



**Panteia**

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



## **Kenmerken van cliënten met een ZZP LVG4, LVG5 en SGLVG1**

C10692/2014/0495

Marieke Hollander; Alexandra Vennekens; Henri Faun; Niek Timmermans

Zoetermeer, 28 april 2014

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doel en uitwerking onderzoeksvragen	9
1.3 Onderzoeksaanpak	11
1.4 Leeswijzer	12
<b>2 Subgroepen en cliëntkenmerken</b>	<b>13</b>
2.1 Typering van de drie groepen	13
2.2 Motivering voor de onderscheiden subgroepen	14
2.3 Samenvatting overeenkomsten en verschillen	17
<b>3 Zorgverlening en leveringsvoorwaarden</b>	<b>19</b>
3.1 Vertegenwoordiging van de subgroepen binnen de zorgaanbieders	19
3.2 Behandelcontext: geschiedenis en perspectief	20
3.3 Ketenpartners	22
3.4 Aard en omvang van de zorg	22
3.5 Leveringsvoorwaarden: verblijfskenmerken	26
3.6 Leveringsvoorwaarden: behandelend personeel	27
3.7 Samenvatting zorgverlening en leveringsvoorwaarden	29
3.8 Conclusie: verschillen in zorgverlening aan de reguliere en de zwaardere subgroep	31
<b>4 Identificatie en instroom</b>	<b>33</b>
4.1 Huidige indicatieprocedures	33
4.2 Mogelijkheden voor identificatie van de zwaardere subgroep	36
4.3 Mogelijkheden voor het proces van indicatie en instroom	39
<b>5 Vervolgstappen</b>	<b>41</b>
5.1 Vervolgstappen indicatie- en instroom	41
5.2 Toelatingenbeleid	42
5.3 Opties voor bekostiging	43
<b>6 Aanbevelingen</b>	<b>47</b>
Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen en documentatie	49
Bijlage 2 Afkortingenlijst	51





## Samenvatting

In het kader van het onderhoud van de Zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de AWBZ, is een knelpunt vastgesteld omtrent indicatiestelling en bekostiging van de zorg voor een deel van de jongeren met een ZZP LVG4 en LVG5. Naar aanleiding van dit knelpunt heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan Panteia de opdracht gegeven onderzoek uit te voeren.

Het doel van het onderzoek is om inzicht te bieden in de cliëntkenmerken, benodigde zorg en verblijfskenmerken van cliënten met een ZZP LVG4, LVG5 of SGLVG1 en eventuele subgroepen hierbinnen. Deze inzichten kunnen worden gebruikt om te komen tot passende indicatiestelling met bijbehorende leveringsvoorwaarden, toelatingen en bekostiging. Hieronder zijn per onderzoeksvraag de belangrijkste bevindingen en conclusies weergegeven.

*1. Is of zijn er binnen de groep cliënten die geïndiceerd zijn voor LVG4, LVG5 en SGLVG1, een of meer subgroepen te onderscheiden op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte?*

Binnen de cliëntgroep met indicatie LVG4, LVG5 of SGLVG1, zijn op grond van zorginhoudelijke cliëntkenmerken en verschil in zorgzwaarte drie groepen te onderscheiden:

1. De "reguliere" LVG4 en LVG5 geïndiceerden ("reguliere LVG4/5");
2. Een zwaardere subgroep binnen de huidige LVG4 en LVG5 geïndiceerden;
3. De SGLVG1 geïndiceerden.

*2. Welke onderscheidende zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken zijn dit en hoe groot is het verschil in zorgzwaarte?*

In de praktijk van zorgverlening (zorginhoudelijk en financieel) worden geen wezenlijke verschillen gezien tussen cliënten met een ZZP LVG 4 en ZZP LVG 5. Om die reden worden ze als één subgroep behandeld.

De zwaardere subgroep binnen LVG4/5 verschilt als volgt van de reguliere LVG4/5:

- De chroniciteit en mate waarin de gedragsproblematiek ondanks eerdere behandelingspogingen aanhoudend is;
- De heftigheid, ernst van de gevolgen en risico's voor de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving (vaak is al schade aangericht);
- Behoefte aan 24-uurs overname van de regie;
- Het risicoprofiel van, en de relatie met, het gezin of de opvoeders;
- De behandelrelatie komt veel moeilijker tot stand.

Wat betreft bovenstaande kenmerken zijn de SGLVG-geïndiceerden vergelijkbaar met de zwaardere subgroep. Het voornaamste verschil is dat het bij de SGLVG geïndiceerden gaat om volwassenen (18+) en bij de zwaardere subgroep binnen LVG4/5 om cliënten in de leeftijd van 4-23 jaar. Daardoor is bij de laatste groep een orthopedagogisch behandelklimaat altijd noodzakelijk, evenals de mogelijkheid om onderwijs te volgen en het betrekken van het gezin bij de behandeling. In verband met het risico op kopieergedrag en misbruik is onwenselijk dat de cliënten van de zwaardere subgroep binnen LVG4/5 verblijven in de directe nabijheid van cliënten met een SGLVG-indicatie.



3. *Ontstaat op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte een nieuwe subgroep ten opzichte van de overige groepen cliënten met ZP LVG4, LVG5 en SGLVG1, of ontstaat een andere indeling binnen de ZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1?*

Ten opzichte van de reguliere LVG4/LVG5-groep kenmerkt de (context van de) zorgverlening aan de zwaardere subgroep zich als volgt:

- De behandelgeschiedenis is problematischer;
- De behandeling is meer gericht op stabilisatie en gedragsregulatie, dan op vermaatschappelijking en uitstroom naar ambulante zorg en begeleiding;
- Het uitstroomperspectief van de zwaardere subgroep gaat dan ook niet richting zelfstandigheid, maar richting langdurige intensieve begeleiding. Daarmee komt de zwaardere doelgroep qua behandelcontext meer overeen met de SGLVG-groep dan met de reguliere LVG4/5-groep;
- Er is bredere ketensamenwerking met meer contact met GGZ, gesloten jeugdzorg en de Borg;
- De groeps grootte is kleiner;
- De groepsbegeleiding is intensiever (1:1 of 1:2 in plaats van 1:3 of meer), om de veiligheid van het personeel en de groep te kunnen waarborgen;
- De behandelduur is langer (2-3 jaar versus 1,5-2 jaar);
- Er is meer behandeling en individuele begeleiding per week.

