

## Mensen met ernstige meervoudige beperkingen: actualisatie van Wlz-Zorgprofiel VG8

### 1. Inleiding

De problematiek rond personen met (zeer) ernstige meervoudige beperkingen maakte afgelopen zomer duidelijk dat het huidige zorgprofiel VG8 zowel qua inhoud als qua financiering niet passend is. Vanuit zorginhoudelijke optiek is een kwaliteitsimpuls nodig. Op basis van inzichten van professionals zijn verschillende zorgprogramma's ontwikkeld en ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft onlangs aan de hand van zeven kernpunten gewezen op het belang van een kwaliteitsimpuls. Om deze goede zorg te kunnen leveren is een herijking van tarieven binnen het systeem van de Wlz-Zorgprofielen nodig. Met de huidige tarieven zijn de zorginstellingen in staat om de goede basiszorg te leveren, maar daarmee voldoen ze niet aan alle kwaliteitseisen. En deze basiszorg is alleen te realiseren met een interne herschikking van middelen. Die herschikking gaat ten koste van de zorg aan cliënten met lagere Zorgprofielen.

De VGN wil hierin verbetering aanbrengen en heeft daartoe een pilot opgezet om vanuit cliëntperspectief te komen tot een kwalitatief actuele beschrijving van Zorgprofiel VG8 met een daarbij aansluitend passend tarief met als doelstelling:

- inzicht in wat goede zorg is voor cliënten die Zorgprofiel VG8 ontvangen,
- inzicht in de kwaliteit van de zorg die nu wordt geboden (de mate waarin goede zorg wordt geboden),
- een voorstel voor een passend tarief om daadwerkelijk goede zorg voor de cliënten te kunnen leveren.

Bureau HHM heeft deze pilot uitgevoerd. We hebben daarbij een pragmatische aanpak gehanteerd en zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand materiaal, aangevuld met de kennis van inhoudelijke en bedrijfsmatige experts. De uitkomst kan worden benut voor de beïnvloeding van de tariefherijking 2019 van de Nederlandse zorgautoriteit.

In deze notitie geven we allereerst een beschrijving van twee subgroepen die we binnen Zorgprofiel VG8 onderscheiden. Dit is het resultaat van twee werkbijeenkomsten met inhoudelijke professionals vanuit diverse zorgaanbieders en vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties. Daarbij is ook aangegeven wat wordt verstaan onder goede zorg. Vervolgens presenteren we een onderbouwing van de tijdbesteding en kosten van Zorgprofiel VG8 die tot stand is gekomen na bespreking tijdens een bijeenkomst met financiële experts.

### 2. Twee subgroepen binnen Zorgprofiel VG8

Mensen die blijvend zijn aangewezen op nabije ondersteuning hebben recht op zorg vanuit de Wlz. Aan de hand van een systeem met Zorgprofielen wordt binnen de Wlz een onderscheid naar zorgzwaarte gemaakt. Het zogenoemde Zorgprofiel VG8 is bedoeld voor mensen met meervoudige beperkingen. Volgens de Monitor Langdurige Zorg (CBS, Statline, 2015) zijn er 6.461 personen met een VG8-indicatie. Volgens gegevens van het CIZ (Kwartaalrapportage Indiciestelling Wlz) hadden 6.801 personen op 1 juli 2016 een VG8-indicatie en 8.352 personen op 1 juli 2017. Deze toename is voor een groot deel het gevolg van het traject 'Wlz-indiceerbaren' waarbij voor met name kinderen de indicaties in functies zijn omgezet naar indicaties in zorgprofielen. Professionals uit diverse zorginstellingen hebben aangegeven dat binnen Zorgprofiel VG8 twee doelgroepen zijn te onderscheiden.

1. *Mensen die al een leven lang ernstig meervoudige beperkingen hebben en die voor alle dingen van het dagelijks leven zijn aangewezen op ondersteuning (cliënten met EMB).*<sup>1</sup>

