben gevraagd naar enkele kenmerken van de zorgaanbieder (zoals setting, leveringsvorm en regio), de mate waarin VG7 passend is, de knelpunten die ze ervaren en de oplossingen die zij zien. We hebben de inhoud van deze vragenlijst afgestemd met de NZa die in dezelfde periode een onderzoek verrichtte onder dezelfde doelgroep met als doel om meer inzicht te krijgen in de kwantitatieve omvang van de problematiek en de financiële impact op het exploitatieresultaat. Door deze afstemming hebben we ervoor gezorgd dat de zorgaanbieders maar één keer zijn benaderd voor het invullen van een online vragenlijst en de respons kon worden gebruikt voor beide onderzoeken.

Op de online uitvraag is een hoge respons gekomen: de aanbieders vertegenwoordigen samen 73% van de cliënten met VG7 in Nederland (zie bijlage 2 voor meer details over de respons). Voor een analyse van de non-respons hebben we de respons vergeleken met de lijst met aanbieders

waarover de NZa beschikt. Deze lijst is echter op AGB-niveau opgesteld, terwijl onze vragenlijst vaak op concernniveau is ingevuld. Hierdoor is het niet mogelijk de lijsten één op één te koppelen. Wel is duidelijk dat ruim 60% van de locaties die niet (zelfstandig) hebben gereageerd op de online uitvraag minder dan tien VG7-cliënten in zorg heeft, wat wellicht een reden was om de uitvraag niet in te vullen. Wij gaan ervan uit dat de respondenten van de online uitvraag representatief zijn voor de zorgaanbieders in Nederland die zorg leveren aan mensen met VG7.

2.3 Interpreteren

Alle verzamelde gegevens hebben we bij elkaar gebracht in een analysekader. De essentie van dit analysekader is dat we voor elk van de vier onderwerpen uit de onderzoeksvragen de bevindingen op een rij hebben gezet, zodat we zicht kregen op de mate van overeenkomst en verschil tussen de informatie uit de documenten en visies van de partijen.

2.4 Tussentijds rapporteren

Het resultaat van stap 3 (Interpreteren) hebben we vastgelegd in twee tussenrapportages met de rode draden uit de inventarisatie en de perspectieven van iedere partij. De eerste tussenrapportage ging over de kenmerken van de doelgroep en van goede zorg. In de tweede stonden het zorglandschap en de knelpunten centraal. Beide tussenrapportages zijn aan de klankbordgroep gestuurd ter voorbereiding op de besprekingen, zie stap 5 (Integreren) in de volgende paragraaf.

2.5 Integreren

We hebben twee online bijeenkomsten georganiseerd met de klankbord-groep (VWS, VGN, BVKZ, ZN, NZa, CIZ en Ieder(in)) om met elkaar in dialoog te gaan over de zorg voor mensen met zorgprofiel VG7. De bevindingen die in de tussenrapportages waren beschreven vormden hiervoor het vertrekpunt.

- Tijdens de eerste bijeenkomst zijn we met de partijen via dialoog gekomen tot een gezamenlijke waardendefinitie van wat de doelgroep van zorgprofiel VG7 is en wat goede zorg is voor mensen met het zorgprofiel VG7.
- Tijdens de tweede bijeenkomst hebben we in dialoog met de partijen vastgesteld wat het huidige zorglandschap is en welke knelpunten worden ervaren. Daarna hebben we elke partij gevraagd welke aspecten ze het meest belangrijk vinden om tot goede zorg voor mensen met VG7 te komen.

2.6 Rapporteren

Alle bevindingen uit de voorgaande stappen hebben we samengebracht in een eindrapportage. De conceptrapportage hebben we met de klankbordgroep besproken. In dialoog zijn we nagegaan of de vier onderwerpen (doelgroep, zorglandschap, knelpunten en goede zorg) juist en helder zijn omschreven, of de partijen de probleemanalyse delen en of zij verder kunnen met de aanknopingspunten voor verbetering. De resultaten van deze bijeenkomst zijn verwerkt in deze definitieve eindrapportage.

Resultaat: een gezamenlijk beeld van de doelgroep, de goede zorg, het zorglandschap en de knelpunten rond VG7, inclusief aanknopingspunten voor verbetering.

3. Zicht op de doelgroep

Een helder beeld van de doelgroep is van belang voor zicht op goede zorg en op de knelpunten. We beschrijven de kenmerken van en subgroepen binnen de doelgroep VG7. Ook gaan we in op de passendheid van het zorgprofiel volgens aanbieders en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van meer zorg via de regelingen Meerzorg en Extra Kosten Thuis.



Bij ieder punt geven we met een nummer aan in welke bronnen het naar voren is gekomen (zie de lijst in bijlage 1) en of het ook in de interviews is gemeld ('int'). Wanneer een bevinding slechts in één interview (dus niet in meerdere gesprekken en/of in een schriftelijke bron) naar voren is gekomen, geven we dit aan door '1 int' In de waardendialoog met de klankbordgroep zijn deze kenmerken van de doelgroep aangevuld en vastgesteld.

3.1 Kenmerken doelgroep VG7

Onderzoeksvraag 1.1: Wat zijn kenmerken van de doelgroep?

De belangrijkste kenmerken van mensen met zorgprofiel VG7:

- Een lichte tot ernstige verstandelijke beperking, in combinatie met een psychische/psychiatrische stoornis, (aangeboren) aandoeningen of syndromen, disharmonisch ontwikkelingsprofiel, hechtingsproblematiek en/of verslaving.
- Diverse, complexe en ingrijpende problematiek, die zowel persoons-gebonden als context-gerelateerd kan zijn. Problemen en kenmerken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden; ze houden elkaar in stand, beïnvloeden en versterken elkaar.
- Ervaren meer dan gemiddeld onveiligheid, onzekerheid en stress omdat ze de omgeving niet begrijpen en de omgeving hen niet begrijpt, en hebben niet de competenties om zichzelf te reguleren, waardoor verhoogde kwetsbaarheid en risico op probleemgedrag ontstaat.

Deze kenmerken zijn afgeleid uit het geactualiseerde zorgprofiel VG7 *(Bron: 20)* en bevestigd door informatie uit diverse andere documenten, in de interviews en reflectie met de klankbordgroep.

Doelgroep kenmerkt zich door een verstandelijke beperking in verwevenheid met andere problematieken, wat leidt tot het niet

begrijpen van en het niet begrepen worden door de omgeving, wat vervolgens tot uiting komt als 'probleemgedrag'.

In aanvulling op de genoemde kenmerken dragen de volgende opmerkingen van respondenten bij aan een beter begrip van de doelgroep VG7:

- Problemen ontstaan vaak al in de jeugd, soms doordat sprake is van een kwetsbaar gezinssysteem (maar dat is zeker niet altijd het geval). Deze mensen zijn vooral kwetsbaar in de puberteit en adolescentie vanwege veranderingen in hun lijf en vaak ook in hun omgeving (zoals school of woonsituatie). Hier komen we in paragraaf 4.5 (goede voorzorg) op terug.
- Door een complexiteit aan handicaps is de persoonlijkheid dusdanig verstoord dat ze een sociaal emotioneel ontwikkelingsniveau hebben dat vergelijkbaar is met kinderen.
- Mensen met VG7 onderscheiden zich (in grote lijnen) op de volgende aspecten van mensen met VG6:
  - als ze niet krijgen wat ze nodig hebben vertonen ze ernstig probleemgedrag;
  - dit patroon is moeilijk te doorbreken;
  - het gedrag is onvoorspelbaar en grillig.
- Probleemgedrag is vooral context-gerelateerd: signalen van de persoon worden niet goed 'gelezen' en patronen worden versterkt door stapeling van negatieve ervaringen met de zorgverlening. Dit kan tot uiting komen als vanuit onmacht beheersmatig wordt gewerkt met deze doelgroep. De aanwezigheid van isoleerruimtes en strikte structuur kan het gevoel van (emotionele) onveiligheid vergroten en daarmee probleemgedrag uitlokken.
- Probleemgedrag kan ook voortkomen uit frustratie over onbereikbare wensen en verwachtingen voor het eigen leven. Dit kan versterkt worden door (te hoge) verwachtingen die de omgeving zoals naasten en professionals hebben van de persoon en door de teleurstelling die de zowel de professionals en naasten als de persoon ervaren als deze verwachtingen niet uitkomen. Probleemgedrag kan ook voortkomen uit te lage verwachtingen en betekenisloos leven.
- Probleemgedrag kan internaliserend (naar binnen gericht) of externaliserend (naar buiten gericht) van aard zijn; beide vormen kunnen aanwezig zijn bij mensen met zorgprofiel VG7.

Voor een dieper inzicht in probleemgedrag en de relatie met de context verwijzen wij naar het werk van Vanessa Olivier-Pijpers en collega's, waaronder de voor dit onderzoek geraadpleegde documenten met bronnummers 1 en 15.

3.2 Subgroepen binnen VG7

Onderzoeksvraag 1.2: Zijn er subdoelgroepen te onderscheiden?

Uit de documentstudie, de interviews en de reflectie met de klankbordgroep komt het beeld naar voren dat de VG7-groep een heterogene groep is. De mensen in deze groep kunnen op diverse factoren van elkaar verschillen:

- *Mate van de verstandelijke beperking (VB);* zie bijvoorbeeld de doelgroepen uit het rapport Expertisecentra LZ *(Bron: 10)* waarin zogeheten hoogcomplex-laagvolume groepen zijn beschreven en de doelgroep-omschrijvingen voor EVB+ *(Bron: 40a)* en LVB+ *(Bron: 40b)*. De mate van de VB wordt niet gezien als kenmerk dat bepalend is voor de ernst van de gedragsproblematiek, maar wel voor de kwetsbaarheid van de persoon en de manier waarop het gedrag zich uit en daarmee de benadering. *(Bron: 4,20,40,41; int)*
- *Mate van wisselwerking tussen VB en bijkomende problematiek;* die volgens diverse bronnen sterk bepalend is voor de complexiteit van de zorgvraag. *(Bron: 12,16,20,25,40,41; int)*

- *Mate van ontwrichting in de hulpverleningsgeschiedenis;* zie bijvoorbeeld de doelgroep van het project 'Pro' *(Bron: 21)* die zich kenmerkt door uitstoting uit meerdere (bij Pro minimaal vijf) instellingen. *(Bron: 40b; int)*
- *Betrokkenheid van het veiligheidsdomein (politie en justitie) naast de zorg vanwege een opeenstapeling van problemen;* zoals onder andere beschreven in de Landelijke agenda zorg en veiligheid perspectief 2025. *(Bron: 12, 40b, 41b; int)*

Zoals in de vorige paragraaf gesteld, speelt de interactie met de context een belangrijke rol in het probleemgedrag. Dit werkt op verschillende manieren:

- de mate waarin de persoon gevoelig is voor veranderingen in de context,
- de mate waarin de persoon zijn omgeving op negatieve wijze opzoekt (uitlokkend gedrag) en
- de mate waarin de omgeving in staat is om hiermee om te gaan (gedrag kunnen lezen en passend interveniëren, onder andere om overvraging en ondervraging te voorkomen).

Omdat de aanwezigheid van probleemgedrag de gemene deler is in deze doelgroep, hebben we gekeken op welke manier de ernst van probleemgedrag kan worden gecategoriseerd. Zorgorganisatie Dichterbij maakt een onderscheid naar drie groepen met oplopende 'zwaarte' van gedragsproblematiek binnen de groep met VG7, namelijk:

1. vooral (dreiging van) ernstig, maar beïnvloedbaar of hanteerbaar gedrag,
2. zeer ernstig maar (deels) beïnvloedbaar gedrag,
3. zeer ernstig aanhoudend en dagelijks tot uiting komend probleemgedrag waarbij de kwaliteit van leven ernstig onder druk staat. *(Bron: 42)*

Conclusie: er komen uit dit onderzoek geen duidelijke subgroepen naar voren binnen VG7, maar wel factoren die bepalend zijn voor de complexiteit van de zorgsituatie. De grote impact van en wisselwerking met de omgeving bij deze groep, maakt het lastig om alleen op basis van cliëntkenmerken een onderscheid te maken naar subgroepen. In paragraaf 6.6 komen we terug op subgroepen, bij de vraag of de ervaren knelpunten zich tot bepaalde subgroepen beperken.

3.3 Passendheid zorgprofiel

Onderzoeksvraag 1.3: Voor hoeveel mensen is het zorgprofiel VG7 niet passend?

In de online uitvraag hebben we aanbieders gevraagd voor hoeveel mensen ze 'het zorgprofiel (en de bijbehorende bekostiging) niet passend vinden om de benodigde zorg te kunnen verlenen'. Tabel 3.1 toont de resultaten, uitgesplitst naar leveringsvorm (ZIN of pgb).

Zorgprofiel niet passend, onderverdeeld naar:	Aantal mensen met VG7 per categorie	Aantal mensen zorgprofiel niet passend	% van totaal VG7 per categorie
ZIN intramuraal	9.122	3.723	40,8%
Pgb intramuraal[1]	9	1	11,1%
ZIN extramuraal	750	147	19,6%
Pgb extramuraal	24	2	8,3%

Tabel 3.1 Mensen met VG7 waarbij het zorgprofiel volgens aanbieders niet passend is om de benodigde zorg te kunnen verlenen

[1] Persoon neemt zorg af in een woonvoorziening en betaalt zelf voor het verblijf.

Met name voor mensen met VG7 die intramuraal verblijven op basis van zorg in natura (ZIN) wordt aangegeven dat het zorgprofiel en de bijbehorende bekostiging niet passend is.

Vanwege de formulering van de vraag ('passendheid van het zorgprofiel en de bijbehorende bekostiging') moeten de antwoorden op deze vraag vooral gelezen worden vanuit de mogelijkheden om de benodigde zorg te kunnen verlenen met het bij het zorgprofiel horende tarief.