4. *Zijn er daarnaast nog leverings- en randvoorwaarden om passende zorg aan de (eventuele) nieuwe subgroep te kunnen leveren, of een andere indeling binnen de ZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1 mogelijk te maken?*

- Wat betreft de verblijfskenmerken is 24-uurs zorg in besloten of gesloten 3-milieus terreinvoorziening, met gesloten verblijfsruimte permanent noodzakelijk voor de zwaardere subgroep binnen LVG4/5. Bij de reguliere LVG4/LVG5 is het belangrijker om de mogelijkheid tot beslotenheid te hebben, terwijl het terrein ook open kan zijn en de cliënt (eventueel onder begeleiding) van het terrein af kan;
- De zorgaanbieder moet een wet BOPZ-erkenning hebben en beschikken over een afzonderingsruimte in de directe nabijheid van de leefgroep;
- Onderwijs vindt plaats op de leefgroep of in een zeer kleine groep (max. 4 personen) op het terrein;
- Er zijn enige extra eisen aan vaardigheden en attitude aan professionals (o.a. reflectie);
- De inzet van met name orthopedagoog en psychiater is intensiever.

De verschillen in de behandeling en leveringsvoorwaarden voor de drie doelgroepen, bevestigen het beeld van het bestaan van een zwaardere subgroep binnen de LVG4/5. Hoewel de zwaardere subgroep in termen van problematiek meer overeenkomt met de SGLVG-groep, geschiedt de behandeling nu langs dezelfde lijnen als de reguliere LVG4/5. Het type behandeling is vaak hetzelfde, maar het gebeurt op een intensievere wijze met doorgaans meer uren en meer gericht op stabilisatie.

Deze intensievere behandeling van de zwaardere subgroep leidt echter niet tot gunstiger uitstroomperspectieven. Er is bij deze groep veel minder kans op uiteindelijke vermaatschappelijking. Het is belangrijk om de ernstige problematiek van de zwaardere subgroep tijdig te signaleren en te identificeren zodat zo snel mogelijk intensieve zorg kan worden geboden met meer kans op een effectieve behandeling.



5. *Op welke wijze kan een objectivering plaatsvinden voor een juiste instroom en eventuele uitstroom?*

Op grond van de gegevens en rekenregels in het indicatiesysteem van het CIZ kan op dit moment geen onderscheid gemaakt worden tussen de reguliere LVG4/5 en de zwaardere subgroep binnen LVG4/5. Twee methoden om de zwaardere subgroep te identificeren en daarmee te onderscheiden van de reguliere LVG4/5 zijn:

- Risicotaxatie: vroegtijdige identificatie door risico's van de omgeving voor de cliënt, en van de cliënt voor de omgeving, in kaart te brengen;
- Identificatie op basis van objectieve indicatoren die naar voren komen uit dossieronderzoek.

Vroegtijdige identificatie door middel van risicotaxatie heeft in principe de voorkeur. Hiervoor is echter op korte termijn nog geen valide instrument voorhanden. Daarom lijkt risicotaxatie een geschikte methode voor de langere termijn en identificatie op basis van indicatoren een methode voor de kortere termijn.

In het veld is men al enige tijd bezig met de ontwikkeling en toetsing van het Risicotaxatie-instrument J-SGLVB. Het is echter nog niet gekomen tot een definitieve getoetste versie. Brede toetsing in de praktijk en wetenschappelijke validatie van het instrument zijn aan te bevelen. Gezien de tijdsdruk zal Zorginstituut Nederland (ZiNL) een rol moeten gaan spelen bij het bespoedigen van de verdere ontwikkeling en validatie van het risicotaxatie-instrument J-SGLVB.

Op korte termijn kan een beperkte set van maximaal vijf indicatoren worden gebruikt voor identificatie van de 'zwaardere subgroep', na eventuele verdere aanscherping en concretisering. Deze set van indicatoren kan ook naast het risicotaxatie-instrument een belangrijke rol blijven vervullen in de praktijk van identificatie en indicatie.

Proces: Bij nieuwe indicatieaanvragen kunnen de aanmelder en het CIZ met behulp van de indicatoren het dossier scannen. Indien er aanwijzingen zijn dat het gaat om een cliënt binnen de zwaardere subgroep kunnen de aanmelder en indicatiesteller in onderling overleg de best passende optie voor de cliënt bespreken. Bij twijfelgevallen kan het CCE mogelijk adviseren. Daarnaast kan sprake zijn van identificatie van de 'zwaardere subgroep' op het moment dat een LVG-instelling constateert dat de behandeling van de LVG4/5 cliënt vastloopt. Toetsing of de cliënt inderdaad aan de criteria voor de zwaardere subgroep voldoet gebeurt bij voorkeur door een onafhankelijke partij zoals het CIZ of CCE. In geval van twijfel over de meest passende behandeling en behandeldoelen kan het CIZ eerst een tijdelijke indicatie (bijv. 6 maanden) afgeven.

6. *Stappen die genomen moeten worden om het zorgaanbod te laten aansluiten op de zorgbehoefte (toelating, indicatie, bekostiging)*

- 1) Aanscherping van de indicatoren en doorontwikkeling en toetsing van het risicotaxatie-instrument door een commissie van deskundigen, bij voorkeur onder leiding van het ZiNL. Deze commissie kan tevens aandacht besteden aan de formulering van het uitstroombestuur, ontwikkeling van effectieve interventies en het bepalen van de optimale behandelduur.



- 2) Betrekken van expertise van aanbieders met specifieke expertise over de zwaardere subgroep bij (of voorafgaand aan) de indicatiestelling, met het oog op het concretiseren van de criteria en het behandelplan en -doelen voor de zwaardere subgroep. Bij de SGLVG-zorgaanbieders spelen de Borginstellingen een vergelijkbare rol als expertisecentra. Kennisuitwisseling tussen Expertisecentrum de Borg en de aanbieders van zorg aan de zwaardere LVG4/5 subgroep is aan te bevelen.
- 3) Ontwikkeling van passend behandelaanbod en zorgpad door een selectie van zorgaanbieders met veel ervaring met de zwaardere subgroep. Daarbij dienen gezamenlijk gedragen en toe te passen richtlijnen voor behandeling te worden ontwikkeld. Ook dienen afspraken tussen betrokken partijen gemaakt te worden over het gewenste zorgpad, om een gunstiger uitstroomperspectief voor de zwaardere subgroep te realiseren.
- 4) Besluitvorming en vervolgens communicatie over de bekostiging en het toelatingsbeleid, de toelatingscriteria en de selectie van instellingen. Selectieve toelating is aan te bevelen met het oog op bundelen van de kennis en expertise over de zwaardere subgroep, alsook realisatie van voldoende schaalgrootte om te kunnen voorzien in de nodige diagnostische, behandel-, begeleiding- en therapiemogelijkheden.
- 5) Informeren van aanmelders en verwijzers zodra er nieuw beleid rondom de instroom, behandeling en bekostiging van de zwaardere subgroep is geformuleerd.