- Mensen bij wie een (zeer) ernstige verstandelijke beperking samengaat met uitgebreide lichamelijke beperkingen (ADL, mobiliteit), waarbij veelal sprake is van co-morbiditeit, zodanig dat bij alle aspecten van het dagelijks leven volledige en voortdurende ondersteuning nodig is. De interactie van al deze beperkingen maakt dat deze mensen zeer weinig compensatiemogelijkheden hebben. De combinatie van deze beperkingen bestaat een heel leven lang.
- De mensen hebben doorgaans een gering vermogen tot communiceren met anderen (in woord of gebaar) hun communicatie is niet eenvoudig te begrijpen door zowel professionals als mantelzorgers, hetgeen zich kan uiten in moeilijk verstaanbaar gedrag. Om subtiele signalen (zoals wensen, plezier, welbevinden, angst, onrust en pijn) op te vangen is extra aandacht en observatie vereist.
- De mensen hebben een broze gezondheid als gevolg van stoornissen die het functioneren belemmeren (bijvoorbeeld epilepsie, slikproblemen, visusproblemen en chronische luchtweginfecties).
- Ze zijn extra kwetsbaar op het vlak van moeilijk verstaanbaar gedrag (zoals angstig en zelfverwonding).

2. *Mensen met een (matige of ernstige) verstandelijke beperking die vanwege geriatrische aandoeningen op latere leeftijd een stapeling van ernstige beperkingen ondervinden die leidt tot een uitgebreide begeleidings- en verzorgingsbehoefte.*<sup>2</sup>

- Mensen met een verstandelijke beperking die als gevolg van geriatrische aandoeningen tevens veel lichamelijke beperkingen hebben, waaronder uitgebreide moeilijkheden met ADL en mobiliteit. Deze combinatie van beperkingen is op latere leeftijd ontstaan.
- Die beperkingen staan in samenhang met chronische gezondheidsproblemen. Veelvuldig is er een risico op onder meer diabetes, slikproblemen, geheugenproblemen, apraxie, zintuiglijke beperkingen, desoriëntatie, depressiviteit, onrust en communicatieve en mobiliteitsbeperkingen
- Bij een gedeelte van deze oudere mensen ontstaat gevorderde dementie, veelal uitmondend in totale zorgafhankelijkheid, die zelfregie en zelfredzaamheid versneld sterk verminderen.
- De sterk verhoogde kwetsbaarheid maakt het nodig de leefomgeving aan te passen met de daarbij behorende intensieve verzorging en begeleiding.

Op dit moment overheerst de eerste groep binnen Zorgprofiel VG8 (de schatting is dat dit momenteel 80% is binnen VG8). Deze groep zal naar verwachting de komende jaren niet sterk toe- of afnemen. Daarnaast is de verwachting dat de tweede groep de komende jaren sterk zal

---

<sup>1</sup> Onderzoekers maken soms onderscheid tussen de brede groep van 'mensen met EMB' en de specifieke groep van 'mensen met zeer ernstige verstandelijke beperking en meervoudige beperkingen'. Voor de praktijk van zorgverlening kan dat nuttig zijn; maar voor het doel van actualisatie van Zorgprofiel VG8 zien we 'ZEVMB' (de tweede groep) als een subgroep van de brede categorie van mensen met EMB.

<sup>2</sup> Het is belangrijk dat we ouderen *niet zonder meer* (op grond van leeftijd) indelen in een categorie met hoge zorgzwaarte. Pas bij stapeling van beperkingen op veel gebieden is dit het geval; veel begeleidings-behoeften gaan dan samen met uitgebreide verzorgingsbehoeften (ADL-zorg) en extra verpleegkundige aandacht. In de ouderenzorg spreekt men van 'geriatrische aandoeningen'.

groeien omdat steeds meer VG-cliënten oud worden en in toenemende mate te maken gaan krijgen met geriatrische aandoeningen.

Hoewel bij beide groepen sprake is van een overlap in problematiek heeft de periode waarin sprake is van meervoudige problematiek (levenslang of op latere leeftijd) wel invloed op de aard en omvang van de noodzakelijke zorg en ondersteuning. In het kader van de herkenbaarheid van zorgprofielen en het onderscheid tussen zorgprofielen legitimeert dit om twee afzonderlijke beschrijvingen te maken. In bijlage 1 is in de systematiek en terminologie van de Wlz-Zorgprofielen een nadere beschrijving gemaakt van beide subgroepen.