3.4 Mensen met VG7 met meer zorg

Onderzoeksvraag 1.4: Vormen de mensen met (structureel) meer zorg aanvullend op de gemiddelde zorgbehoefte/zorginhoud een aparte subcategorie binnen VG7? Is hun zorgbehoefte anders dan de andere mensen met VG7?

Eén van de manieren om een tekort aan middelen voor deze groep te compenseren is het aanvragen van meer budget voor de zorg. In de online uitvraag hebben we aanbieders gevraagd naar het aantal mensen met VG7 dat gebruikmaakt van meer zorg via:

- de Regeling Meerzorg (mogelijk voor ZIN en pgb als meer dan 25% extra budget nodig is) of
- de Regeling Extra Kosten Thuis (EKT, mogelijk voor mpt en pgb, tot maximaal 25% extra budget).

Het aantal mensen met VG7 en Meerzorg in de responsgroep betreft 71% van het aantal mensen met VG7 en Meerzorg dat bekend is bij de NZa. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de mate waarin gebruik wordt gemaakt van deze regelingen door de aanbieders die de online uitvraag hebben ingevuld.

Aantal mensen met meer zorg, via:	Aantal mensen met VG7	Verdeeld over aantal aanbieders	% ten opzichte van categorie
Regeling Meerzorg	2.675	41	26% van het totaal aantal mensen met VG7
Regeling EKT	160	13	21% van totaal pgb en ZIN extramuraal

Tabel 3.2 Aantal mensen met Meerzorg in de responsgroep, verdeeld naar regeling Meerzorg en regeling Extra kosten thuis

Meerzorg

Voor ruim driekwart van de mensen met VG7 die Meerzorg ontvangen is dit bedoeld om een structureel verschil tussen de zorgvraag en het huidige tarief te dekken. De vijf meest genoemde redenen om Meerzorg aan te vragen, zijn:

1. Meer directe tijd van begeleiders op de groep (98%)
2. Meer indirecte tijd voor coaching, intervisie en scholing van begeleiders op de groep (71%)
3. Meer directe tijd van behandelaars (69%)
4. Indirecte kosten door inzet extra deskundigheid (48%)
5. Indirecte kosten in de vorm van kleine verbouwingen (36%)

Wij concluderen hieruit dat de zorgbehoefte van mensen met Meerzorg anders is dan bij mensen voor wie aanbieders geen Meerzorg aanvragen, ze hebben meer zorg nodig, andere expertise (zoals psychiatrische deskundigheid) of specifieke bouwkundige faciliteiten. Tijdens de interviews is aangegeven dat de mensen met Meerzorg inhoudelijk gezien niet uniform kunnen worden omschreven. Bij de Meerzorg-groep is eveneens sprake van heterogeniteit van de aspecten die in paragraaf 3.2 zijn beschreven en speelt de

interactie met de context eveneens een grote rol: in hoeverre zit het probleem 'in de persoon' en in hoeverre is de context (nog) niet op orde?

Extra Kosten Thuis

De vijf meest genoemde redenen om EKT aan te vragen, zijn grotendeels vergelijkbaar met de redenen voor Meerzorg maar ze zijn in mindere mate aangegeven:

1. Meer directe tijd van begeleiders op de groep (31%)
2. Meer directe tijd van behandelaars (25%)
3. Indirecte kosten door inzet extra deskundigheid (14%)
4. Meer indirecte tijd voor coaching, intervisie en scholing van begeleiders op de groep (11%)
5. Indirecte kosten overig (8%)

In bijlage 3 staat het volledige overzicht van de mate waarin verschillende redenen gelden voor de inzet van Meerzorg en Extra Kosten Thuis.

4. Zicht op goede zorg

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvraag: Wat is goede zorg voor de doelgroep?
We doen dit aan de hand van vier perspectieven, namelijk dat van de persoon met VG7, de zorgverlener, de zorgaanbieder en het macroperspectief.



Bij ieder punt geven we met een nummer aan in welke bronnen het naar voren is gekomen (zie de lijst in bijlage 1) en of het ook in de interviews is gemeld ('int'). Wanneer een bevinding slechts in één interview (dus niet in meerdere gesprekken en/of in een schriftelijke bron) naar voren is gekomen, geven we dit aan door '1 int'. In de waardendialoog met de klankbordgroep zijn deze kenmerken van goede zorg aangevuld en vastgesteld.

4.1 Cliëntperspectief

Goede zorg voor mensen met VG7 houdt het volgende in:

- Er wordt voorspelbaarheid geboden in bejegening, deelname aan alle domeinen in het dagelijks leven en de fysieke en sociale omgeving, zodat de persoon met VG7 de wereld om hem heen kan begrijpen. hij zich veilig voelt en betekenisvol leven kan leiden. *(Bron: 20,21,41; int)*
- Continuïteit en stabiliteit van het team zijn nodig voor de genoemde voorspelbaarheid en het opbouwen van vertrouwen, een gehechtheidsrelatie. Denk hierbij aan zoveel mogelijk dezelfde gezichten en dezelfde werkwijze, maar ook aan emotionele stabiliteit van zorgverleners. *(Bron: 20,21,41; int)* Dit komt in het bijzonder tot uiting in het principe van onvoorwaardelijkheid dat centraal staat bij 'Pro': de persoon mag blijven wonen ongeacht zijn/haar gedrag (tenzij justitie anders beslist) en de persoon kan te allen tijde rekenen op ondersteuning. *(Bron: 21)*
- De zorgverlener is letterlijk en figuurlijk nabij, ziet de persoon als mens 'net als onszelf' en maakt van daaruit contact, zodat hij de persoon leert kennen en een gevoel van verbondenheid kan geven. *(Bron:15,20,21,41; int)*
- Vanwege de diversiteit in problemen en behoeftes is de zorg individueel, op maat en persoonsgericht. *(Bron: 20,21,41; int)*

- Er is oog voor de wisselwerking tussen persoon en omgeving om probleemgedrag te begrijpen en de begeleiding hierop in te richten. *(Bron: 15,20,21,25,41; int)*
- Er wordt een passende daginvulling geboden, met aandacht voor over- en onderprikkeling. *(Bron: 20,21,41; int)*
- Er wordt passende huisvesting geboden, zo nodig individueel. Bij wonen in een groep is aandacht voor een passende samenstelling en groepsgrootte van de woongroep; dit geldt ook voor school, dagbesteding of werk *(Bron: 5,15,20,41; int)*
- Vanwege de combinatie van verstandelijke beperking en bijkomende problemen, in het bijzonder psychiatrische problemen, vindt beeldvorming en diagnostiek plaats en wordt dit regelmatig opnieuw bekeken. *(Bron: 20,21,24,25,41;int)* Ook wordt behandeling van stoornissen en klachten als gevolg van trauma's ingezet. *(Bron: 20,21,25,41;int)*
- Zorgverleners verdiepen zich in de achtergrond van de persoon en zijn geschiedenis; ze kijken hierbij verder dan het dossier en hebben hierbij regelmatig contact met verwanten. *(Bron: 5,21,41;int)*

4.2 Perspectief zorgverlener

Ook zorgverleners hebben behoeftes waaraan moet worden voldaan om goede zorg aan mensen met VG7 te kunnen bieden en vooral om dit vol te kunnen houden. De volgende aspecten, die onderling samenhangen, spelen hierin mee:

- Om een veilige omgeving te kunnen bieden, is het van belang dat de zorgverlener zich veilig voelt. Voor dit gevoel van veiligheid, zowel fysiek als emotioneel, moeten bepaalde randvoorwaarden worden ingevuld, zoals de aanwezigheid van back-up in de begeleiding (bijvoorbeeld van een 'buur'team) en steun van leidinggevenden. Ook vraagt het om een goede risico-inventarisatie voor iedere persoon met VG7 en afspraken hoe te handelen bij (dreigende) escalatie. *(Bron: 15,20,21,25; int)*
- Om met deze doelgroep te kunnen werken is expertise nodig over en competenties voor het omgaan met probleemgedrag. Dit vraagt om scholing en om momenten van intervisie en reflectie op het eigen handelen. *(Bron: 15,20,25,41; int)*
- Zorgverleners hebben behoefte aan ondersteuning en coaching, zowel vanuit het management als vanuit behandelaren. Ook is bijvoorbeeld veel tijd nodig om in te werken als iemand nieuw op de groep komt en veel tijd om te herstellen als een gedragsescalatie heeft plaatsgevonden. *(Bron: 15,20,21,25,41; int)*
- Het is van belang om methodieken toe te passen die zich voor deze doelgroep hebben bewezen en daarbij ook methodisch te werken, waaronder het evalueren van het effect van de interventie of methodiek en zo nodig het bijstellen van beeldvorming of behandelplan. *(Bron: 20,21,25,41; int)*
- In en rond teams voor mensen met VG7 is specifieke (behandel) deskundigheid nodig vanuit verschillende disciplines (interdisciplinair ingezet), bijvoorbeeld over onderliggende syndromen en over psychiatrische problematiek. *(Bron: 20,21,25,41; int)*

4.3 Perspectief aanbieder

Goede zorg voor mensen met VG7 vraagt van zorgaanbieders om een goede organisatiecontext te creëren:

- Een duidelijke visie op de ondersteuning van deze groep mensen die wordt doorvertaald in alle lagen van de organisatie. Een voorbeeld hiervan is de snelheid waarmee de facilitaire dienst de materiële schade van probleemgedrag herstelt (om het gewone leven direct te kunnen hervatten). *(Bron: 15,25,41; int)*

- Een open en veilige (management)cultuur die deze visie uitdraagt en ruimte biedt voor leren en reflecteren; het gaat bijvoorbeeld om een evenwichtige werkverhouding tussen begeleiders, behandelaren en managers, en een structuur waarin reflectie en overleg in een veilige omgeving plaats kunnen vinden. *(Bron: 15,20,25,41; int)*
- Een goed personeelsbeleid dat tegemoet komt aan de behoeftes van mensen met VG7 (zoveel mogelijk vaste gezichten) en van medewerkers (veiligheid, expertise, ondersteuning, samenwerking). *(Bron: 15,25; int)*

4.4 Macroperspectief

Goede zorg voor mensen met VG7 vraagt op macroperspectief dat overheidsinstellingen en uitvoeringsorganen zorgen voor een aantal randvoorwaarden.

- Goed op elkaar aansluitende wet- en regelgeving, bijvoorbeeld rond de eerder genoemde inzet van onvrijwillige zorg waarbij de Wzd en de Wvggz elkaar raken. *(Bron: 1 int)*
- Voldoende mogelijkheden en stimulans van domeinoverstijgende samenwerking en informatiedeling, zowel tussen zorgdomeinen (bijvoorbeeld gehandicaptenzorg en ggz) als met het veiligheidsdomein. *(Bron: 12,13,25; int)*
- Passende financiering voor de zorg en voor de randvoorwaarden om tot goede zorg te komen, zoals onderwijs en kennisdeling. *(Bron: 10,15,20,25,41; int)*

In het macroperspectief speelt ook mee welke maatschappelijke normen, waarden en opvattingen er zijn over zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking in het algemeen en mensen met probleemgedrag in het bijzonder. *(Bron: 15;int)* Denk bijvoorbeeld aan institutionalisering versus normalisatie en de ontwikkelingen rond (on)vrijwillige zorg.

4.5 Zicht op goede voorzorg

Zoals we in hoofdstuk 3 beschreven, ontstaan problemen vaak al in de jeugd en zeker de adolescentie is een kwetsbare fase. Daarom is goede voorzorg vanuit verschillende aspecten van belang.

- Vroegtijdige herkenning van de (licht) verstandelijke beperking en van psychische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. *(Bron: 16,21; int)*
- Ondersteuning bij alle leefgebieden, in het bijzonder bij deelname aan de maatschappij om overvraging en onder-stimulering te voorkomen, omdat dit triggers zijn voor probleemgedrag en vaak traumatisering optreedt bij mensen met een verstandelijke beperking in de relatie tot anderen. *(Bron: 13,16;int)*
- Ondersteuning van gezinssystemen vanuit de netwerkbenadering, in het bijzonder bij kwetsbare gezinnen met (L)VB. *(Bron: 1 int)*
- Inzetten van intensieve hulp (hoogfrequent en/of hoogopgeleid), ook als de zorgvraag laagcomplex is, voor een goede preventieve werking. *(Bron: 1 int)*
- Blijven volgen van mensen met VG7 gedurende de levensloop, in het bijzonder wanneer er gevaarrisico's zijn, zodat vroegtijdig kan worden geïntervenieerd. *(Bron: 12; int)*
- Betrekken van ouders en andere verwanten of bekenden, in het bijzonder bij de overgang van thuis naar verblijf in een zorginstelling, en daarbij ook eerder verzamelde informatie benutten maar dat niet alles bepalend laten zijn voor de zorg en ondersteuning. *(Bron: 21;int)*

5. Zicht op het zorglandschap

In dit hoofdstuk schetsen we het zorglandschap voor mensen met VG7 aan de hand van de onderzoeksvragen: van welke leveringsvormen maken mensen met VG7 gebruik, welke instellingen bieden deze en hoe specialistisch is deze zorg?

5.1 Verzilvering van zorg

Onderzoeksvraag 3.1: Zit deze doelgroep intramuraal en/of extramuraal (via zorg in natura of pgb)? In welke verhouding?

Volgens CBS StatLine waren er in 2019 15.325 mensen met een indicatie voor VG7 (voorlopige cijfers). Van deze mensen maakte 85% gebruik van zorg in natura (ZIN) met verblijf. Extramurale zorg in natura, via vpt of mpt kwam bij respectievelijk 1% en 5% voor. Verder maakte 4% gebruik van een persoons-geboden budget (pgb) voor de volledige indicatie en 3% combineerde een pgb met ZIN.