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In het kader van het onderhoud van de Zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de AWBZ, is een knelpunt vastgesteld omtrent indicatiestelling en bekostiging van de zorg voor een deel van de jongeren met een ZZP LVG4 en LVG5. Op basis van leeftijd, advies van de behandelaar en overige indicatiecriteria, krijgen deze jongeren een indicatie voor verblijf in een LVG-behandelsetting. De hoeveelheid benodigde zorg en de leveringsvoorwaarden zouden echter meer overeenkomen met het ZZP SGLVG1, een ZZP voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking én ernstige gedrags- en psychiatrische problematiek.

Naar aanleiding van dit knelpunt omtrent de indicatiestelling en bekostiging van de ZZP-profielen LVG4 en LVG5, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan Panteia de opdracht gegeven onderzoek uit te voeren om de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Is of zijn er binnen de groep cliënten die geïndiceerd zijn voor LVG4, LVG5 en SGLVG1, een of meer subgroepen te onderscheiden op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte?
2. Welke onderscheidende zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken zijn dit en hoe groot is het verschil in zorgzwaarte (uitgedrukt in functies en uren)?
3. Ontstaat op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte een nieuwe subgroep ten opzichte van de overige groepen cliënten met ZZP LVG4, LVG5 en ZZP SGLVG1, of ontstaat een andere indeling binnen de ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1?
4. Zijn er daarnaast nog leverings- en randvoorwaarden om passende zorg aan de (eventuele) nieuwe subgroep te kunnen leveren, of een andere indeling binnen de ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1 mogelijk te maken (bijvoorbeeld veiligheidsissues, specifieke kenmerken aan organisatie, professionals en infrastructuur)?
5. Op welke wijze kan een objectivering plaatsvinden voor een juiste instroom en eventuele uitstroom van de groepen (ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1 en eventuele nieuwe subgroep)? Denk hierbij aan protocollering, standaardisering en gevalideerde instrumenten.
6. Geef tot slot een overzicht van alle stappen die genomen moeten worden om het zorgaanbod te laten sluiten op de zorgbehoefte (toelating, indicatie, bekostiging).

## 1.2 Doel en uitwerking onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is om inzicht te bieden in de cliëntkenmerken, benodigde zorg en verblijfskenmerken van cliënten met een ZZP LVG4, LVG5 of SGLVG1 en eventuele subgroepen hierbinnen. Deze inzichten kunnen worden gebruikt om te komen tot passende indicatiestelling met bijbehorende leveringsvoorwaarden, toelatingen en bekostiging.

Kern van de vraag die aan het onderzoek ten grondslag lag was:



**Zijn er binnen de groepen cliënten met een ZPP LVG4, LVG5 of SGLVG1 één of meerdere specifieke subgroepen te onderscheiden? En zo ja: wat zijn de objectieve kenmerken van deze groepen in termen van:**

- **Cliëntkenmerken,**
- **Benodigde zorg en**
- **Verblijfskenmerken?**

Deze onderzoeksvragen zijn als volgt uitgewerkt:

#### **1. Bestaan van subgroepen**

- Zijn er binnen de groep cliënten die geïndiceerd zijn voor LVG4, LVG5 of SGLVG1, één of meer subgroepen te onderscheiden op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte?

#### **2. Objectieve onderscheidende kenmerken van subgroepen**

- Hoe is het verschil tussen deze groepen te karakteriseren? Is het verschil vooral gelegen in aard of in de ernst van de problematiek, de complexiteit van de multiproblematiek, het aantal uur benodigde zorg en/of de leveringsvoorwaarden?
- Wat hebben deze groepen gemeen en waarin verschillen ze?
- Wat zijn de objectieve kenmerken, per subgroep:
  - Cliëntkenmerken;
  - Zorgzwaarte (in functies en uren);
  - Verblijfskenmerken en leveringsvoorwaarden.

#### **3. Positionering ten opzichte van huidige ZPP's**

- Hoe verhouden deze subgroepen zich, gezien hun kenmerken, ten opzichte van de huidige omschrijvingen van de ZPP's LVG4, LVG5 en ZPP SGLVG1?
- Ontstaat op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte:
  - a. een nieuwe subgroep ten opzichte van de overige groepen cliënten met ZPP LVG4, LVG5 en ZPP SGLVG1? (bijvoorbeeld: de huidige ZPP's kunnen behouden blijven en worden mogelijk iets aangescherpt; en er komt een nieuw ZPP bij van LVG-jongeren met relatief hoge zorgzwaarte);
  - b. een andere indeling binnen de ZPP's LVG4, LVG5 en SGLVG1? (Bijvoorbeeld: binnen de huidige ZPP's worden indicatiecriteria aangepast zodat op basis van objectieve criteria zowel jongeren als volwassenen voor een passend zorgzwaartepakket kunnen worden geïndiceerd.);
- Welke van de twee opties a en b is de meest passende en wenselijke optie? (Bijvoorbeeld gezien de omvang van de groepen en de grootte van de verschillen tussen de groepen.)

#### **4. Randvoorwaarden**

- Welke leverings- en randvoorwaarden zijn nodig om passende zorg te kunnen leveren aan deze (eventueel) nieuwe subgroep, of aan de cliëntgroepen van (eventueel) nieuw ingedeelde ZPP's:

Welke aandachtspunten zijn er voor de nieuwe groep/nieuwe indeling wat betreft:

- Veiligheidseisen: beschermde, besloten of gesloten setting, therapeutisch leefklimaat of permanent 24-uurs toezicht?
- Eisen/competenties aan de aanwezige behandelexpertise en het multidisciplinaire team?
- Eisen aan de verblijfslocatie/organisatie (infrastructuur, individuele en gemeenschappelijke ruimten, etc), groeps grootte?