### 3. Goede zorg

Recent zijn verschillende documenten gepubliceerd waarin is beschreven wat goede zorg is voor beide groepen cliënten met Zorgprofiel VG8:

- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg <https://www.vgn.nl/artikel/26199>
- Factsheet Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Ga voor goede zorg aan mensen met een ernstige meervoudige beperking: het kán!
- Position paper Rijksuniversiteit Groningen: Kinderen en volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: tijd voor een nieuw perspectief
- Visiedocument uit de leidraad oud en gelukkig
- Zorgprogramma's van diverse zorginstellingen

In al deze documenten komt een persoonsgerichte en ontwikkelingsgerichte benadering naar voren. Het gaat erom om alle mensen steeds weer kansen te geven om nieuwe vaardigheden te leren of nieuwe uitdagingen aan te gaan, passend bij de mogelijkheden en interesses van de cliënt. Voor EMB-cliënten en VG-cliënten met geriatrische aandoeningen is dat vaak een aanpak van kleine stapjes. Uit de documenten en tijdens de expertbijeenkomsten zijn tevens de volgende aspecten naar voren gekomen:

- 1) Medewerkers kunnen goed vertellen wie de cliënt is en wat hij heeft meegemaakt in zijn leven. Medewerkers geven individuele aandacht aan de cliënt; ze verstaan de signalen die hij/zij geeft.
- 2) De gezondheidsrisico's van de cliënten zijn bekend bij de medewerkers; ze spreken erover met elkaar. Zicht op risico's leidt tot afspraken en acties worden uitgevoerd.
- 3) De zorg berust op interdisciplinaire samenwerking; uitvoerende zorgteams (begeleiding, verzorging) en behandelaars werken nauw samen.
- 4) De cliënt krijgt de noodzakelijke ADL-zorg (persoonlijke verzorging) in een tempo dat bij de individuele persoon past.
- 5) De cliënt krijgt de noodzakelijke hulp bij eten & drinken; ook hier in het tempo van de persoon. Er is gerichte aandacht voor slikproblemen; om mondmotoriek te behouden wordt het gebruik van een PEG-sonde vermeden, tenzij het niet anders kan.
- 6) Er is extra aandacht voor mondzorg; bijvoorbeeld twee keer per dag de tanden van de cliënt poetsen.
- 7) Gelet op de vele motorische beperkingen geven de medewerkers extra aandacht aan bewegen buiten de momenten van ADL-zorg. Onder meer door de cliënt uit de rolstoel halen, doorbloeding te stimuleren en drukplekken te vermijden.

- 8) De cliënt krijgt belevingsgerichte activiteiten aangeboden waarbij hij/zij zich prettig voelt. Er is iets te doen dat de persoon plezier geeft. Ook om cliënten goed te kunnen ondersteunen bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties is het van belang dat medewerkers veel tijd kunnen doorbrengen met de cliënten, zodat ze in staat zijn om ze goed te leren 'kennen'.
- 9) Hulpmiddelen zijn tijdig en voldoende beschikbaar (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, speciale voeding en aangepaste rolstoelen).
- 10) Er is gedurende de nacht voortdurend nabijge nachtzorg ("wakende wacht"). De toepassing van domotica met bewaking-op-afstand is bij deze cliënten niet toereikend.

Het algemene beeld is dat de kwaliteit van zorg behoorlijk is. In ieder geval de zogenoemde 'basiszorg' is toereikend (denk aan zaken als ADL, eten & drinken, activiteiten). Dit beeld wordt breed gedeeld door professionals, bestuurders en de IGJ. Echter, er zijn ook aanmerkelijke onvolkomenheden. Door 'krapte' schiet de individuele aandacht en alertheid te kort voor met name de EMB-clieënten (de eerste cliëntgroep). De betrokkenheid van medewerkers bij elke individuele cliënt is hoog, maar de ruimte om alles te doen in het tempo van de cliënt en in aansluiting op de belemmeringen en mogelijkheden van de cliënt (zoals bijvoorbeeld momenten van alertheid) is onvoldoende. Daarnaast is niet overal altijd de noodzakelijke (verpleegkundige of medische) deskundigheid aanwezig (bijvoorbeeld om de juiste zorg te kunnen verlenen gericht op de geriatrische aandoeningen).