Leveringsvorm	Aantal mensen in 2019	% in 2019
ZIN-verblijf	13.545	85%
ZIN-vpt	115	1%
ZIN-mpt	755	5%
ZIN-onbekend	10	0%
Pgb-uitsluitend	640	4%
Pgb-combi ZIN	535	3%
Geen zorg	270	2%
Totaal	15.870	100%

Tabel 5.1 Verzilvering van zorg

Uit cijfers van de NZa met peildatum 1-10-2020 blijkt dat aanbieders zorg in natura boden aan 14.044 mensen met VG7. Pgb-houders zijn bij de NZa niet bekend.

Online uitvraag

Bij de zorgaanbieders die de online uitvraag hebben ingevuld, zijn in totaal 10.470 mensen met VG7 in zorg; dit betreft 73% van het aantal mensen met VG7 dat bekend is bij de NZa. Het merendeel van de mensen met VG7 in de responsgroep krijgt ZIN met verblijf, namelijk 92%. Ongeveer 8% krijgt extramurale zorg via ZIN. Minder dan 1% van de mensen met VG7 in de reponsgroep krijgt zorg via een pgb. Dit kan zorg in een woonvoorziening zijn (waarbij de persoon zelf het verblijf betaalt) of extramurale zorg, zoals dagbesteding. Hoewel we een goede respons op totaalniveau hebben (de genoemde 73%), zijn de mensen met een pgb dus ondervertegenwoordigd in het onderzoek. Aanbieders hebben ook aangegeven dat bij mensen met een pgb in de registratie het zorgprofiel soms moeilijk is te achterhalen. Er lijkt vooral respons te ontbreken van zorgaanbieders die alleen via pgb zorg bieden; van de 13 aanbieders die 1 of meer pgb-houders hebben, zijn er namelijk 12 bekend bij de NZa omdat zij ook mensen met VG7 via ZIN hebben. Het is niet bekend hoeveel 'pure' pgb-aanbieders er zijn die mensen met VG7 in zorg hebben.

5.2 Instellingen voor VG7

Onderzoekvraag 3.2: Vanuit welke instellingen ontvangen deze mensen met VG7 zorg? Hoeveel instellingen zijn dit?

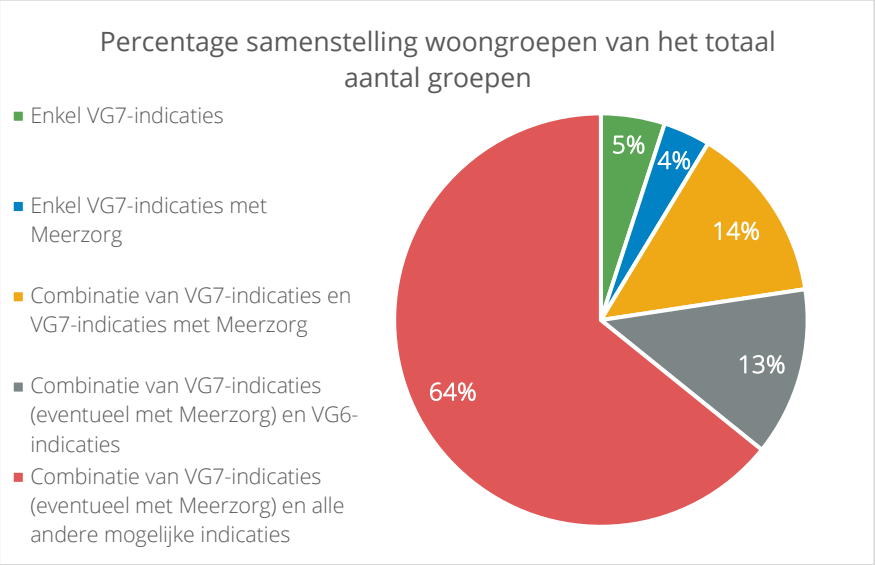
Van de NZa hebben wij een overzicht ontvangen van zorgaanbieders die zorg bieden aan mensen met een indicatie voor VG7. Uit deze gegevens blijkt dat op 1-10-2020 in totaal vanuit 265 AGB-codes zorg werd geleverd aan mensen met VG7. Onder één zorgaanbieder kunnen meerdere AGB-codes vallen; in totaal zijn er zo'n 180 verschillende zorgaanbieders die VG7 leveren. Dit betreft alleen zorg in natura want aanbieders van pgb zijn niet bekend bij de NZa. Het overzicht met namen van aanbieders is niet openbaar en is daardoor niet opgenomen in deze rapportage. In bijlage 4 is wel een geografische kaart opgenomen met een spreiding van het aantal mensen met VG7 dat in zorg is bij zorgaanbieders op basis van gegevens van de NZa.

Het aantal mensen met VG7 verschilt sterk per AGB-code; er zijn 193 AGB-codes (73%) met minder dan 50 mensen met VG7, waarvan er 144 minder dan 10 personen met VG7 in zorg hebben. Er zijn 54 AGB-codes met meer dan 100 mensen met VG7, waarvan er 10 (4%) meer dan 300 personen met VG7 in zorg hebben.

5.3 Samenstelling woongroep

Onderzoeksvraag 3.3: Wat is de samenstelling van de woongroep (passen de mensen bij elkaar)?

Zoals we in hoofdstuk 4 over 'goede zorg' hebben beschreven, is een passende samenstelling van de woongroep van belang. In de online uitvraag hebben zorgaanbieders aangegeven op welke manier zij mensen met VG7 huisvesten, door in te vullen hoeveel groepen zij hebben met verschillende soorten samenstellingen (bijvoorbeeld alleen mensen met VG7, VG7 met meerzorg of gemengde groepen). Figuur 5.1 geeft een overzicht van het totaal aantal groepen verdeeld naar vijf verschillende samenstellingsvormen. Hieruit blijkt, dat groepen met mensen met VG7 (eventueel met Meerzorg) en andere zorgprofielen dan VG6 het vaakst voorkomen. Deze groepssamenstelling komt voor bij ruim 80% van de aanbieders (zie bijlage 3 voor een volledige weergave van het aantal aanbieders per samenstelling).



Figuur 5.1 Aandeel samenstellingsvorm binnen het totaal aantal woongroepen

Tabel 5.2 geeft het gemiddelde aantal personen per woongroep weer. Uit deze tabel blijkt, dat de groepen met mensen met VG7 en Meerzorg het kleinst zijn (gemiddeld 4,6) en de groepen met mensen met VG7 (eventueel met Meerzorg) en andere zorgprofielen dan VG6 het grootst zijn (gemiddeld 10,2 personen per groep).

Samenstelling	Gemiddeld aantal personen per groep
Enkel VG7-indicaties (N=25)	6,4
Enkel VG7-indicaties met Meerzorg (N=21)	4,6
Combinatie van VG7-indicaties en VG7-indicaties met Meerzorg (N=27)	6,4
Combinatie van VG7-indicaties (eventueel met Meerzorg) en VG6-indicaties (N=25)	8,7
Combinatie van VG7-indicaties (eventueel met Meerzorg) en alle andere mogelijke indicaties (N=34)	10,2

Tabel 5.2 Aantal personen per woongroep

De achterliggende vraag bij de groepssamenstelling is of de mensen bij elkaar passen, met andere woorden: geeft de groepssamenstelling wellicht aanleiding tot problemen? Zoals we in hoofdstuk 6 bij de knelpunten zullen zien, staat de sociale verblijfsetting bij slechts 6% van de aanbieders in de top 5 van knelpunten en lijken de groepen over het algemeen passend te zijn.

5.4 Specialistische zorg?

Onderzoekvraag 3.4: Hoe specialistisch is de VG7 zorg en waaruit blijkt dat?

Een antwoord op deze vraag is lastig: wat maakt dat de zorg voor een bepaalde groep specialistisch is of niet? Is het specialistisch als er maar weinig mensen zijn die deze zorg nodig hebben? Is het specialistisch als de zorg geconcentreerd is bij een beperkt aantal aanbieders of locaties? Is de zorg specialistisch als bepaalde zorgverleners betrokken zijn (en welke zorgverleners dan)? Of als er eisen aan worden gesteld die niet aan andere zorgprofielen worden gesteld?

Mensen met VG7 vormen 14% van de mensen met een Wlz-indicatie in de VG-reeks die uit 8 zorgprofielen bestaat, ongeveer evenveel als mensen met VG4 (15%) en VG5 (12%). We hebben in de vorige paragraaf gezien dat er zo'n 180 aanbieders zijn met in totaal 265 AGB-codes en dat het aantal mensen met VG7 bij een AGB-code varieert van 1 tot ruim 400. Zo bezien lijkt het bieden van VG7 niet voorbehouden aan specialistische aanbieders. Zorgkantoren stellen in hun inkoopvoorwaarden wel eisen aan de zorgverlening of setting, bijvoorbeeld 'een besloten of gesloten setting' en 'een adequaat alarmeringssysteem'.

Qua zorgverleners hebben we in het vorige hoofdstuk (goede zorg) geconstateerd dat expertise nodig is over en competenties voor het omgaan met probleemgedrag en dat specifieke (behandel)deskundigheid nodig is vanuit verschillende disciplines. In de actualisatie van zorgprofiel VG7 is onder andere gesteld dat meer inzet van psychiaters nodig is. *(Bron: 20)* Ook hebben we bij goede zorg gezien dat medewerkers die betrokken zijn bij dit soort mensen ondersteuning nodig hebben (coaching, intervisie, steun van het management), onder andere om het vol te kunnen houden. Ook vraagt het van organisaties om een visie op de doelgroep die van bestuur tot facilitaire dienst actief wordt vormgegeven. Dit is in onze ogen een aspect dat de zorg voor alle mensen met VG7 specialistisch maakt.

Zorg voor mensen met VG7 is specialistisch omdat specifieke deskundigheid nodig is en organisaties specifieke randvoorwaarden moeten invullen.

6. Zicht op de knelpunten

In paragraaf 6.1 tot en met 6.4 presenteren we de knelpunten uit de documentstudie en interviews, vanuit dezelfde perspectieven als bij goede zorg: de persoon met VG7, zorgverlener, zorgorganisatie en macro. We hebben daarbij een ordening aangebracht aan de hand van in totaal tien aspecten, die in wisselende samenstelling voorkomen bij de vier perspectieven. In paragraaf 6.5 kijken we naar (verschillen in) de ervaren knelpunten vanuit het beeld van de online uitvraag en 6.6 beschrijft hoe aanbieders nu met knelpunten omgaan.



In paragraaf 6.1 tot en met 6.4 beantwoorden we de *onderzoeksvragen:*

- *4.1 Wat zijn de concrete knelpunten waar alle betrokken partijen tegenaan lopen in het verlenen en organiseren van zorg voor de doelgroep?*
- *4.2 Welke aspecten (kwaliteit van zorg, financiën, organisatie (niet limitatief)) spelen daarin een rol?*

Bij ieder knelpunt geven we, net als bij goede zorg, met een nummer aan in welke bronnen het naar voren is gekomen (zie de lijst in bijlage 1). De vermelding 'int' betekent dat het is genoemd in interviews. Wanneer een bevinding slechts in één interview (dus niet in meerdere gesprekken en/of in een schriftelijke bron) naar voren is gekomen, geven we dit aan door '1 int'. Sommige knelpunten in de bestudeerde documenten zijn niet specifiek beschreven voor VG7, maar voor complexe zorgvragen in het algemeen. We hebben beoordeeld welke redelijkerwijs ook voor VG7 gelden, op basis van de interviews en onze brede expertise over deze groep.

6.1 Cliëntperspectief

Mensen met VG7 en/of hun naasten ervaren knelpunten onder de aspecten Zorgvraag, Zorgaanbod en Regelgeving.

Zorgvraag

De doelgroep VG7 kenmerkt zich door een combinatie van problematiek, wat de zorgvraag complex maakt. Verschillende bronnen geven aan dat knelpunten ontstaan doordat complexe zorgvragen (te) laat worden herkend of gesignaleerd; daardoor krijgt de persoon met VG7 niet altijd (tijdig) de juiste zorg en begeleiding en het gevolg is escalaties in gedrag en een nog complexere zorgvraag. *(Bron: 10, 13; int)* Dit speelt bijvoorbeeld bij mensen met LVB die een psychische stoornis hebben die niet wordt herkend of niet goed kan worden behandeld. *(Bron: 16; int)* Dit heeft mede te maken met het

feit dat het bij mensen met een verstandelijke beperking moeilijk is om tot complete diagnostiek te komen. *(Bron: 24)*
Ook zijn er aanwijzingen dat in de populatie van mensen met een beperking de zorgvragen steeds complexer worden. *(Bron: 10,13, 23, 35)* Dit geldt in het bijzonder bij mensen met een combinatie van een verstandelijke beperking en GGZ-problemen, verslaving of justitiële problemen, dus bij uitstek de mensen die in de doelgroep VG7 terecht kunnen komen. *(Bron: 13, 14; int)*
Ook veroudering van de doelgroep kan de complexiteit vergroten, waardoor het lastiger wordt de benodigde zorg te bieden. *(Bron: 23, 35)*

Zoals we bij de beschrijving van de doelgroep hebben aangegeven en bij goede zorg werd bevestigd, hebben mensen met VG7 behoefte aan een stabiele omgeving. Deze wordt niet altijd voldoende geboden, bijvoorbeeld door wisselingen van begeleiders, waardoor de persoon meer onveiligheid en onrust ervaart en het probleemgedrag toeneemt. *(Bron: 5, 14, 16; int)*

Zorgaanbod
Mensen met VG7 en hun vertegenwoordigers ervaren onvoldoende passend (woon)aanbod, of onvoldoende verspreid over Nederland. Gevolg: een grote afstand tot verwanten *(Bron: 5)*, lang moeten wachten op zorg *(Bron: 5,16)* of de keuze maken voor een minder passend aanbod *(Bron: 5, 10)*, waaronder noodgedwongen thuis bij ouders. *(Bron: 27)*

Een ander knelpunt in de relatie tussen de persoon met VG 7, zijn naaste en het zorgaanbod is dat mensen soms verwachtingen hebben die niet kunnen worden waargemaakt en/of vanwege negatieve ervaringen hun vertrouwen in de zorgverlening verliezen. *(Bron: 5, 7, 13; int)* Er zijn ook geen criteria of handvatten om vast te stellen wat redelijkerwijs voldoende is qua basiszorg voor deze groep; wat mag je als persoon met VG7 verwachten. *(Bron: 34; int)*

Echte samenwerking van zorgverleners met naasten ontbreekt soms, waardoor hun kennis van de persoon met VG7 en zijn gedrag onvoldoende wordt gebruikt. Mensen met VG7 worden vaak beoordeeld op hun dossier, wat niet altijd volledig is of een eenzijdig beeld geeft van de problematiek (bijvoorbeeld de rol van een ontoereikende setting wordt onvoldoende belicht). *(Bron: 5, 20; int)*

Regelgeving
Regels en uitvoeringsstructuur zijn ingewikkeld voor mensen met VG7 en hun naasten, waardoor niet iedereen tijdig passende zorg ontvangt. *(Bron: 34)*

6.2 Perspectief zorgverlener

Knelpunten vanuit het perspectief van zorgverleners zijn genoemd op het vlak van Expertise, Arbeidsomstandigheden en Regelgeving.