### 5. Objectivering in- en uitstroom

- Op welke wijze kan een objectivering plaatsvinden voor een juiste instroom en eventuele uitstroom van de groepen (ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1 en eventuele nieuwe groep)?
- Hoe kan door de behandelaar objectief worden vastgesteld of een cliënt tot de eventuele nieuwe subgroep of tot een (eventueel nieuw ingedeelde) ZZP LVG4, LVG5 of SGLVG1 behoort?
- Welke objectieve indicatiecriteria kunnen hiervoor worden geformuleerd?
- Welke diagnose-instrumenten (protocollen, standaarden, gevalideerde instrumenten) kunnen hiervoor worden ingezet?

### 6. Stappenplan

- Wat is er nodig om te komen tot passende zorgverlening voor de eventueel nieuwe cliëntgroep of de eventueel nieuw ingedeelde ZZP's LVG4 en 5 en SGLVG1?
- Welke vervolgstappen moeten worden genomen om, naar aanleiding van de antwoorden op de vragen 1 t/m 5, het zorgaanbod te laten aansluiten op de zorgbehoefte? Dienen er veranderingen te worden doorgevoerd wat betreft:
  - De toelating van zorgaanbieders voor de LVG- of SGLVG behandeling?
  - De indicatiestelling voor de eventueel nieuw(e) (ingedeelde) ZZP's?
  - De bekostiging van deze zorg?
  - De declaratie van de geleverde zorg?

## 1.3 Onderzoeksaanpak

In het onderzoek zijn de volgende stappen doorlopen:

### 1. Exploreren van subgroepen

In de eerste fase van het onderzoek heeft deskresearch plaatsgevonden en is een groot aantal partijen geconsulteerd door middel van interviews en groepsgesprekken. Gesproken is met de NZa, Zorginstituut Nederland (ZiNL)<sup>1</sup>, CIZ, VWS, VOBC, VGN, CCE, ZN, de Borg, een aantal zorgkantoren en zorgaanbieders. Doel hiervan was te bepalen of en welke subgroepen er bestaan binnen de cliëntgroepen met een ZZP LVG4, LVG5 of SGLVG1, en hoe deze te karakteriseren zijn.

### 2. Vaststellen van subgroepen

Na afloop van de interviews is een notitie opgesteld met tussentijdse resultaten. Deze is voorgelegd aan en besproken met een klankbordgroep bestaande uit NZa, ZiNL, Nederland, CIZ, VGN, VOBC twee zorgkantoren. Op basis hiervan is besloten om in het vervolg van het onderzoek drie subgroepen cliënten te onderscheiden: 1) 'reguliere' cliënten met een ZZP LVG 4/5; 2) de 'zwaardere subgroep' binnen de groep cliënten met een ZZP LVG 4/5; en 3) de groep cliënten met een ZZP SGLVG1.

### 3. Invulling kenmerken van de cliëntgroepen

Een volgende stap was het toetsen en kwantitatief invullen van kenmerken van de drie onderscheiden cliëntgroepen, en het in kaart brengen van randvoorwaarden voor de levering. Dit is gebeurd door aan alle aanbieders van LVG4, LVG5 en/of SGLVG1-zorg een digitaal vragenformulier voor te leggen. Hierin is per groep naar cliëntkenmerken, kenmerken van de geleverde zorg en verblijfskenmerken gevraagd. Dit formulier is door 19 van de 21 benaderde zorgaanbieders ingevuld.

<sup>1</sup> Vanaf 1 april 2014 is het CVZ, samen met een aantal andere organisaties overgegaan in het Zorginstituut Nederland (ZiNL).



#### *4. Indicatiecriteria en diagnose-instrumenten*

Tevens zijn 3 interviews gevoerd met experts op het gebied van diagnosestelling van deze doelgroepen, om tot objectieve criteria voor in- en uitstroom te kunnen komen.

#### *5. Eindconsultatie en stappenplan*

Tot slot is een tweede notitie met tussenresultaten voorgelegd aan de klankbordgroep, en zijn zij uitgenodigd om in een online discussieplatform hun mening te geven over de resultaten en in te gaan op de voor het vervolg te nemen stappen.

Na afloop van deze laatste stap is het eindrapport opgesteld.

### **1.4 Leeswijzer**

De indeling van dit rapport is als volgt:

- Hoofdstuk 2 geeft een typering weer van subgroepen binnen de groep cliënten met een LVG4, LVG5 en SGLVG1. We bespreken de verschillen en overeenkomsten tussen de subgroepen, met de nadruk op onderscheid in de problematiek van de cliënten;
- Hoofdstuk 3 gaat in op overeenkomsten en verschillen in de behandeling, zorgverlening en verblijfskenmerken tussen de onderscheiden subgroepen;
- Hoofdstuk 4 beschrijft het proces van indicatiestelling en instroom en op de wijze waarop de zwaardere subgroep kan worden geïdentificeerd;
- Het rapport besluit met mogelijke vervolgstappen in hoofdstuk 5. Tevens worden in dit hoofdstuk de voor- en nadelen van enkele opties voor de bekostiging besproken.



## 2 Subgroepen en cliëntkenmerken

In dit hoofdstuk gaan we in op subgroepen van cliënten binnen de huidige ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1. Voor het onderscheiden van subgroepen hebben we de volgende criteria gehanteerd:

- Cliënten *binnen de subgroepen* lijken zoveel mogelijk op elkaar wat betreft objectief vast te stellen kenmerken en benodigde zorg;
- Cliënten *uit verschillende groepen* wijken van elkaar af wat betreft deze kenmerken en benodigde zorg.

In dit hoofdstuk komen we allereerst tot een typering van de drie onderscheiden groepen en bespreken we verschillen en overeenkomsten tussen de subgroepen. Hierbij ligt de nadruk op onderscheid in de problematiek van de cliënten. Kenmerken van de zorglevering komen in hoofdstuk 3 aan bod.

In dit hoofdstuk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

### *Bestaan van subgroepen*

- Zijn er binnen de groep cliënten die geïndiceerd zijn voor LVG4, LVG5 of SGLVG1, één of meer subgroepen te onderscheiden op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte?

### *Positionering ten opzichte van huidige ZZP's*

- Hoe verhouden deze subgroepen zich, gezien hun kenmerken, ten opzichte van de huidige omschrijvingen van de ZZP's LVG4, LVG5 en ZZP SGLVG1?
- Ontstaat op grond van zorginhoudelijke (cliënt)kenmerken en verschil in zorgzwaarte een nieuwe subgroep ten opzichte van de overige groepen cliënten met ZZP LVG4, LVG5 en ZZP SGLVG1, of een andere indeling binnen de ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1?
- Welke van de twee opties a en b is de meest passende en wenselijke optie?