Zorginstellingen hebben de ruimte al enigszins opgerekt door extra middelen beschikbaar te stellen aan de zorg & ondersteuning van mensen met ernstig meervoudige beperkingen. Dat gebeurt via interne herschikking, maar gaat ten koste van de zorg en ondersteuning van anderen. Daarmee wordt vermeden dat de zorg ondermaatse kwaliteit zou hebben, maar voor het bieden van kwalitatief goede zorg is een extra impuls nodig. De IGJ heeft in 2017 een onderzoek afgerond waarin de 'EMB-zorg' centraal stond. Het onderzoek berustte op verkenningen binnen acht instellingen waarbij de IGJ vooral drie verbeterpunten naar voren heeft gebracht:

- 1) individuele aandacht geven, om zo de signalen van cliënten te kunnen zien, te herkennen en er ernaar te handelen;
- 2) actief omgaan met de specifieke gezondheidsrisico's van cliënten met ernstig-meervoudige beperkingen (risico's beschrijven, acties plannen, resultaten volgen);
- 3) de kracht van multidisciplinaire teams (beter) benutten door voortdurend samen te werken en tevens de ervaringsdeskundigheid van cliëntvertegenwoordigers erbij te betrekken.

Ook inhoudelijke experts werkzaam bij VGN-leden geven op basis van evidence-based practice aan dat de zorg & ondersteuning doorgaans een behoorlijk niveau heeft, maar op de volgende punten verbetering behoeft. Veel van deze punten zijn voor zowel EMB-clieënten als VG-clieënten met geriatrische aandoeningen relevant.

- 1) Er is meer ruimte nodig voor individuele aandacht. Bijvoorbeeld ADL-zorg en aankleden kunnen nooit snel gebeuren; kort douchen kan niet. Alles moet in het tempo van de persoon, met gerichte aandacht voor zijn of haar ervaringen en prikkels (soms ook: goed omgaan met verzet).
- 2) Zorgteams hebben een actueel overzicht van gezondheidsproblemen van de cliënt, maar extra verpleegkundige begeleiding is gewenst bij het alert omgaan met de stapeling van chronische en/of geriatrische aandoeningen.

- 3) Alle cliënten zijn goed gevoed, maar eten & drinken moet ook berusten op een persoonsgerichte aanpak, ook hier in het tempo van de persoon, met gerichte inzet op behoud van mondmotoriek (onder meer met advies van logopedist, diëtist en arts).
- 4) Aandacht voor bewegen is een onderdeel van de dagelijkse zorg; maar meer regelmaat en een hogere frequentie zijn zeer gewenst; blijvend oefenen met en bewegen van ledematen is heel belangrijk.
- 5) Gedurende de dag worden met de cliënten diverse activiteiten gedaan, maar gedurende de avonden en weekenden moet er meer aandacht zijn voor activiteiten afgestemd op de behoefte van de persoon.
- 6) Bij veel EMB-clieënten is sprake van slaapproblematiek; die moet scherper in beeld komen met een persoonsgerichte aanpak die strekt tot een vast dag- en nachtritme.

Kortom: er is veel gedaan en bereikt in de zorg voor mensen met Zorgprofiel VG8. Mede door extra middelen vanuit de zorginstelling is de kwaliteit heel behoorlijk. Maar tegelijk zijn er - in het licht van goede zorg - onvolkomenheden en tekortkomingen. Binnen het kraptemodel van de huidige tarieven lukt het onvoldoende om goede zorg te leveren. Er is meer tijd en deskundigheid nodig om cliënten te ondersteunen in hun regie op basis van de hiervoor vermelde uitgangspunten van goede en persoonsgerichte zorg.

#### 4. Aangepaste bekostiging

Op basis van de aspecten van goede zorg hebben we ons verdiept in de kosten van goede zorg. Ter voorbereiding op een bijeenkomst met diverse controllers en financiële experts van zorgaanbieders en de NZa hebben we een aantal gegevens verzameld en geanalyseerd:

- NZa-prestatiecode Z483 ZZP (VG8 inclusief dagbesteding en behandeling),
- Kostenonderzoek langdurige zorg (KPMG, 2018) en
- Onderzoek parameterwaarden zorgzwaartepakketten (bureau HHM, 2013).