Expertise
Voor goede zorg aan mensen met VG7 zijn specifieke expertise en juiste competenties nodig. Zorgverleners voelen zich soms onvoldoende toegerust voor het behandelen en begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen. *(Bron: 16)* Ook ervaren ze niet altijd voldoende kennis en tijd voor interdisciplinaire afstemming en reflectie *(Bron: 5, 20; int)* en hebben ze behoefte aan meer tijd voor inwerken, continue beeldvorming en methodisch werken. *(Bron: 20; int)*

Arbeidsomstandigheden
Werken met de doelgroep VG7 vraagt veel van zorgverleners. De zware zorgvraag betekent een forse belasting van medewerkers. *(Bron: 4, 19; int)* Er wordt soms een hoge werkdruk ervaren door een tekort aan personeel. *(Bron: 20; int)* en medewerkers ervaren niet altijd voldoende steun vanuit de leiding

van de organisatie. *(Bron: int)* Ook maken zorgverleners zich zorgen over hun veiligheid door toenemende agressie. *(Bron: 4, 23)*

Regelgeving
In het algemeen ervaren zorgverleners als knelpunt dat teveel tijd gaat naar administratie en regels in plaats van naar de zorg voor mensen met VG7. *(Bron: 5; int)*

6.3 Perspectief zorgaanbieder

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het creëren van de juiste randvoorwaarden voor de zorg aan mensen met VG7. Op de volgende aspecten zijn knelpunten genoemd: Visie op zorg, Zorgvraag, Zorgaanbod, Organisatie van zorg, Expertise, Personeel, Financiering en Regelgeving.

Visie op zorg
Voor goede zorg aan mensen met VG7 is het van belang dat op alle lagen in de organisatie men zich committeert aan de doelgroep en aan een passende werkwijze; dit wordt niet overal goed toegepast. *(Bron: int)* Dit is onder andere zichtbaar wanneer een organisatie of medewerkers in reactie op probleemgedrag beheersmatig optreden, terwijl dit averechts werkt. *(Bron: int)* Ook vindt te weinig reflectie plaats binnen en tussen organisaties, wat juist nodig is om blinde vlekken zichtbaar te maken en uit een negatieve spiraal te komen. *(Bron: int)*

Zorgvraag
Verschillende bronnen stellen dat sprake is van een toename van het aantal mensen met VG7 met complexe problematiek en een zwaardere zorgvraag. *(Bron: 19, 23, 29, 35; int)* Dit vraagt van zorgorganisaties meer deskundigheid en dus opleiding/training en hier wordt niet altijd voldoende invulling aan gegeven. *(Bron: 23, 35; int)* Verder vraagt complexe problematiek om zorg uit verschillende domeinen, die in de praktijk niet altijd goed bij elkaar komt (zie hierna bij Organisatie van zorg). *(Bron: 16; int)*

Zorgaanbod
Onder goede zorg zijn verschillende punten genoemd die nodig zijn voor mensen met VG7. Als het bestaand aanbod hier niet aan voldoet, is het lastig om dit anders in te richten. *(Bron: 10; int)* Dit wordt concreet bij de volgende punten:

- kleinschalige voorzieningen *(Bron: 19, 20, 35; int)*: het vraagt een grote investering om bestaande bouw om te vormen.
- Samenstelling of omvang van de groep *(Bron: 20; int)*: je kunt niet zomaar een nieuwe groep vormen om een persoon met VG7 heen, je moet het meestal doen met wat er is en hopen dat er een goede match is.
- Zinvolle daginvulling op maat *(Bron: 20, 35; int)*: sommige mensen met VG7 gedijen beter bij dagbesteding in de woning, maar de personele bezetting hiervoor is moeilijk te realiseren als andere bewoners van de groep overdag weg zijn.
- Passende zorg in de nacht *(Bron: 20; int)*: nachtzorg wordt vanuit kostenoogpunt vaak over meerdere groepen heen georganiseerd, waardoor medewerkers niet alle mensen met VG7 goed kunnen kennen, en andersom.

Organisatie van zorg
Zoals eerder gezegd zijn voor deze doelgroep verschillende disciplines nodig, die vaak niet allemaal binnen dezelfde afdeling of binnen dezelfde organisatie werkzaam zijn. De samenwerking tussen deze disciplines komt moeilijk tot stand, zowel binnen als tussen organisaties. *(Bron: 3, 5, 10, 13; int)* Dit geldt overigens niet specifiek voor de doelgroep VG7. Overal waar sprake is van verschillende domeinen, sectoren en/of disciplines is samenwerking belangrijk én in de praktijk lastig (elkaar leren kennen, elkaars taal spreken, elkaar iets

gunnen, er tijd in steken, et cetera). Ook zijn vaak bestaande structuren leidend in plaats van de behoefte van de persoon met VG7. *(Bron: int)* Een concreet voorbeeld hiervan is dat het moeilijk is om flexibele inzet te creëren zodat er op- en afgeschaald kan worden al naar gelang de zorgbehoefte. *(Bron: int)* Kortom: het lukt niet altijd om de nodige organisatorische, infrastructurele of personele voorwaarden te creëren. *(Bron: 34; int)*

Expertise

In het verlengde van wat hiervoor is gezegd blijkt het moeilijk om alle specifieke deskundigheid en competenties in huis te hebben of van buiten te betrekken. De expertise is er wel maar niet altijd binnen één aanbieder en rondom de persoon met VG7 beschikbaar, zowel op de combinatie van verstandelijke beperking en psychiatrie maar ook bijvoorbeeld op somatische aandoeningen, verslaving en medicatie. *(Bron: 5, 10, 13, 20, 27, 34; int)*

Personeel

Op het gebied van personeel zijn verschillende knelpunten genoemd:

- Er is veel verloop in personeel (deels ook als onderdeel van goed personeelsbeleid omdat deze intensieve doelgroep veel van medewerkers vragen). *(Bron: 5, 20, 35; int)*
- Het is moeilijk om een stabiel team te creëren mede vanwege tekorten op de arbeidsmarkt. *(Bron: 5, 14, 23, 33, 35; int)*
- De inzet van personeel niet in loondienst (PNIL) is duur en slecht voor de continuïteit. *(Bron: int)*
- Het is vooral moeilijk om personeel te vinden voor mensen met probleemgedrag, in het bijzonder AVG en gedragskundigen *(Bron: 4; int)* en (hbo) begeleiders *(Bron: 19; int)*, dit kan bij aanwezig personeel leiden tot hoog ziekteverzuim vanwege werkdruk. *(Bron: 4, 5, 23)*
- De Arbeidstijdenwet maakt het lastig grote contracten aan te bieden, die juist gunstig zijn voor de continuïteit (minder verschillende begeleiders voor de persoon met VG7). *(Bron: 14,20; int)*

Financiering

Op het gebied van financiën zijn als knelpunten naar voren gekomen dat het tarief voor VG7 ontoereikend is voor passende zorg voor een deel van de mensen met VG7 en dat er weinig ruimte is in de tarieven van andere zorgprofielen om dit op te vangen (wat in het verleden vaak als oplossing werd gebruikt om tekorten te compenseren). *(Bron: 29, 34; int)*

Regelgeving

Vanuit de documentstudie is vooral de werkwijze van de Regeling Meerzorg een knelpunt gebleken: het is een administratief zware aanvraagprocedure die elk jaar opnieuw moet worden doorlopen, de Meerzorg wordt kortdurend toegekend terwijl die voor veel mensen met VG7 langdurend nodig is (in de online uitvraag is door de respondenten aangegeven dat voor 78% van de mensen met 'VG7 en Meerzorg' de Meerzorg wordt ingezet om een structureel verschil tussen de zorgvraag en het huidige tarief te dekken). Daarnaast betekent de drempelwaarde van 125% dat aanbieders die hieronder blijven de meerkosten zelf dragen. *(Bron: 27, 34, 35; int)* Tot slot blijken er fouten in de berekening van het Meerzorgtarief te zitten waardoor aanbieders een te laag Meerzorgbudget ontvangen, terwijl ze doorgaans wel de gewenste Meerzorg leveren. *(Bron: 36-38)*

In de interviews zijn verder de volgende knelpunten genoemd die te maken hebben met regelgeving:

- In het kader van de Wzd moeten bepaalde functionarissen zoals een Wzd-arts beschikbaar zijn. Ook worden door het zorgkantoor soms bepaalde specifieke dingen gevraagd voor VG7, zoals een

separeerruimte. In kleinschalige wooninitiatieven zijn deze vaak niet aanwezig waardoor mensen met VG7 hier niet terecht kunnen, terwijl deze organisaties graag op cliëntniveau een afweging willen kunnen maken over de passendheid. (*Bron: int*)

- Kleinschalige aanbieders op basis van pgb ervaren belemmeringen rondom de behandeling: er kan wel een behandelaar worden ingeschakeld via ZIN, maar deze neemt niet de eindverantwoordelijkheid voor de integrale zorg en richt zich in de behandeladviezen op individuele personen en niet op de gehele bewonersgroep, het team en onderlinge interacties. De meningen van respondenten verschillen of een kleinschalige setting zonder integrale behandeling geschikt is voor mensen met VG7. *(Bron: int)*
- Verschillen in de kaders van Wzd en Wvgg leiden tot praktische uitvoeringsproblemen bij de behandeling van mensen met een VG7 omdat bij hen veelal sprake is van zowel een verstandelijke beperking (Wzd-domein) als psychiatrische problematiek (Wvgg-domein). *(Bron: 1 int)*

Kortom: de regelgeving is ingewikkeld en gaat gepaard met veel administratieve lasten. *(Bron: 34; int)*

6.4 Macroperspectief

Tot slot kijken we vanuit het macroperspectief naar knelpunten rondom de zorg voor mensen met VG7. Deze zijn gecategoriseerd naar: Visie op zorg, Zorgvraag, Zorgaanbod, Expertise, Organisatie van zorg, Personeel, Toegang en indicatie, Financiering en Regelgeving.

Visie op zorg

De punten onder dit aspect zijn niet allemaal knelpunten in zichzelf, maar zijn wel relevant omdat hierdoor bij andere perspectieven knelpunten worden ervaren. We lichten dit nader toe.

In de langdurige zorg en in het bijzonder de gehandicaptenzorg is een ontwikkeling doorgemaakt op het gebied van de visie op (de kwaliteit van) zorg. Denk aan ontwikkelingen zoals (meer) eigen regie bij de persoon, persoonsgerichte zorg en aandacht voor de kwaliteit van leven. Dit vraagt om een cultuurverandering die nog niet overal goed tot stand komt *(Bron: 23, 33; int)* en die ook een groter beroep doet op de medewerkers (bijvoorbeeld geen kalmerende medicatie maar meer begeleiding). *(Bron: int)*

Ook zijn de opvattingen over en de wettelijke kaders voor onvrijwillige zorg veranderd (met als resultaat de invoering van de Wzd en Wvggz) *(Bron: 33; int)*; dit vraagt van zorgaanbieders en zorgverleners om op een andere manier te werken en vraagt meer tijdsinzet. Een concreet voorbeeld: waar eerder werd gekozen voor kalmerende medicatie, probeert men nu meer op te lossen met de inzet van begeleiding of aanpassingen van de setting. Omdat bij deze doelgroep vaak niet direct duidelijk is waar het misgaat, kost deze zoektocht en het uitproberen van alternatieven meer tijd en soms ook structureel meer inzet van begeleiding. Deze meerkosten van de Wzd zijn niet verwerkt in de tarieven (de meerkosten van de administratieve werkzaamheden van de Wzd zijn wel onderzocht).

Verder is geconstateerd dat kwaliteitscriteria voor zorg aan deze groep ontbreken *(Bron: 10)*, het is niet duidelijk wat de basiszorg is die organisaties voor deze groep moeten realiseren. *(Bron: 34; int)* Daardoor is het mogelijk dat mensen met VG7 op plekken zitten die hier niet (voldoende) voor zijn toegerust, terwijl hier niet op gestuurd kan worden door bijvoorbeeld het zorgkantoor. Andersom zijn er ook organisaties waar mensen met VG7 goede zorg zouden kunnen krijgen, maar hiervoor niet in aanmerking komen door de wijze waarop de huidige kaders worden toegepast.