### 2.1 Typering van de drie groepen

Op basis van literatuuronderzoek en interviews hebben wij drie groepen onderscheiden binnen de cliëntgroep met indicatie LVG4, LVG5 of SGLVG1, op grond van zorginhoudelijke cliëntkenmerken en verschil in zorgzwaarte:

#### **1. De "reguliere" LVG4 en LVG5 geïndiceerden**

Het gaat hier om een groep met de volgende kenmerken:

- Er is sprake van zeer ernstige gedragsproblematiek met een **risico** op agressief en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag met **gevaar** voor zichzelf of de omgeving;
- Er is **veel en vaak** overname van de **regie** nodig;
- De behandeling richt zich op **ontwikkeling** en **vermaatschappelijking**.

#### **2. Een zwaardere subgroep binnen de huidige LVG4 en LVG5 geïndiceerden**

Het gaat hier om een groep met de volgende kenmerken:

- Er is sprake van zeer ernstige gedragsproblematiek met een **zeer groot risico** op agressief en/of (seksueel) grensoverschrijdend of internaliserend gedrag met **ernstig gevaar** voor zichzelf of de omgeving. Doorgaans is er al schade aan zichzelf of omgeving aangericht;



- Ten opzichte van de "reguliere LVG4 en LVG5 geïndiceerden komt de **behandelrelatie zeer moeilijk** tot stand, er is geen of onvoldoende ontwikkeling in de behandelrelatie, ook eventuele eerdere behandelrelaties waren problematisch;
- Er is **continu** overname van de **regie** nodig;
- De behandeling richt zich primair op gedragsregulatie en **stabilisatie**, waar mogelijk ontwikkeling, **vermaatschappelijking is niet haalbaar**;
- Anders dan bij de SGLVG geïndiceerden, gaat het hier om een groep in de leeftijd van **4-23 jaar**, waardoor een orthopedagogisch behandelklimaat noodzakelijk is, evenals de mogelijkheid om onderwijs te volgen en het betrekken van het gezin bij de behandeling.

Overige kenmerken van deze 'zwaardere subgroep' kunnen zijn:

- Zeer ernstig middelengebruik;
- Ernstig verstoorde relatie met gezin van herkomst.

### 3. De SGLVG1 geïndiceerden

Het gaat hier om een groep met het volgende kenmerk:

- De groep heeft een indicatie voor een ZZP **SGLVG1**;
- Er is sprake van zeer ernstige gedragsproblematiek met een **zeer groot risico** op agressief en/of (seksueel) grensoverschrijdend gedrag met **ernstig gevaar** voor zichzelf of de omgeving. Doorgaans is er al schade aan zichzelf of omgeving aangericht;
- Er is continu overname van de **regie** nodig;
- De behandeling richt zich primair op **gedragsregulatie, stabilisatie** en, waar mogelijk, **ontwikkeling**;
- Anders dan bij de geïndiceerden voor LVG4 en 5, gaat het om **volwassenen** (18+). Er is een zeer beperkt aantal cliënten jonger dan 18 jaar die – om uiteenlopende redenen – een SGLVG1 indicatie hebben<sup>2</sup>.

Deze drie groepen, met bovengenoemde typering, zijn in een enquête voorgelegd aan zorgaanbieders, waarbij per groep vragen zijn gesteld over overige kenmerken van deze cliënten en van de behandeling.

In de hierna volgende tekst spreken we voor het gemak over de "reguliere LVG4/5" de "zwaardere subgroep" en de SGLVG.

## 2.2 Motivering voor de onderscheiden subgroepen

In deze paragraaf motiveren we de keuze voor de hierboven onderscheiden subgroepen, die gemaakt is op basis van interviews en deskresearch. Hierbij geven we tevens enkele resultaten uit de enquête, die nader ingaan op het onderscheid tussen deze groepen wat betreft kenmerken van de cliënten. De verschillende aspecten van de behandeling van de groepen komen aan bod in hoofdstuk 3.

In de volgende alinea's motiveren we de keuze voor de hierboven onderscheiden subgroepen. Daarbij gaan we in op:

- Overeenkomsten en verschillen tussen LVG4 en LVG5;
- Overeenkomsten en verschillen tussen de reguliere LVG4/5 en de zwaardere subgroep;
- Overeenkomsten en verschillen tussen de zwaardere subgroep en de SGLVG.

<sup>2</sup> Op 1 januari 2013 ging het om ongeveer 10 cliënten tussen de 16 en 18 jaar die een indicatie hadden voor ZZP SGLVG. De reden van aanmelding voor de indicatie SGLVG voor deze jongeren was divers. Bron: CIZ.



### *Overeenkomsten en verschillen tussen LVG4 en LVG5*

Uit de interviews met betrokken partijen in de eerste fase van het onderzoek, komt naar voren dat er in de praktijk van zorgverlening geen wezenlijke verschillen tussen cliënten met een ZZZ LVG 4 en ZZZ LVG 5 worden gezien. Om die reden hebben we ervoor gekozen ze in het vervolg van het onderzoek als één subgroep te behandelen.

In de beschrijving van de ZZZ's is er één wezenlijk verschil tussen beide ZZZ's: wat betreft verblijfskenmerken stelt het huidige ZZZ LVG4 als voorwaarde de "mogelijkheid tot permanente beveiliging"; cliënten kunnen (onder begeleiding) ook van het terrein af. Het ZZZ LVG5 stelt echter als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een besloten omgeving<sup>3</sup> waar permanente beveiliging aanwezig is. Daarnaast zijn er zorginhoudelijk en financieel geen wezenlijke verschillen tussen ZZZ LVG4 en LVG5<sup>4</sup>.

De beslissing of een cliënt geïndiceerd wordt voor ZZZ LVG4 of ZZZ LVG5, wordt voornamelijk gebaseerd op de informatie die vanuit de verwijzer of aanmelder bij de aanvraag wordt aangeleverd. Indien een LVG-zorgaanbieder een aanvraag indient voor herindicatie of voor een cliënt in crisisopvang, geeft de behandelaar verbonden aan de instelling doorgaans aan in hoeverre een besloten omgeving vereist is<sup>5</sup>. Tijdens het verloop van de behandeling kan een LVG5-client zich ontwikkelen, zodat hij in een minder permanent besloten omgeving verder kan (LVG4). Omgekeerd kan een LVG4-client na verloop van tijd, bijvoorbeeld na een incident, toch een meer besloten omgeving nodig hebben (LVG5). Omdat ZZZ LVG4 en ZZZ LVG5 verder zorginhoudelijk en financieel nauwelijks van elkaar verschillen, zien zorgaanbieders geen reden om bij dergelijke ontwikkelingen een herindicatie aan te vragen.