De resultaten van de analyse van deze gegevens bevestigen het kwalitatieve beeld dat in voorgaande paragrafen is geschetst: momenteel worden voor de cliënten met Zorgprofiel VG8 meer kosten gemaakt dan beschikbaar is binnen het tarief. Uitgaande van prijspeil 2016 wordt gemiddeld € 267 per dag besteed aan de zorg, terwijl het NZa tarief € 232 bedraagt (met de toevoeging dat geen enkel zorgkantoor 100% van het NZa-tarief hanteert maar een korting van circa 3% toepast). Momenteel wordt door de zorginstellingen dus gemiddeld 18% meer besteed aan VG8 dan het tarief dat met het zorgkantoor wordt afgesproken. Bij deze berekening is Meezorg buiten beschouwing gelaten, omdat Meezorg ook in het kostenonderzoek van KPMG buiten de berekening is gehouden. Met de € 267 per dag wordt redelijke basiszorg geleverd, maar hierbij is in onvoldoende mate sprake van goede zorg zoals beschreven door de IGJ en de diverse Zorgprogramma's. Omdat cliënten met VG8 enigszins vergelijkbaar zijn met cliënten met Zorgprofiel LG7 hebben we ook naar die gegevens gekeken. Hieruit komt een vergelijkbaar beeld naar voren: het NZa tarief bedraagt € 248 terwijl er gemiddeld € 272 aan wordt besteed (prijspeil 2016).

Om goede zorg te kunnen leveren is een hoger tarief noodzakelijk dan het gemiddelde van € 267 dat momenteel wordt besteed aan VG8. Daarbij hebben we aan de professionals, financiële experts en bestuurders de vraag gesteld of voor beide cliëntgroepen onder het huidige

Zorgprofiel VG8 hetzelfde landelijke tarief moet gelden. Hoewel er tussen de twee cliëntgroepen duidelijke overlap in begeleidings- en verzorgingsbehoeften bestaat, is de zorgzwaarte enigszins verschillend.

Cliënten met EMB (de eerste cliëntgroep) vragen meer zorg dan de VG-cliënten met meervoudige beperkingen vanwege geriatrische aandoeningen. De deelnemers aan het onderzoek geven aan dat ze met circa 40 uur in totaal (voor woonzorg, dagbesteding, behandeling en nachtzorg) per cliënt per week in staat zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. Op deze manier is men in staat om meer tijd te besteden aan het leren kennen van de cliënt, regie geven aan de cliënt, kunnen reageren op de alertheid, begeleiden bij het zelfstandig eten en het bewegen van de cliënt. Ten opzichte van de huidige inzet voor VG8 (gebaseerd op de gegevens van het KPMG-onderzoek) betekent dit ruim 5 uur extra voor de woonzorg/dagbesteding/nachtzorg en een kwartier extra voor behandeling per cliënt per week (zodat behandelaars meer tijd hebben voor observatie en behandeling van cliënten en overleg en afstemming met verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders). Instellingen geven aan dat deze extra zorg overeenkomt met de extra zorg die ze kunnen leveren aan EMB-kinderen vanwege de toeslag woonzorg-kind. Daarnaast zijn er ook nog de toeslagen woonzorg-jeugd en woonzorg-jongvolwassene, maar die zijn niet toereikend. Daarbij hebben zorginstellingen aangegeven dat de toeslagen voor kind, jeugd en jongvolwassene niet door elk zorgkantoor worden toegekend. Overigens gelden deze toeslagen niet voor kinderen die thuis wonen. Daarvoor bestaat de prestatie Extra Kosten Thuis (EKT), maar deze is niet toereikend om de benodigde dagbehandeling te kunnen leveren.

Als de cliënten volwassen worden en deze toeslagen wegvallen komt het leveren van kwalitatief goede zorg in het gedrang. Voor deze cliënten heeft het bereiken van de volwassen leeftijd totaal geen relatie met een verlaging van de zorg- en ondersteuningsbehoefte. Juist het tegenovergestelde vindt plaats: doordat de cliënt ouder wordt neemt de zorgbehoefte juist toe, vanwege een toename van (de interactie tussen) beperkingen. Met andere woorden, indien de kind-toeslag van circa € 34 zou worden voortgezet voor volwassen EMB-cliënten geven de professionals, financiële experts en bestuurders aan goede zorg te kunnen leveren. Een passend tarief komt hiermee op € 300. Indien we dit vergelijken met andere sectoren dan is dit volgens het KPMG-kostenonderzoek vergelijkbaar met de huidige uitgaven aan cliënten met VV8 in de ouderenzorg: cliënten met complexe somatische beperkingen, waaronder mensen met complexe NAH (bij deze vergelijking merken we op dat dit exclusief de extra middelen is die vanaf 2018 aan de ouderenzorg worden toegevoegd).