Zorgvraag
Eerder is gezegd dat een toename wordt ervaren in de zorgbehoefte en complexiteit van de problematiek van mensen met VG7. Sommigen menen dat dit komt doordat de maatschappij steeds complexer is geworden en hierdoor meer mensen uitvallen. *(Bron: 35; int)* Anderen zeggen dat dit geen invloed kan hebben op (de knelpunten bij) deze groep, omdat deze nauwelijks zelfstandig deelneemt aan de maatschappij. *(Bron: int)* Dit speelt echter wel voor mensen met een LVB, bijvoorbeeld door het ontbreken van werk dat bij hun mogelijkheden past of een beperkt sociaal netwerk *(Bron: 35; int)*

Een ander punt dat is genoemd is minder 'verdraagzaamheid' voor problemen en voor anders-zijn, waardoor mensen problemen eerder als zwaar of complex ervaren. *(Bron: int)* Ook is gezegd dat in het huidige stelsel de signalering van problematiek ontoereikend is of dat signalen niet op de goede plek terecht komen (bijvoorbeeld als meerdere domeinen betrokken zijn, zie eerdere punt van samenwerking) en dat er minder preventief wordt ingezet. *(Bron: int)*

Ten slotte is de toename van het aantal mensen met VG7 en meerzorg genoemd als teken dat de zorgvraag zwaarder wordt *(Bron: 19,20,33; int)*; afgezien van meer bekendheid over de regeling bij zorgaanbieders is er onduidelijkheid over de oorzaken van de stijging.

Zorgaanbod
Ook in het zorglandschap hebben afgelopen jaren veranderingen plaats-gevonden die volgens respondenten van de interviews eraan hebben bijgedragen dat mensen met een verstandelijke beperking en (dreiging van) probleemgedrag moeilijker tijdig de juiste zorg krijgen, waardoor de problematiek verergert. Hierbij noemden ze de afbouw van het aantal plekken binnen de intramurale GGZ en het verdwijnen van voorzieningen voor tijdelijk verblijf voor jongvolwassenen sinds de AWBZ is vervangen door de Wlz. *(Bron: int)* Gemeenten kopen deze vorm van tijdelijk verblijf vaak niet in vanuit de Wmo, waardoor zorgaanbieders dit aanbod hebben losgelaten. [2]

Expertise
De aanwezigheid van de juiste en voldoende expertise voor de zorgvraag van mensen met VG7 is niet alleen op het niveau van individuele aanbieders een aandachtspunt. De ontwikkeling en implementatie van klinisch toepasbare kennis en kunde kan in de hele keten beter. *(Bron: 10,34)* Ook wordt gesignaleerd dat de multidisciplinaire Richtlijn voor probleemgedrag bij mensen met een beperking niet is geïmplementeerd en daardoor niet als standaard wordt toegepast in de praktijk. *(Bron: 1 int)* Meerdere partijen vinden dat de basiszorg (voor zover duidelijk is waar deze minimaal uit bestaat) niet overal op orde is voor deze cliëntgroep. *(Bron: int)*

Organisatie van zorg
De samenwerking over domeinen heen, tussen zorgsectoren en op het snijvlak met veiligheid/justitie, is volgens diverse bronnen onvoldoende. *(Bron: 10,12,13,16, 25, 34; int)*

Personeel
Bij het perspectief van zorgaanbieders (paragraaf 6.3) is al aangegeven dat zij tekorten ervaren op de arbeidsmarkt, vooral voor gekwalificeerd personeel in bepaalde regio's *(Bron: 5)* en dat de arbeidstijdenwet belemmerend werkt. Daarnaast zijn er knelpunten in de FWG-inschaling van mensen; ook liggen de salarissen voor vergelijkbare functies in de GGZ hoger waardoor het werken

[2] Voor meer informatie over dit punt verwijzen wij naar de Handreiking Beschermende woonomgeving voor mensen met een LVB die in opdracht van VWS is ontwikkeld (HHM, 2020)

in de gehandicaptenzorg minder aantrekkelijk is. *(Bron: 20; int)* Soms worden onvoldoende gekwalificeerde medewerkers ingezet; dit werkt averechts bij deze doelgroep, met name als dit leidt tot beheersmatig werken. *(Bron: int)*

Toegang en indicatie

De problematiek van de mensen met VG7 bestaat vaak uit een combinatie van een verstandelijke beperking en psychische stoornissen. In de huidige systematiek van sectorgebonden reeksen van zorgprofielen, moet een keuze worden gemaakt voor een 'dominante grondslag' en ligt de nadruk in het zorgprofiel op één van beide problematieken terwijl juist de combinatie de aard en ernst van de zorgbehoefte bepaalt. *(Bron: 19, 34; int)* Ook is het onderscheid tussen de zorgprofielen VG6 en VG7 lastig, er zijn geen heldere criteria voor VG7. *(Bron: 29)* Momenteel wordt de CEP-score gebruikt voor de beoordeling van probleemgedrag en toekenning van VG7. De CEP-score is een verouderd instrument, maar wordt nog steeds gebruikt omdat er geen beter alternatief is. *(Bron: int)* Aanbieders geven aan dat ze, om een passende indicatie te krijgen of behouden, de situatie moeten laten escaleren om de aanwezigheid van probleemgedrag aan te tonen. *(Bron: int)* Tot slot is aangegeven dat het tekort aan plaatsen voor VG7 mede wordt veroorzaakt doordat er nauwelijks afschaling plaatsvindt naar lagere zorgprofielen; mensen met VG7 kenmerken zich door grilligheid; het is dan ook lastig om in een stabiele periode over te gaan tot afschaling terwijl dat een maand later weer helemaal anders kan zijn. *(Bron: 35; int)*

Financiering

Voor mensen met VG7 is specifieke deskundigheid nodig, maar het is lastig om structurele financiering rond te krijgen voor het doen van diagnostisch onderzoek. *(Bron: 10)* Ook zijn er onvoldoende plaatsen voor mensen met VG7; hierdoor komen mensen met VG7 niet altijd op een passende plek *(Bron: int)* of kiezen voor een pgb als financieringsoplossing. *(Bron: 13; int)* Hoewel sommige pgb-voorzieningen een passende omgeving kunnen bieden voor mensen met VG7, is het voor pgb-aanbieders lastiger om de juiste zorg te organiseren, doordat zij niet altijd zijn aangehaakt op de expertise- en ondersteuningsstructuur en weinig contacten met het zorgkantoor hebben (omdat de financieringsrelatie tussen aanbieder en cliëntvertegenwoordiger ligt). *(Bron: 1 int)* Tot slot kan het maatschappelijk draagvlak voor zorg aan deze doelgroep afnemen bij stijgende kosten; het doet een groot beroep op de solidariteit. *(Bron: 34; int)*

Regelgeving

Zoals bij het zorgverlener- en aanbiederperspectief al aan de orde kwam, wordt de regelgeving als ingewikkeld en tijdrovend ervaren, zijn er schotten en verkeerde prikkels waardoor mensen niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. *(Bron: 5,34; int)*

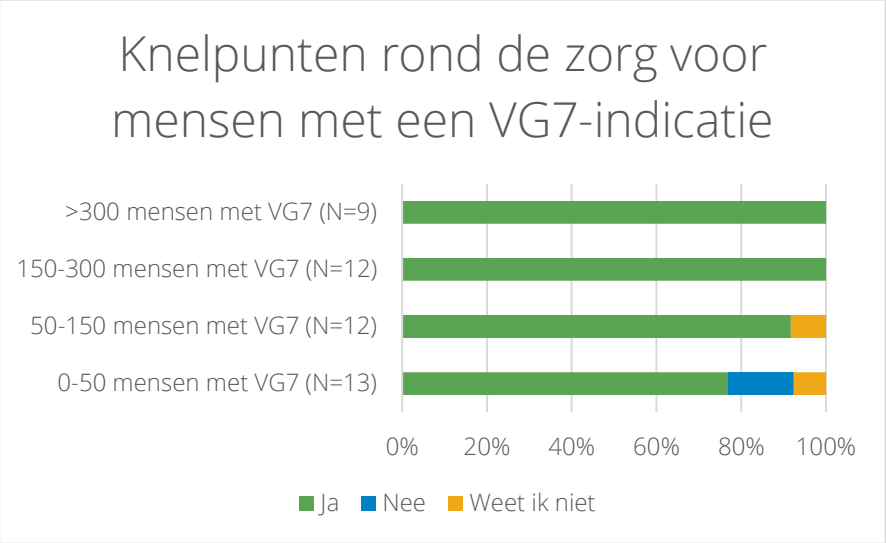
Specifiek over de Regeling Meerzorg is opgemerkt dat handvatten voor de toekenning van Meerzorg ontbreken *(Bron: 34)*, dat er verschillen zijn tussen zorgkantoren in de toekenning van Meerzorg *(Bron: 14)* en dat bij de controle door zorgkantoren te weinig inhoudelijke expertise wordt ingezet. *(Bron: int)*

6.5 Knelpunten in de praktijk

In voorgaande paragrafen hebben we de knelpunten beschreven zoals we die zijn tegen gekomen in de documenten, aangevuld met wat genoemd is in de interviews. We hebben ook in de online uitvraag aan zorgaanbieders gevraagd naar de knelpunten die zij ervaren.

In deze paragraaf gaan we in op *onderzoeksvraag 4.3: Zijn de knelpunten in een bepaalde setting, bij bepaalde zorgaanbieders, in bepaalde regio's of geldt dit voor alle aanbieders?*

Op de vraag aan aanbieders of zij knelpunten ervaren rond de zorg voor mensen met een VG7-indicatie antwoordden slechts twee van de aanbieders met 'nee' en twee met 'weet ik niet'. De knelpunten worden dus niet slechts door bepaalde aanbieders of in bepaalde regio's ervaren. Figuur 6.1 geeft een overzicht van de mate waarin knelpunten worden ervaren, uitgesplitst naar de grootte van de zorgaanbieder.



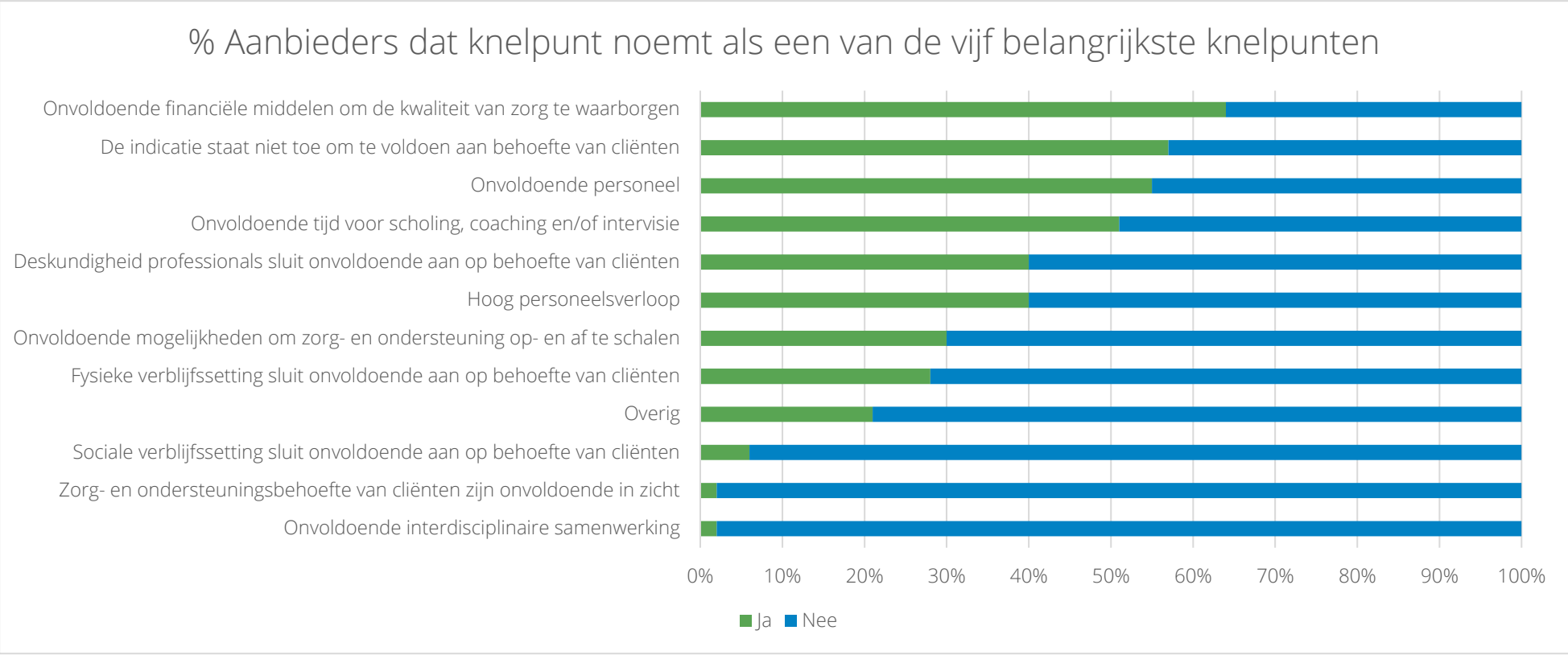
Figuur 6.1. Overzicht van het percentage aanbieders dat knelpunten ervaart rond de zorg voor mensen met een VG7-indicatie, ingedeeld naar aantal mensen met een VG7-indicatie bij een aanbieder

We hebben aanbieders gevraagd om in een lijst met knelpunten aan te geven welke vijf knelpunten het meest van toepassing zijn. Tabel 6.1 geeft het aantal genoemde knelpunten weer per categorie aanbieders. Wat opvalt is dat lang niet alle aanbieders vijf knelpunten hebben aangevinkt en dat dit vooral geldt voor de aanbieders met minder dan 150 mensen met VG7. Aanbieders met meer mensen met VG7 hebben gemiddeld meer knelpunten aangevinkt.