### *Overeenkomsten en verschillen tussen de reguliere LVG4/5 en de zwaardere subgroep*

Zowel in interviews met behandelaren van LVG4/5 cliënten, als in de brede enquête onder aanbieders van ZZZ's LVG4 en 5, wordt het bestaan van een subgroep van zwaardere cliënten bevestigd. Ook in de interviews met deskundigen op het gebied van indicatiestelling is bevestigd dat er een zwaardere cliëntgroep binnen de LVG4 en LVG5 bestaat. Verschillen in cliëntkenmerken en zorgzwaarte komen overigens voor binnen alle ZZZ's; het gaat altijd om een bandbreedte. Het is daarom belangrijk om te bepalen of er ook sprake is van een wezenlijk andere zorgbehoefte.

Behandelaren die ervaring hebben met de zwaardere subgroep noemen de volgende onderscheidende kenmerken ten opzichte van de reguliere groep:

- Er is sprake van aanhoudende zeer ernstige gedragsproblematiek, met een grotere heftigheid en grotere risico's voor de cliënt zelf en de omgeving;
- Veelal is er hierdoor sprake van een lange behandelgeschiedenis met meerdere uitplaatsingen, het is zeer lastig om een behandelrelatie op te bouwen;
- Meer dan bij de lichtere groep en in ernstigere mate is sprake van een verstoorde relatie met het gezin van herkomst. Cliënten zijn vaak getraumatiseerd door misbruik en mishandeling in multi-probleemgezinnen. De meer structurele verstoorde relatie met het gezin blijkt ook uit de enquête met zorgaanbieders (zie tabel 2.1);
- Er is vaker sprake van middelenmisbruik. Dit blijkt ook uit de enquête onder zorgaanbieders (zie tabel 2.2);

<sup>3</sup> Besloten betekent dat er sprake is van een gecontroleerde in- en uitgang.

<sup>4</sup> De totaalrijd inclusief dagbesteding bedraagt voor beide ZZZ's 27,0 tot 30,0 uur (Zorgzwaartepakketten GZ 2013). Het dagtarief bedraagt €256,61 voor ZZZ LVG4 en €255,43 voor ZZZ LVG5.

<sup>5</sup> Interviews en Notitie van CIZ en CVZ aan Kerngroep ZZZ-Onderhoud, 7 feb. 2013; ZZZ-onderhoud 2012/2013: Onderscheid LVG04-LVG05-SGLVG.



tabel 2.1 In hoeverre is er sprake van een verstoorde relatie met het gezin van herkomst? (per cliëntgroep, ongewogen)<sup>6</sup>

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG1</i>
Zelden of nooit	0	0	0
Soms	0	1	0
Vaak	11	1	0
Vrijwel altijd	5	10	3

tabel 2.2 In hoeverre is er sprake van middelenmisbruik? (per cliëntgroep, ongewogen)

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG1</i>
Zelden of nooit	0	1	0
Soms	8	3	0
Vaak	8	6	3
Vrijwel altijd	0	2	0

Er zijn uiteraard ook kenmerken waarop de reguliere en zwaardere LVG4 en LVG5 geïndiceerden overeen komen. De belangrijkste overeenkomsten zijn:

1. Verstandelijke beperking (IQ score van 50-85);
2. Beperkt sociaal adaptatievermogen en laag sociaal-emotioneel leeftijdsniveau;
3. Grote mate van ervaren stress, ernstige hechtingsproblematiek en traumatisering;
4. Leerproblemen in gezin en sociale context;
5. Co-morbiditeit van gedragsproblematiek en psychiatrische problematiek, leidend tot:
6. Ernstige opvoedproblemen;
7. Uitval uit reguliere maatschappelijke verbanden (gezin/familie, school, werk, vrije tijd, leeftijdsgenoten, groep, burens).

Bron: VOBC (2014) *Visiedocument J-SGLVB, jan. 2014. Bevestigd in interviews.*

Hoewel er formeel geen onderscheid bestaat tussen de reguliere en zwaardere groepen binnen de ZZP's LVG4 en LVG5, maakt een aantal zorgaanbieders wel onderscheid bij de behandeling. Daarbij geven vijf van de twaalf geënquêteerde zorgaanbieders aan dat ze de reguliere en zwaardere cliënten in aparte groepen behandelen.

#### *Overeenkomsten en verschillen tussen de zwaardere subgroep en de SGLVG*

Qua cliëntkenmerken en zorgzwaarte komen de cliënten in de zwaardere subgroep grotendeels overeen met cliënten geïndiceerd voor een ZZP SGLVG1. Doorgaans is er bij zowel de zwaardere LVG als bij SGLVG sprake van zeer ernstige, complexe en chronische / aanhoudende gedragsproblematiek, met groot risico op onvoorspelbaar en onbegrijpelijk agressief / seksueel grensoverschrijdend gedrag (intern of extern gericht) met ernstig gevaar voor zichzelf en omgeving. Daarbij is er vrijwel altijd sprake van een verstoorde relatie met het gezin van herkomst (tabel 2.1) en vaak sprake van middelenmisbruik (tabel 2.2).

Er zijn echter ook verschillen tussen deze zwaardere subgroep en SGLVG. Zo hebben de veiligheidsrisico's zich bij SGLVG al vaker gemanifesteerd in een delict. Vanwege de leeftijd zijn het gezin en opvoeding (punten 4 en 6 in het genummerde lijstje in paragraaf 2.2) voor de SGLVG-clieñten minder van toepassing. Verschillen tussen

<sup>6</sup> De aantallen in deze tabel tellen per cliëntgroep op tot het totaal aantal gerespondeerde instellingen dat zorg levert aan deze cliëntgroep.





beide profielen zijn dan ook met name zorginhoudelijk en wat betreft de te stellen (rand)voorwaarden voor de te leveren zorg in verband met het leeftijdsverschil.

Daarbij gaat het vooral om:

- Het orthopedagogisch behandelklimaat (zie hoofdstuk 3);
- Het betrekken van het gezin bij de indicatie en de behandeling; en
- Het bieden van intramuraal (basis of speciaal) onderwijsaanbod.