Voor de VG-cliënten met meervoudige beperkingen vanwege geriatrische aandoeningen hebben de deelnemers aan het onderzoek aangegeven dat de zorgbehoefte lager is dan de zorg voor de EMB-cliënten. Ze geven aan dat ze met circa 30 uur in totaal (voor woonzorg, dagbesteding, behandeling en nachtzorg) per cliënt per week in staat zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. Ten opzichte van de huidige inzet voor VV8 (gebaseerd op de gegevens van het KPMG-onderzoek) betekent dit ruim 2,5 uur minder voor de woonzorg / dagbesteding / nachtzorg per cliënt per week, maar wel een kwartier extra voor behandeling vanwege de geriatrische en somatische problematiek. Indien we dit doorrekenen zou een tarief van circa € 260 passend zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. Indien we dit vergelijken met de ouderenzorg dan is dit volgens het KPMG-kostenonderzoek iets hoger dan de € 242 die wordt besteed aan cliënten met VV7 in de ouderenzorg: cliënten met complexe psychogeriatrische aandoeningen, met de nadruk

op begeleiding (bij deze vergelijking merken we op dat dit exclusief de extra middelen is die vanaf 2018 aan de ouderenzorg worden toegevoegd). De deelnemers aan het onderzoek geven aan dat een vergelijking met VV5 (reguliere dementiezorg) niet passend is, omdat oudere VG-cliënten met geriatrische aandoeningen complexer zijn vanwege de combinatie van de verstandelijke handicap (die voort blijft bestaan en passende begeleiding vraagt) met de somatische aandoeningen.

## 5. Tot slot

Vanwege het kwalitatieve onderscheid tussen beide cliëntgroepen en het onderscheid in kosten pleiten we ervoor om voor deze twee groepen twee afzonderlijke Zorgprofielen te hanteren, zodat de Zorgprofielen homogeen zijn. Toepassing van deze Zorgprofielen kan ertoe leiden dat cliënten die in het verleden Zorgprofiel VG8 toegekend hebben gekregen nu niet meer in aanmerking komen voor dit Zorgprofiel. Daarnaast is het mogelijk dat VG8 voor bepaalde cliënten die nu een ander profiel hebben beter passend is. Op dit moment beschikken we niet over informatie om hierover een inschatting te maken. Dit is mede afhankelijk van de wijze waarop het CIZ met deze profielen omgaat als deze zorgprofielen worden overgenomen.

De actualisatie van VG8 heeft duidelijk gemaakt dat sinds de introductie van de ZZP-systematiek een en ander is veranderd. Ter illustratie:

- bij de introductie van de ZZP-systematiek was 'ontwikkelingsgericht' niet als begeleidingsdoel voor Zorgprofiel VG8 opgenomen; momenteel vinden alle partijen dat ook voor deze cliënten sprake is van ontwikkelgerichte zorg; dit komt onder andere naar voren uit het leveren van 'behandeling groep' binnen de KDC's;
- bij de introductie van de ZZP-systematiek was het aantal VG-cliënten met geriatrische aandoeningen beperkt en hiervoor geen specifieke aandacht bij de omschrijving van de profielen; de verwachting is dat de omvang van deze groep de komende jaren sterk zal toenemen.

Deze ontwikkelingen maken duidelijk dat het gewenst is om ook andere zorgprofielen te actualiseren op inhoud en kosten.



**Bijlage 1. Geactualiseerd Zorgprofiel VG8**

**Cliënten met Ernstige Meervoudige Beperkingen**

Meervoudig gehandicapte cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig op alle levensgebieden en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een wederzijdse beïnvloeding (interactie, versterking) van verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperkingen, somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen en/of psychische stoornissen. Cliënten hebben deze meervoudige beperkingen al hun hele leven. De compensatie-mogelijkheden van de cliënten zijn zeer beperkt waardoor ze volledige verzorging en vaak verpleging nodig hebben die inspeelt op de alertheid en gezondheidssituatie van de cliënten. Voor deelname aan (maatschappelijke) activiteiten zijn ze volledig afhankelijk van individuele begeleiding. De begeleiding is persoonsgericht waarbij voorspelbaarheid, veiligheid en structuur van groot belang is: aanpassing in tempo (aandacht voor de benodigde verwerkingstijd) en communicatie en noodzaak van voortdurende nabijheid. Kenmerkend is dat deze cliënten voor alle aspecten van het leven afhankelijk zijn van andere personen en slechts door inspanningen van anderen (in zeer beperkte mate) regie hebben over het eigen leven zodanig dat daarmee de kwaliteit van bestaan wordt bevorderd.