Categorie	Aantal knelpunten gemiddeld
1-50 mensen met VG7 (N=13)	2,7
50-150 mensen met VG7 (N=13)	2,2
150-300 mensen met VG7 (N=12)	4,4
>300 mensen met VG7 (N=9)	4,4
Totaal (N=47)	**3,8**

Tabel 6.1 gemiddeld aantal genoemde knelpunten, verdeeld naar categorie aanbieder

Figuur 6.2 geeft weer hoe vaak de verschillende knelpunten zijn gekozen. 'Onvoldoende financiële middelen', 'indicatie staat niet toe om te voldoen aan zorgbehoefte', 'onvoldoende personeel' en 'onvoldoende tijd voor scholing, coaching en/of intervisie' worden door meer dan de helft van de aanbieders als knelpunt ervaren. 'Onvoldoende deskundigheid' en 'hoog personeels-verloop' zijn door 40% van de aanbieders aangevinkt. De meeste aanbieders ervaren de punten 'onvoldoende interdisciplinaire samenwerking' en 'onvoldoende zicht op zorg- en ondersteuningsbehoefte' niet als belangrijkste knelpunten. Ook de sociale verblijfssetting is weinig gekozen; de groeps-samenstelling waar we in paragraaf 5.3 over spraken, is niet één van de grootste knelpunten.



Figuur 6.2. Percentage aanbieders dat knelpunt benoemt als een van de vijf belangrijkste knelpunten voor mensen met een VG7-indicatie

We hebben ook gekeken of er verschillen zijn tussen aanbieders met meer of minder mensen met VG7. Hieruit komen de volgende verschillen naar voren tussen de categorieën zorgaanbieders:

- Zorgaanbieders met meer dan 150 mensen met VG7 ervaren vaker dan gemiddeld de volgende knelpunten: 'onvoldoende financiële middelen om de kwaliteit van zorg te waarborgen', 'onvoldoende personeel' en 'deskundigheid sluit onvoldoende aan'.
- Zorgaanbieders met minder dan 50 mensen met VG7 ervaren 'onvoldoende tijd voor scholing, coaching en/of intervisie' minder vaak als knelpunt. Dit geldt ook voor 'onvoldoende mogelijkheden voor op- en afschalen'.

In bijlage 3 staat de figuur met alle resultaten gecategoriseerd naar het aantal mensen met VG7 in zorg bij de aanbieder.

Verder hebben we gekeken of er verschillen zijn tussen aanbieders die alleen gemengde groepen hebben (dus VG7 met andere zorgprofielen; dit zijn er 13) en aanbieders die alleen groepen hebben die volledig bestaan uit mensen met VG7 (dit zijn er 3). Vanwege het kleine aantal aanbieders dat enkel VG7-groepen heeft, kunnen we hier geen uitspraken over doen.

Naast de hiervoor beschreven knelpunten konden aanbieders in de open antwoordoptie andere knelpunten noemen waar zij tegenaan lopen. Opvallend is dat zes aanbieders hier gebruik van hebben gemaakt om iets aan te geven over personeel en arbeidsmarkt: het vinden en behouden van voldoende gekwalificeerd personeel is lastig (mede door beperkte doorgroeimogelijkheden); kosten van scholing en de inschaling zijn hoger; het afbraakrisico van personeel is hoger bij deze doelgroep en geeft dus ook meer kosten voor verzuim en verzuimpreventie.

Daarnaast zijn in de online uitvraag nog de volgende aanvullende knelpunten aangegeven door afzonderlijke aanbieders:

- Onvoldoende eenduidigheid in de visie op zorg, vanuit alle lagen in de organisatie en de verschillende belangen tussen organisatieonderdelen.
- Tekort aan passende huisvesting (beslotenheid, kleinschaligheid, pedagogisch leefklimaat en deskundigheid, name de expertise op het gebied van middelengebruik).
- Doelgroep heeft veelal triple problematiek ((L)VB, psychiatrische problemen, forse gedragsproblemen, veel contact met politie en justitie, en middelengebruik) en kan hierdoor vaak zowel niet terecht in de VG-sector als de GGZ. Ook kunnen organisaties zowel in- als extern onvoldoende op- en afschalen in ondersteuning van AVG / GGZ / verslavingszorg (bijvoorbeeld beschikbaarheid voor overleg in crisis-situaties, korte opnamemogelijkheden voor detox- en crisismaatregelen).
- Veiligheid van medewerkers en mensen met VG7 komt in het geding.
- Ontbreken van heldere richtlijnen voor verantwoording van VG7-zorg in een extramurale woonsetting (huidige kwaliteitseisen zijn gerelateerd aan uitvoering in een intramurale setting.
- Knelpunten op het vlak van aanpassingen van gebouwen, andere materialen en schade aan voorzieningen.
- Doorstroming is lastig te realiseren.
- Netwerk van de persoon met VG7 vraagt meer aandacht.

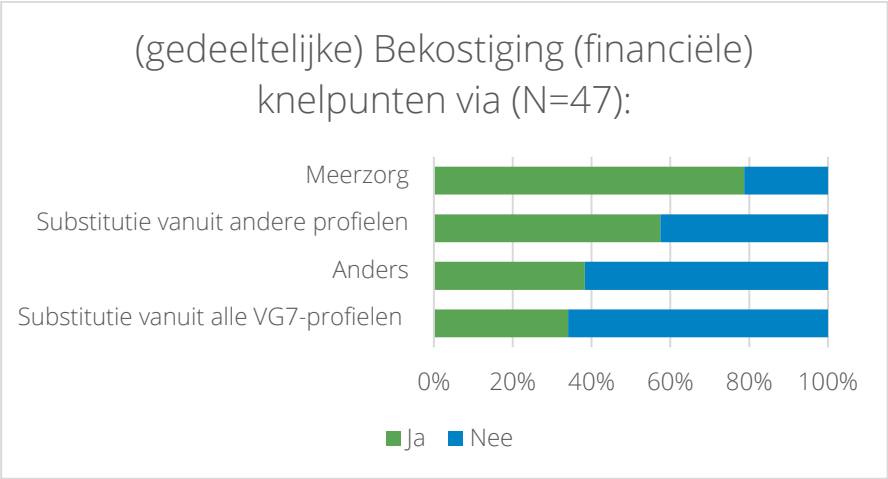
De meeste van deze knelpunten uit de online uitvraag zijn in lijn met de informatie uit de eerdere paragrafen in dit hoofdstuk.

6.6 Hoe gaan aanbieders om met knelpunten?

In deze paragraaf gaan we in op *onderzoeksvragen:*

- *4.4 Hoe gaat de praktijk nu om met de knelpunten? Hoe groot is daar het probleem?*
- *4.5 Wat is de doelgroep waarop knelpunten worden ervaren? Is dat de hele VG7 populatie of een subgroep(en) daarin?*
- *4.6 Zijn er concrete knelpunten aan te wijzen waardoor deze mensen niet de benodigde zorg krijgen?*

We hebben de aanbieders gevraagd hoe zij de (financiële) knelpunten nu bekostigen. Figuur 6.3 geeft een beeld van vier oplossingen, namelijk het inzetten van Meerzorg (zo'n 80%), substitutie vanuit andere profielen (bijna 60%), anders (bijna 40%) en substitutie binnen de middelen voor mensen met VG7 (34%).



Figuur 6.3 Manieren waarop aanbieders (financiële) knelpunten (gedeeltelijk) bekostigen

Meerdere aanbieders geven aan dat zij een negatieve exploitatie voor deze groep hebben; dit werd ook in interviews gezegd. Andere manieren dan die in figuur 6.3 om tekorten op te lossen zijn vooral bekostiging via de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en vastgoedresultaten. Enkele andere aanbieders passen substitutie toe vanuit (eigen) instellingsmiddelen (bijvoorbeeld via een calamiteitenbudget) of hebben maatwerkafspraken met het zorgkantoor gemaakt.

Twee aanbieders noemen maatregelen die ten koste gaan van goede zorg:

- Vrijheidsbeperkende maatregelen als toezicht onvoldoende geboden kan worden.
- Onvoldoende aandacht voor scholing en opleiding personeel.

Daarnaast lezen we in de antwoorden van de online uitvraag juist ook veel maatregelen die aanbieders treffen om toch zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden:

- extra inzet van gedragswetenschappers,
- scholing van medewerkers op het gebied van bejegening en agressie, bijvoorbeeld door eigen scholingsmodules te ontwikkelen,
- extra ondersteuning van de teams door de manager en behandelaar,
- extra overleg tijdens MDO's zowel intern als extern,
- werk aantrekkelijker maken door grotere contracten, langere diensten, hogere functiewaardering,
- organiseren van kennisdeling en -ontwikkeling, bijvoorbeeld via het Kennisplatform EVB+,
- creëren van kleinschaligheid (bijvoorbeeld cabins),
- creëren van nieuwe voorzieningen voor (intern) advies en kortdurende zorg om uitstotingshistorie te verminderen,
- samenwerking tussen wonen en dagbesteding door roosters te koppelen,
- aanpassen van mogelijkheden tot bestaande dagbesteding (meer toegankelijk maken, aanbod verbreden) en activiteiten rond vrije tijd,
- tijdelijke inzet van tussendiensten of beveiligers,
- inzet van zzp'ers en uitzendkrachten (dit is echter duur en nadelig voor de continuïteit),
- bijzondere afspraken met ketenpartners (bijvoorbeeld uitbreiding van achterwacht AVG, crisisdienst GGZ, FACT teams GGZ en verslavingszorg),
- overleg en interventie door Veiligheidshuizen en politie,
- maatwerkafspraken met de burgemeester.

De ervaren knelpunten lijken van toepassing op alle mensen met VG7, er komen niet specifieke subgroepen naar voren waar de knelpunten sterker spelen. Wel hebben we geconstateerd dat de zorgbehoefte binnen de doelgroep VG7 varieert (zie paragraaf 3.2). Logischerwijs knelt het financieel het meest bij mensen met VG7 waar substantieel meer tijd van begeleiders en behandelaren voor wordt ingezet. En dan vooral bij de zorg voor mensen

met VG7 die net niet aan de drempel van 125% komen voor de aanvraag van Meerzorg.

Onze conclusie is dat zorgaanbieders op veel verschillende manieren proberen om ondanks de knelpunten goede zorg te bieden aan mensen met VG7, voor een deel met (structurele) Meerzorg en/of ten koste van de middelen voor de zorg voor andere mensen met beperkingen of van het financiële resultaat van de organisatie.

7. Probleemanalyse en aanknopingspunten voor verbetering

In dit hoofdstuk vatten we het probleem samen en geven we op hoofdlijnen enkele aanknopingspunten voor verbetering.



7.1 Probleemanalyse

De focus van voorliggend onderzoek ligt op het inzichtelijk maken van de knelpunten met betrekking tot de zorgverlening van mensen met VG7. Op basis van het onderzoek concluderen wij dat er grote overeenstemming is onder de verschillende partijen over:

- wat de *doelgroep van VG7* kenmerkt, dat de (interactie met de) omgeving hierin een belangrijke rol speelt, dat het een heterogene groep is en dat verschillende factoren meespelen in de (ervaren) zwaarte van de problematiek;
- wat *goede zorg* is voor mensen met VG7 en dat hierbij zowel behoeftes van deze persen meespelen als die van medewerkers, dat dit van zorgaanbieders vraagt om de juiste randvoorwaarden te creëren en dat dit op macroniveau moet worden gefaciliteerd;
- dat *het zorglandschap* bestaat uit een groot aantal aanbieders (en nog meer locaties) die verschillende keuzes maken in de organisatie van de zorg (zoals de groepssamenstelling en -omvang), waarbij intramurale zorg (in natura) verreweg het meeste voorkomt;
- dat er een heel scala is aan *knelpunten* op alle perspectieven (de persoon met VG7, zorgverlener, zorgaanbieder, macro), die in de volle breedte worden ervaren (bij een groot deel van de mensen met VG7 en bij vrijwel alle aanbieders), verdeeld over een tiental aspecten die met elkaar samenhangen en daarom allemaal belangrijk zijn voor een oplossing. De knelpunten leiden ertoe dat de kwaliteit van leven van deze mensen onder druk komt te staan, doordat de passende context en daarmee de kwaliteit van zorg niet altijd gewaarborgd kan worden. Daarmee ontstaat een vicieuze cirkel: de problematiek verzwaart als de context niet verbetert en de context verslechtert verder door verzwaring van de problematiek (door de impact op personeel en op de financiële positie

van de organisatie). Om deze vicieuze cirkel te doorbreken is het van belang dat alle betrokken partijen gezamenlijk snel in actie komen om de knelpunten op te lossen.

Er is een breed gedeeld beeld dat voor goede zorg aan mensen met VG7 alles zo goed mogelijk moet kloppen: in de directe fysieke en sociale omgeving, in de organisatorische context en op macroniveau. In de weging van de aspecten voor een oplossing van de ervaren knelpunten komen uit de interviews twee richtingen naar voren. Aan de ene kant is bij aanbieders een omslag nodig om integraal te gaan werken volgens de principes van goede zorg voor deze doelgroep, te beginnen bij een heldere visie, die tot uiting komt in het realiseren van de benodigde randvoorwaarden. Een deel van de aanbieders heeft dit nog niet volledig op orde. Dit vraagt om meer sturing op wie VG7-zorg mogen bieden en onder welke inhoudelijke voorwaarden. Aan de andere kant wordt een tekort aan middelen ervaren waardóór de benodigde randvoorwaarden niet optimaal kunnen worden gerealiseerd. Dit vraagt om een financiële impuls (tijdelijk dan wel structureel) om aanbieders in staat te stellen om aan de voorwaarden te voldoen.