Ook is het ontwikkel- en behandelperspectief iets gunstiger bij de zwaardere subgroep dan bij SGLVG, omdat het om jongeren gaat die meer leerbaar zijn dan volwassenen.

## **2.3 Samenvatting overeenkomsten en verschillen**

In tabel 2.3 zijn de voornaamste verschillen in cliëntkenmerken tussen de reguliere LVG4/LVG5, de zwaardere subgroep en de SGLVG samengevat. Het gaat dan vooral om verschillen in:

1. De chroniciteit en mate waarin de gedragsproblematiek ondanks eerdere behandel pogingen aanhoudend is;
2. De heftigheid, ernst van de gevolgen en risico's voor de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving (bijvoorbeeld voor personeel en cliënten in de groep);
3. Het tot stand komen van de behandelrelatie;
4. Behoefte aan 24-uurs overname van de regie;
5. Het risicoprofiel van, en de relatie met, het gezin of de opvoeders.

Met name voor de kenmerken 1 en 3 geldt dat deze pas zijn te detecteren als de cliënt al in zorg is, en niet op voorhand.



tabel 2.3 Verschillen en overeenkomsten cliëntkenmerken

Type kenmerk	LVG4/5 "regulier"	LVG 4/5 "zwaar"	SGLVG1
<b>Cliëntkenmerk</b>			
<i>Gedragsproblematiek</i>	Zeer ernstig, maar stabilisatie en ontwikkeling bij reguliere LVB-begeleiding en behandeling	Zeer ernstig, complex, chronisch/aanhoudende gedragsproblematiek en risicofactoren zonder stabilisatie bij reguliere LVB begeleiding en behandeling	Zeer ernstig, complex en chronisch/aanhoudende gedragsproblematiek
<i>Gevaar voor zelf en/of omgeving</i>	Risico op agressief (intern of extern gericht) of seksueel grensoverschrijdend gedrag met gevaar voor zelf en omgeving	Zeer groot risico op onvoorspelbaar en onbegrijpelijk agressief / seksueel grensoverschrijdend gedrag (intern of extern) met ernstig gevaar voor zelf en omgeving. Doorgaans is al sprake van schade aan zelf en omgeving.	40% heeft delict begaan. Agressief (intern en/of extern gericht) en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag, middelengebruik. Ernstig gevaar voor zelf en omgeving
<i>Behandelrelatie</i>	Geen indicaties dat deze zeer moeizaam tot stand komt	Indicatie dat behandelrelatie zeer problematisch is: geen of onvoldoende ontwikkeling in behandelingsrelatie (ernstige handelingsverlegenheid in hulpgeschiedenis)	Zeer ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving
<i>Sociale zelfredzaamheid</i>	Veelal of continue hulp nodig of overname nodig	24-uurs overname van de regie nodig	Toezicht en gedeeltelijke overname nodig
<b>Leeftijd en daarmee samenhangende kenmerken</b>			
<i>Leeftijd</i>	4-23	4-23	18+ (16+ bij uitzondering)
<i>Gedragskundige risicotaxatie opvoeders</i>	Laag-Medium risico	Hoog risico	Niet van toepassing
<i>Relatie met gezin</i>	Mogelijk (ernstig) verstoord met zicht op verbetering of herstel	Ernstig verstoord (complex) met moeilijk te realiseren herstel	In het verleden: ernstig verstoord, 40% niet hersteld
<i>Leerplicht en recht op onderwijs</i>	Ja: bijv. primair of voortgezet speciaal onderwijs, praktijk- of arbeidsgericht onderwijs	Ja: bijv. primair of voortgezet speciaal onderwijs, praktijk- of arbeidsgericht onderwijs	Kwalificatieplicht tot 18 jaar, RMC-Wet tot 23 jaar (recht, maar geen verplichting). Vanaf 23+ meer gericht op arbeid.



### 3 Zorgverlening en leveringsvoorwaarden

In dit hoofdstuk gaan we in op de zorgverlening aan de drie onderscheiden subgroepen. Dit doen we aan de hand van vier aspecten van de zorgverlening: de context waarin de behandeling plaatsvindt (wat ging er vooraf en waarop is de behandeling gericht?), de aard en omvang van de behandeling en zorgverlening, de voorwaarden die aan het verblijf worden gesteld en de inzet van zorgverlenend personeel.

Bij de ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1 gaat het altijd om behandeling en zorg met verblijf. De nadruk in deze drie ZZP's ligt op (intramurale) behandeling. Daarin zijn ze te onderscheiden van ZZP VG7 waarbij de nadruk ligt op wonen, met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.

We starten met een indruk van de vertegenwoordiging van de drie subgroepen binnen de zorgaanbieders voor cliënten met een ZZP LVG4, 5 of SGLVG1.

In dit hoofdstuk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

#### *Objectieve onderscheidende kenmerken van subgroepen*

- Hoe is het verschil tussen deze groepen te karakteriseren? Is het verschil vooral gelegen in aard of in de ernst van de problematiek, de complexiteit van de multiproblematiek, het aantal uur benodigde zorg en/of de leveringsvoorwaarden?
- Wat hebben deze groepen gemeen en waarin verschillen ze?
- Wat zijn de objectieve kenmerken, per subgroep (cliëntkenmerken, zorgzwaarte, verblijfskenmerken en leveringsvoorwaarden)?

#### *Randvoorwaarden*

- Welke leverings- en randvoorwaarden zijn nodig om passende zorg te kunnen leveren aan deze (eventueel) nieuwe subgroep, of aan de cliëntgroepen van (eventueel) nieuw ingedeelde ZZP's?
- Welke aandachtspunten zijn er voor de nieuwe groep/nieuwe indeling wat betreft veiligheidseisen, eisen/competenties aan de aanwezige behandelexpertise en het multidisciplinaire team, eisen aan de verblijfslocatie/organisatie?

#### 3.1 Vertegenwoordiging van de subgroepen binnen de zorgaanbieders

Van de 19 zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld, leveren er 3 verblijfszorg aan SGLVG-cliënten en 16 aan LVG4/5 cliënten. Van deze 16 zorgaanbieders geven er 12 aan ook zorg aan de zwaardere subgroep te leveren. Driekwart van de zorgaanbieders met LVG4/5 cliënten hebben dus naar eigen zeggen ook de zwaardere subgroep binnen hun cliëntenpopulatie. De verhouding tussen de reguliere cliënten en de zwaardere subgroep varieert wel sterk tussen deze zorgaanbieders, zoals te zien is in tabel 3.1. Bij de ene zorgaanbieder valt 8% van de totale groep LVG4/5 cliënten in de zwaardere subgroep, bij een andere instelling is dat 62%.