**Sociale redzaamheid** Bij deze cliënten is overname van zorg nodig met betrekking tot sociale redzaamheid op het gebied van communicatie, het regelen van de dagelijkse routine, het helpen met het aangaan en onderhouden van sociale relaties, deelname aan het (maatschappelijk) leven en uitvoeren van taken. Vanwege de totale afhankelijkheid én vanwege hun eigen wijze van communiceren moet hun functioneren én hun kwaliteit van bestaan worden beschouwd vanuit de relatie met hun directe omgeving. Cliënten zijn afhankelijk van mensen die hen heel goed kennen en begrijpen én signalen van pijn en ongemak kunnen herkennen én kunnen reageren op specifieke signalen van cliënten met betrekking tot sociale redzaamheid, zodat ze zoveel mogelijk eigen regie behouden en vergroten.

**Psychosociale/cognitieve functies** Ten aanzien van de psychosociale/cognitieve functies is overname en hulp nodig. Er is sprake van begeleiding gericht op de signalen en alertheid van de cliënt met als doel om een situatie te bieden die veiligheid, geborgenheid en ontplooiingsmogelijkheden bieden gedurende de dag en nacht.

**ADL** Ten aanzien van ADL is overname van zorg nodig. Bij veel van de cliënten is sprake van eet- en drinkproblemen. Voor deze cliënten is het zorgmoment een heel belangrijk contactmoment. Een moment waarin het voor cliënten van belang is om regie te kunnen voeren bij het verrichten of het kunnen volgen van bepaalde kleine verzorgingsactiviteiten. Dit vraagt om gepaste inzet van tijd en hulpmiddelen. Bij sommige cliënten is inzet van twee verzorgenden of begeleiders nodig om de zorg uit te voeren.

**Mobiliteit** Ten aanzien van mobiliteit is overname noodzakelijk, zowel door middel van ondersteuning als met behulp van hulpmiddelen. Cliënten zijn niet mobiel. Zowel binnen als buitenshuis zijn cliënten volledig afhankelijk van een (elektrische) rolstoel, hulpmiddelen en soms omgevingsbesturing en domotica. Om complicaties te voorkomen is het van belang dat cliënten frequent variëren van houding en bewegen binnen de mogelijkheden. Bij het maken van transfers is overname van zorg nodig (en het liefst zo min mogelijk gebruik van hulpmiddelen). Bij de oriëntatie in ruimte is



### Cliënten met Ernstige Meervoudige Beperkingen

ook overname van zorg nodig. Cliënten zijn niet in staat om zich te verplaatsen naar andere locaties zonder aangepast vervoer.

#### Verpleegkundig handelen

Bij deze cliënten is veelvuldig sprake van specifiek verpleegkundig handelen. Vaak is sprake van zeldzame ziekten waarvoor bijzondere en specifieke handelingen noodzakelijk zijn. Er bestaat een risico op onder-signalering in verband met de diversiteit aan aandoeningen in combinatie met ernstige communicatieve beperkingen en soms aspecifieke klachten (bijvoorbeeld geen koorts bij infecties). Daarbij zijn verpleegkundige observatie en vroegtijdige signalering (bijvoorbeeld herkennen van pijn) erg belangrijk om complicaties te voorkomen. Alertheid is cruciaal.

#### Gedragsproblematiek

Vanwege de gecombineerde problematiek en beperkingen komt gedragsproblematiek bij veel cliënten voor, veelal in de vorm van zelf-verwondend, stereotiep of teruggetrokken gedrag, maar ook in de vorm van gillen, roepgedrag of innerlijke onrust. Deze problemen kunnen ook een gevolg zijn van slaapgebrek. Vanwege de meervoudige beperkingen is psychiatrische diagnostiek volgens een classificatiesysteem (zoals bijvoorbeeld de DSM) veelal niet mogelijk. Er kan echter wel psychiatrische problematiek aanwezig zijn.

#### Aard van het begeleidingsdoel

De aard van het begeleidingsdoel is gericht op ontwikkeling, stabilisatie of begeleiding bij (geleidelijke) achteruitgang. De ontwikkeling kan zich op allerlei vaardigheden richten, maar beperkt zich tot een klein gebied.

#### Dominante grondslag

De dominante grondslag voor al deze cliënten is altijd een verstandelijke beperking in combinatie met lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen, somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen en/of psychische stoornissen.