Vanuit de resultaten van dit onderzoek kunnen we geen uitsluitsel geven over de richting die het zwaarste weegt. We zien verschillen tussen aanbieders, maar weten niet wat het 'niveau' van de aanbieders is in het bieden van goede zorg voor VG7 en ook niet wat voor mensen met VG7 zij in zorg hebben. Hebben de aanbieders die geen of minder knelpunten ervaren misschien minder complexe mensen met VG7? Of weten zij beter in te spelen op wat deze mensen nodig hebben, kunnen zij personeel beter aan zich binden en efficiënter inzetten, et cetera? Hebben de aanbieders die veel Meerzorg hebben misschien mensen met complexere zorgvragen waardoor ze meer middelen nodig hebben? Of sluit de zorg die ze bieden niet goed aan op de behoeften van deze mensen waardoor zich meer probleemgedrag voordoet en ze daardoor meer budget nodig hebben?

Wat in ieder geval duidelijk is, is dat de volgende aspecten cruciaal zijn en een sleutel kunnen vormen tot een oplossing:

- Visie: een aanbieder die VG7-zorg wil bieden:
  - heeft een heldere visie op de doelgroep en goede zorg voor VG7,
  - heeft deze visie doorvertaald in de hele organisatie,
  - en zorgt voor een cultuur waarin ruimte is voor leren en reflecteren.
- Personeel met expertise en goede arbeidsomstandigheden:
  - voldoende personeel, dus medewerkers kunnen binden/boeien en passend belonen, zodat je een stabiel team hebt rond de mensen met VG7,
  - goed toegerust qua expertise en methodieken door continue scholing en opleiding,
  - met goede ondersteuning van management en behandelaren,
  - en met voldoende tijd voor coaching, reflectie en intervisie.
- Financiering:
  - passende financiering voor goede zorg,
  - en voor het ontwikkelen en delen van expertise,
  - gebaseerd op een objectief beeld van de doelgroep en mogelijke differentiatie daarbinnen.

7.2 Aanknopingspunten voor verbetering

In aanvulling op de probleemanalyse besteden we tot slot nog aandacht aan *onderzoeksvraag 2.2: Wat helpt/is nodig om betere zorg te verlenen (en bij welke partijen)? Welke mogelijkheden zijn er? Welke beperkingen zijn er?*

Voortbordurend op de aspecten die in paragraaf 7.1 zijn genoemd schetsen we een aantal mogelijke lijnen waarlangs de zorg voor mensen met VG7 kan worden verbeterd.

1. Kwaliteitsslag naar goede zorg

- Organiseer samen (zorgaanbieders, zorgkantoren, cliënt(vertegen-woordigers), Zorginstituut en Inspectie) wat nodig is om goede zorg voor mensen met VG7 te kunnen realiseren. Creëer met elkaar de randvoorwaarden in structuur, cultuur en ondersteuning (persoonlijk en inhoudelijk) die hiervoor noodzakelijk zijn. Geen strakke regels voor hoe je het moet doen, maar wel meer duidelijkheid over wat je moet doen. Dus concretiseer met elkaar goede zorg, in het bijzonder wat betreft visie, personeel, expertise en arbeidsomstandigheden. Maak hierbij gebruik van de verschillende perspectieven op goede zorg zoals beschreven in hoofdstuk 4 en de informatie die reeds binnen de sector door aanbieders is uitgewerkt in concrete richtlijnen of handleidingen, zoals de leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg.
- Maak samen (CCE, zorgaanbieders, zorgkantoren en inspectie) een scan van aanbieders aan de hand van de definitie van goede zorg, zodat een beeld ontstaat van de aanbieders die nog onvoldoende zicht hebben op wat deze doelgroep vraagt of blinde vlekken hebben voor eigen tekortkomingen. Maak hierbij gebruik van de ervaring van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en Crisis- en Ondersteuningsteams (COT's). Aanbieders kunnen de scan ook in de vorm van een soort visitatie uitvoeren om het onderlinge leren te versterken.
- Faciliteer organisaties om naar het niveau van goede zorg toe te groeien door de inzet van expertise van diverse Expertiseteams, CCE, COT's en aanbieders onderling.
- Faciliteer aanbieders om gekwalificeerd personeel te werven en te behouden door de uitwisseling van ervaringen en samenwerking tussen aanbieders, het aantrekken van mensen buiten de zorg (die goed kunnen normaliseren zijn en gevoel voor deze doelgroep hebben) en passende salariëring.

2. Passende financiering

- Zorg voor een tarief dat passend is (NZa voor zorg in natura en VWS voor pgb) om de gedefinieerde goede zorg te kunnen leveren en de kwaliteitsslag te kunnen maken. Maak hierbij gebruik van de informatie uit het geactualiseerde zorgprofiel VG7 dat de VGN heeft uitgewerkt en de resultaten van de VG7-probleemanalyse van de NZa die meer is gericht op de financiële aspecten van de zorg voor mensen met VG7.
- Analyseer (zorgaanbieders en zorgkantoren) de situaties waarin Meerzorg structureel wordt gegeven in relatie tot de definitie van goede zorg. Wat maakt dat structureel Meerzorg nodig is, blijft Meerzorg structureel nodig als het tarief voor VG7 passend wordt gemaakt voor de definitie van goede zorg, wat is nodig om te zorgen dat Meerzorg hoofdzakelijk als tijdelijke maatregel wordt ingezet?
- Onderzoek (zorgkantoren en zorgaanbieders) wat mogelijk is om de aanvraag voor Meerzorg administratief te vereenvoudigen.

3. Afstemming met landelijke programma's

- Werk de oplossingen uit in samenhang met maatregelen in het kader van programma's zoals Volwaardig leven, Pilot 5 en Werken in de zorg.

Bijlage 1. Literatuurlijst

1. drs. Vanessa Olivier-Pijpers & dr. Wouter Landman, Bewegen bij probleemgedrag (2020)
2. Equalis, Inzicht in de vertraagde in-, door- en uitstroom bij de SGLVG (2020)
3. Commissie Expertisecentra langdurige zorg, Adviesrapport Commissie expertisecentra langdurige zorg (2020)
4. Bureau Bartels B.V., Arbeidsmarktverkenning gehandicaptenzorg (2020)
5. Partoer, consultants en onderzoekers, Eenmeting monitor Netwerkgidsen (2020)
6. Partoer, consultants en onderzoekers, Factsheet eenmeting Netwerkgidsen (2020)
7. Bureau HHM, In, door- en uitstroom LVG-zorgprofielen (2020)
8. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Passende zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek (2019)
9. KPMG, Kostenonderzoek langdurige zorg, Addendum op rapportage 'Kostenonderzoek langdurige zorg' 24 januari 2018 (2018)
10. KPMG, Expertisecentra langdurige zorg (Wlz) (2019)
11. KPMG, Kostenonderzoek langdurige zorg, Rapportage met aangepaste resultaten ten opzicht van rapportage 'Kostenonderzoek langdurige zorg'd.d. 24 januari 2018 (2018
12. Partners van de landelijke stuurgroep Zorg en Veiligheid, Landelijke agenda zorg & veiligheid: perspectief 2025 (2021)
13. MEE NL, Passende zorg voor cliënten met complexe problematiek, (2016)
14. Nederlandse Zorgautoriteit, Monitor zicht op gehandicaptenzorg 2020, (2020)
15. V. C. Olivier-Pijpers, J. M. Cramm, W. H. E. Buntinx en A. P. Nieboer, Organisatiecontext en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag, (2017)
16. Nederlandse Zorgautoriteit, Naar passende ggz voor patiënten met lvb en zb (2020)
17. Nederlandse Zorgautoriteit, Advies bekostiging Kennis en zorg voor laag volume hoog complexe doelgroepen in de Wet langdurige zorg (2020)
18. Nederlandse Zorgautoriteit, Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg (2018)
19. Nederlandse Zorgautoriteit, Rapport Kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2019)
20. Bureau HHM, Beschrijving zorgprofiel VG7, Actualisatie op inhoud en kosten (2019)
21. Pro, Pro in de Praktijk (2020)
22. Pro, Samenvatting Pro in de praktijk (2020)
23. Wilma van der Scheer & Annemiek Stoopendaal, Kleurrijke zorg, Sectorbeeld Gehandicaptenzorg 2017 (2018)
24. Zorginstituut Nederland, Beeldvorming en diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag: een dossieronderzoek (2020)
25. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking (2019)
26. Andersson Elffers Felix, Analyse zorginkoop voor 2020 (2020)

27. Zorginstituut Nederland & de Nederlandse Zorgautoriteit, Advies Maatwerk in de Wlz (2016)
28. Verslag overleg VGN-VWS over zorgprofielen (2020)
29. Verslag Bijeenkomst 'scenario herijking zorgprofiel' (2020)
30. Verslag Overleg over actualisatie zorgprofielen VWS-CIZ (2020)
31. Verslag Overleg zorgprofielen – Nza, ZN en zorgkantoren (2020)
32. Zorginstituut Nederland, Factsheet Meerzorg in de intramurale verstandelijke gehandicaptenzorg 2015 – 2019 (2020)
33. Nederlandse Zorgautoriteit, Monitor Zicht op gehandicaptenzorg 2020 (2020)
34. Zorginstituut Nederland, Van meerzorg naar passende zorg Bouwstenen voor een toekomstbestendige langdurige zorg (2021)
35. Zorginstituut Nederland, Verkennend onderzoek intramurale gehandicaptenzorg 2015-2019 (2020)
36. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Notitie fouten in berekening meerzorg 2020 (2020)
37. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Notitie uitkomst onderzoek fouten in meerzorgsjabloon 2021 (2021)
38. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Definitieve bevindingen accountant bij analyse meerzorgsjabloon 2021 (2021)
39. Zorgverzekeraars Nederland, Meerzorgbief zorgaanbieders sjabloon 2021 (2021)
40a. Prof. Dr. Petri Embregts e.a., De doelgroep EVB+ (2021)
40b. Prof. Dr. Petri Embregts e.a., De doelgroep LVB+: een definitie (2020)
41. Bureau HHM, Perspectief op persoonsgerichte zorg (2021). Deze leidraad bestaat uit een generieke deel en uitwerkingen voor specifieke doelgroepen, waaronder 41a. EVB en 41b. LVB.
42. Dichterbij, Actualisatie VG7 (2021)

Bijlage 2. Respons online uitvraag

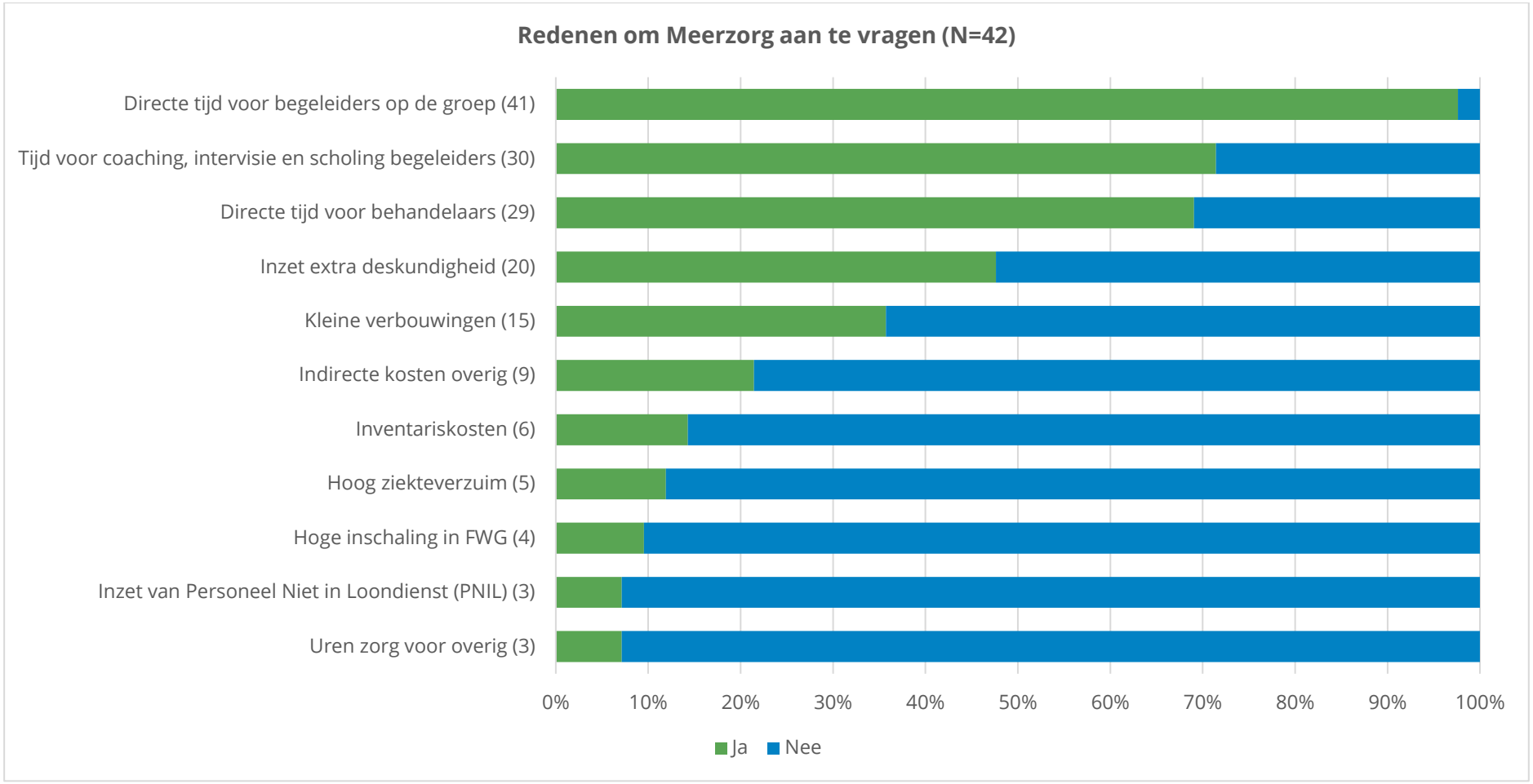
	Aantal
Aantal respondenten* Waarvan met aantal mensen met een VG7-incdicatie: - 0 – 50 - 50 – 150 - 150 – 300 - > 300	50 15 13 12 10
Aantal vertegenwoordigde zorgkantoorregio's	25
Gemiddeld aantal aanbieders per regio**	4
Aantal mensen met VG7 in 2020 in responsgroep (N=50)	10.476
Waarvan PGB in responsgroep (N=13)	33
Aandeel van aantal unieke mensen met VG7 zoals bekend bij de NZa op peildatum 1-10-2020 (N=14.044 voor Nederland)	73%
Aantal mensen met VG7 en Meerzorg in responsgroep	2.675
Aandeel van aantal unieke mensen met VG7 met Meerzorg zoals bekend bij de NZa op peildatum 1-10-2020 (N=3.816 voor Nederland)	71%
* Een respondent is één organisatie die meer AGB codes kan hebben. ** Een aanbieder kan in meerdere regio's actief zijn. De regio's zijn bepaald op basis van de regio waarin een organisatie zelf zegt actief te zijn, in combinatie met gegevens van de NZa.	

Tabel B.2.1 Respons online uitvraag)

Bijlage 3. Aanvullende informatie

Bij paragraaf 3.5 – Redenen Meerzorg

De volgende figuur toont om welke redenen Meerzorg wordt ingezet bij de 42 aanbieders die mensen met VG7 met Meerzorg in zorg hebben.



Figuur B.3.1 Redenen voor het aanvragen van Meerzorg

Andere redenen of toelichting op de gekozen reden in de categorie 'meer (kosten voor) medewerkers':

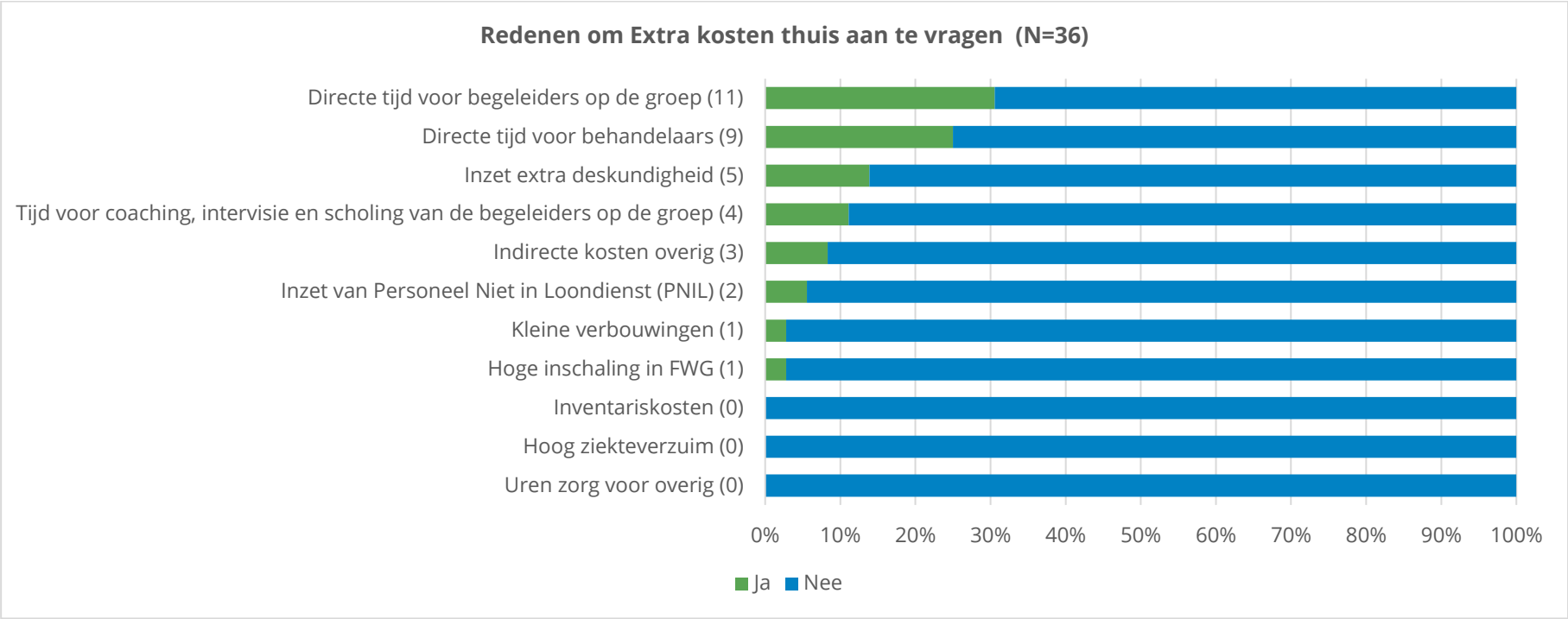
- Meer directe tijd voor werkleiders op de werkplaats.
- Uren voor afstemming tussen begeleiders en tussen begeleiders en behandelaren.
- Voor het garanderen van de veiligheid voor medewerkers en medebewoners.
- Doordat mensen met VG7 vaak in kleine woongroepen wonen is het moeilijk om de financiering rond te krijgen.
- Vanwege een permanent te krap budget voor de mensen met een zeer complexe zorgvraag; de zorgvraag van een persoon met VG7 is groter dan vanuit VG7-budget kan worden gerealiseerd. De Meerzorg is dan nodig om noodzakelijke ondersteuningsuren te kunnen bieden.
- Medewerkers die werken op een intensief complexe groep worden een schaal hoger beloond, zonder dat de inkomsten toenemen waardoor dit tot gevolg heeft dat er minder mankracht ingezet kan worden.
- Verloop personeel is hoger, investeringen zijn nodig voor scholing en het is moeilijk om voldoende personeel te vinden.
- Intensivering van zorg vraagt ook meer nabijheid en inzet van behandelaren. Dit is juist ook nodig om de intensivering van zorg zo doelgericht mogelijk te kunnen doen. En dus niet alleen maar extra begeleiding in te zetten, maar juist te kunnen richten op wat nodig is om weer herstel en perspectief te krijgen.
- Afstemming met verwanten is soms intensiever.

Andere redenen of toelichting op de gekozen reden in de categorie 'indirecte kosten die niet aan personeel hangen' zijn:

- Inzetten van EHealth
- Vernielingen, aanschaf scheurpakken en beschermende middelen (zoals een TV achter plexiglas)

Bij paragraaf 3.5 – Redenen Extra kosten thuis (EKT)

De volgende figuur toont om welke redenen EKT wordt ingezet bij de 36 aanbieders die mensen met VG7 met EKT in zorg hebben.



Figuur B.3.2 Redenen voor het aanvragen van Extra kosten thuis

Andere redenen of toelichting op de gekozen reden in de categorie 'meer (kosten voor) medewerkers' zijn:

- Ontoereikend budget voor thuis over vanuit PGB na inkoop zorg/dagbesteding.
- Er is een hoog tarief voor volledige dagbesteding, vaak is er nog een vraag om te logeren en ambulante ondersteuning, dan wordt 100% overschreden en is de toeslag Extra kosten thuis nodig.
- Bij volwassenen gaan de uren naar ondersteuning thuis en PNIL.
- Vaak gaat het hier om jongere kinderen met complexe problematiek, waarbij zowel op dagbesteding/kdc, als in thuissituatie als in het logeren extra ingezet moet worden.
- Voornamelijk voortzetting van regeling WLZ-indiceerbaren, ofwel oude rechten bij de transitie Wlz; komt meer voor bij andere ZZP's dan VG7.

Bij paragraaf 5.3 – Samenstelling woongroepen

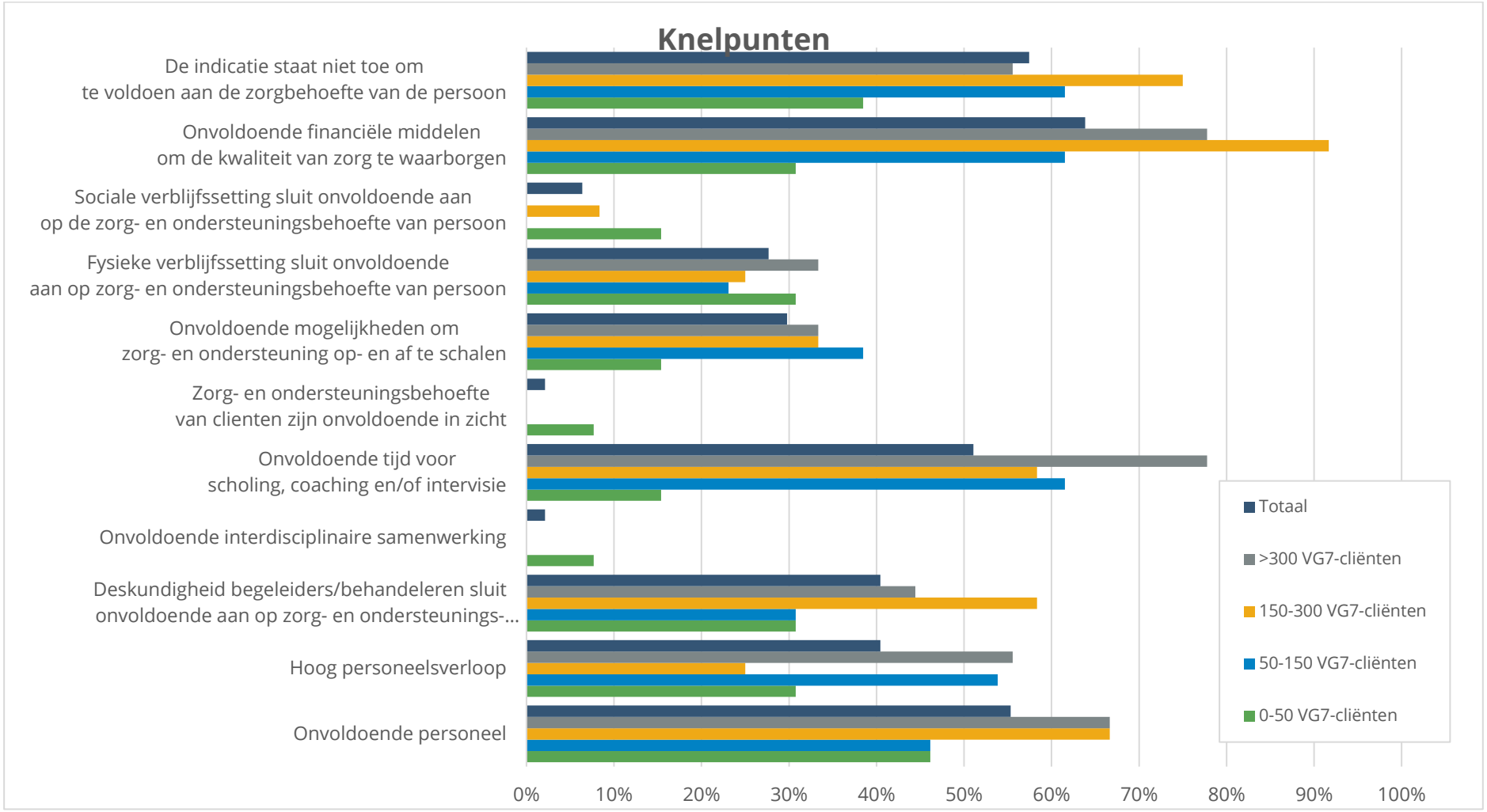
Tabel 2.1 geeft een overzicht van de samenstelling van de woongroepen bij aanbieders. De laatste kolom geeft weer hoeveel van de aanbieders een bepaalde samenstelling van woongroepen hebben. Zo heeft ruim 55% van de aanbieders minimaal één woongroep met enkel VG7-indicaties en 44,7% met minimaal één woongroep met mensen met VG7-indicaties die ook Meerzorg hebben. De combinatie van mensen met VG7 met mensen met andere zorgprofielen komt in veel organisaties voor.

Samenstelling woongroepen	Aantal groepen (% totaal)	Aantal aanbieders	% aanbieders met samenstelling (N=47)*	Gem. aantal groepen per aanbieder
Enkel VG7-indicaties	102 (5%)	26	55,3%	3,9
Enkel VG7-indicaties met Meerzorg	75 (4%)	21	44,7%	3,6
VG7-indicaties en VG7-indicaties met Meerzorg	284 (14%)	27	57,4%	10,5
VG7-indicaties (eventueel met Meerzorg) en VG6-indicaties	269 (13%)	29	61,7%	9,3
VG7-indicaties (eventueel met Meerzorg) en alle andere mogelijke indicaties	1.309 (64%)	39	83,0%	33,6
* Drie van de 50 aanbieders hebben geen enkele woongroep ingevuld. Deze aanbieders zijn achterwege gelaten in het totale aantal aanbieders.				

Tabel B.3.1 Overzicht samenstelling woongroepen 2020

Bij paragraaf 6.5 – Knelpunten per categorie aanbieder

De genoemde knelpunten gecategoriseerd naar aantal mensen met VG7 in zorg bij de aanbieder:



Figuur B.3.3 Knelpunten gecategoriseerd naar aantal mensen met VG7 in zorg per aanbieder

Bijlage 4. Verdeling VG7-indicaties over zorgkantoorregio's