## VG-cliënten met Meervoudige Beperkingen vanwege geriatrische aandoeningen

Meervoudig gehandicapte cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig op alle levensgebieden en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een combinatie van verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperkingen, somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen en/of psychische stoornissen. Deze combinatie van beperkingen is op latere leeftijd ontstaan. De compensatie-mogelijkheden van de cliënten zijn zeer beperkt waardoor ze volledige verzorging en vaak verpleging nodig hebben. Voor deelname aan (maatschappelijke) activiteiten zijn ze volledig afhankelijk van individuele begeleiding. De begeleiding en verzorging is persoonsgericht waarbij veiligheid en structuur van groot belang is.

**Sociale redzaamheid** Bij deze cliënten is overname van zorg nodig met betrekking tot sociale redzaamheid op het gebied van communicatie, het regelen van de dagelijkse routine, het helpen met aangaan en onderhouden van sociale relaties, deelname aan het (maatschappelijk) leven en uitvoeren van taken. Vanwege de meervoudige beperkingen die door veroudering zijn ontstaan hebben cliënten moeite met communiceren of kunnen ze alleen met behulp van ondersteunende communicatie duidelijk maken wat ze willen. Behoud van vaardigheden verdient veel aandacht.

**Psychosociale/cognitieve functies** Ten aanzien van de psychosociale/cognitieve functies is overname en hulp nodig. Met name cliënten in een dementeringsproces kunnen op een bepaald moment in de achteruitgang heel veel behoefte hebben aan nabijheid van begeleiding. Het niet meer weten en het niet meer kunnen oriënteren speelt dan dikwijls een grote rol. Als cliënten vanwege de veroudering moeten verhuizen naar een andere locatie kan dat als erg ingrijpend worden ervaren en vraagt dat om veel begeleiding.

**ADL** Ten aanzien van ADL is overname van zorg nodig. Bij veel van de cliënten is sprake van eet- en drinkproblemen. Voor deze cliënten is het zorgmoment een heel belangrijk moment waarin het voor cliënten van belang is om wensen te uiten en invloed te hebben op het verrichten van bepaalde kleine verzorgingsactiviteiten.

**Mobiliteit** Ten aanzien van mobiliteit is overname noodzakelijk, zowel door middel van ondersteuning als met behulp van hulpmiddelen. Bij cliënten die gaan dementeren vermindert de mobiliteit en kan de cliënt nog wel staan of enkele stappen zetten, maar zijn er grote risico's op vallen. Deze fase is zeer intensief om tegemoet te komen aan de wens van de cliënt om te bewegen en de noodzaak tot bescherming vanwege het risico op vallen.

**Verpleegkundig handelen** Bij deze cliënten is veelvuldig sprake van specifiek verpleegkundig handelen. De beperkingen staan in samenhang met chronische gezondheidsproblemen. Veelvuldig is er een risico op onder meer diabetes, slikproblemen, slechtziendheid, gehoormoeilijkheden en depressiviteit. Verpleegkundige observatie en vroegtijdige signalering zijn erg belangrijk om complicaties te voorkomen. Daarnaast is deskundigheid van palliatieve zorg essentieel en is ook medische expertise noodzakelijk om passende zorg te kunnen verlenen.

### VG-cliënten met Meervoudige Beperkingen vanwege geriatrische aandoeningen

**Gedrags-  
problematiek**

Vanwege de gecombineerde problematiek en beperkingen komt gedragsproblematiek bij veel cliënten voor. Gedragsproblemen komen vaak voor in de vorm van onrust, gillen, roepgedrag, agressie of apathie. Het komt voort vanuit moeite met acceptatie van het achteruitgangsproces, sterke hang naar autonomie en eigen regie en moeite met de intensieve ondersteuning die wordt geboden. Vanwege de meervoudige beperkingen is psychiatrische diagnostiek volgens een classificatiesysteem (zoals bijvoorbeeld de DSM) veelal niet mogelijk. Er kan echter wel psychiatrische problematiek aanwezig zijn.

**Aard van het  
begeleidingsdoel**

De aard van het begeleidingsdoel is meestal gericht op stabilisatie (behouden wat men kan) of begeleiding bij (geleidelijke) achteruitgang.

**Dominante  
grondslag**

De dominante grondslag voor al deze cliënten is altijd een verstandelijke beperking in combinatie met lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen, somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen en/of psychische stoornissen.