Het totale aantal cliënten van de deelgenomen zorgaanbieders met een ZZP LVG4 of LVG5 ("regulier" en "zwaar" opgeteld) bedraagt 1.358. Van deze cliënten behoort volgens de zorgaanbieders in totaal ongeveer 24% (332 cliënten) tot de zwaardere subgroep.



tabel 3.1 Aantallen cliënten, per instelling, in de reguliere LVG4/5 groep en in de zware subgroep

	Aantal LVG4/5 "regulier"	Aantal LVG 4/5 "zwaar"	Totaal	Aandeel 'zwaar' binnen totale groep
Instelling 1	30	48	78	62%
Instelling 2	97	99	196	51%
Instelling 3	5	3	8	38%
Instelling 4	170	90	260	35%
Instelling 5	16	5	21	24%
Instelling 6	50	13	63	21%
Instelling 7	128	26	154	17%
Instelling 8	20	4	24	17%
Instelling 9	118	20	138	14%
Instelling 10	35	5	40	13%
Instelling 11	70	10	80	13%
Instelling 12	100	9	109	8%
Instelling 13	20		20	0%
Instelling 14	97		97	0%
Instelling 15	55		55	0%
Instelling 16	15		15	0%
<b>Totaal</b>	<b>1.026</b>	<b>332</b>	<b>1358</b>	<b>24%</b>

### 3.2 Behandelcontext: geschiedenis en perspectief

De behandelingsgeschiedenis en het behandel- en uitstroomperspectief van een cliënt zijn relevant voor de duur, het doel en het te verwachten effect van de behandeling. Vanwege de relevantie van deze context voor de behandeling gaan we in onderstaande paragraaf in op deze aspecten.

#### *Behandelgeschiedenis*

Binnen de huidige ZP-systematiek wordt in eerste instantie een zo licht mogelijk passend ZP geïndiceerd, waarbij wordt opgeschaald naar intensievere zorg als de lichtere zorgvorm niet blijkt te werken. Voor cliënten met een ZP LVG4/5 geldt dan ook veelal dat eerst lichtere zorg is ingezet en deze onvoldoende heeft opgeleverd. Maar met name voor de zwaardere subgroep pakt dit systeem van opschaling niet goed uit. Omdat het lichtere aanbod van begeleiding, behandeling en verblijf na enige tijd onvoldoende passend blijkt voor deze cliënten, gaan zij van instelling naar instelling en belanden vaak meermalen in crisissituaties, waardoor hun problematiek verergert. Voorwaarden voor de ontwikkeling van het zelfregulerend vermogen zijn voor deze subgroep echter juist stabiliteit, continuïteit en een beschermde vertrouwde omgeving, om een vertrouwens- en uiteindelijk behandelrelatie te kunnen opbouwen.

Kenmerkend voor de behandelgeschiedenis van de zwaardere subgroep is dan ook dat eerdere behandelrelaties problematisch zijn, resultaat uitblijft en er meermalen sprake is geweest van crises.



### *Uitstroomperspectief*

Een genoemd knelpunt is dat de jongeren in de zwaardere subgroep nu, na behandeling in de huidige ZP LVG4 of LVG5, nergens terecht kunnen omdat ze "niet te plaatsen of niet te handhaven" zijn. Ze kunnen veelal niet naar een veilige gezinssituatie en zorgaanbieders met verblijfsaanbod zijn weinig geneigd om ongestabiliseerde cliënten op te nemen. Uit de gesprekken met behandelaren blijkt dat een groot deel van deze cliënten later, vaak via de justitiële route, terecht komt in een SGLVG-instelling. Een ander deel wordt zelf slachtoffer van een misdrijf, of komt terecht in prostitutie, drugsverslaving, of pleegt zelfmoord. Het uitstroomperspectief uit het huidige ZP LVG4 of LVG5 is voor de zwaardere subgroep op dit moment dan ook pessimistisch.

Dit uitstroomperspectief hangt samen met het doel van de behandeling. Het behandeldoel is bij het huidige ZP LVG4/LVG5 verzelfstandiging. Voor de reguliere LVG4/LVG5 is dit meestal haalbaar. Bij de zwaardere subgroep is het maximaal haalbare behandeldoel: stabilisatie, zelfregulering en ontwikkeling, binnen de context van een besloten omgeving. In verband met de behandeling is ook genoemd dat het niet wenselijk is dat de zwaardere subgroep in groepsverband gecombineerd wordt met de reguliere LVG 4/5, omdat de behandel- en uitstroomperspectieven wezenlijk van elkaar verschillen. Confrontatie van de zwaardere subgroep met LVG4/5 cliënten die wel naar buiten (zullen) gaan, kan tot frustratie of onrust leiden.

Tabel 3.2 laat per subgroep zien welk aandeel van de cliëntgroep waarheen uitstroomt, volgens de geëncquêteerde zorgaanbieders.

tabel 3.2 Uitstroom

	LVG4/5 "regulier"	LVG 4/5 "zwaar"	SGLVG
Verblijf met een ZP LVG3 of lager LVG ZP	29%	19%	0%
Verblijf met een ZP SGLVG	4%	15%	0%
Verblijf met een ZP VG7	11%	30%	58%
Verblijf met een ZP GGZ	1%	1%	10%
Jeugdzorg plus	3%	3%	0%
Beschermd wonen met extramuraal begeleiding en/of behandeling	9%	12%	23%
Zelfstandig wonen, eventueel met extramuraal begeleiding en/of behandeling	15%	1%	7%
Gezin van herkomst (ouders/verzorgers)	19%	10%	0%
Cliënt vertrekt met onbekende bestemming	5%	3%	2%
Overig	5%	7%	0%

*De percentages in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten<sup>7</sup>.*

Uit de tabel blijkt dat bij de zwaardere subgroep de volgende uitstroommogelijkheden vaker voorkomen dan bij de reguliere groep:

- verblijf met een ZP VG7;
- beschermd wonen;
- verblijf met ZP SGLVG.

<sup>7</sup> Deze weging houdt in dat antwoorden van instellingen met veel cliënten in een subgroep (evenredig) zwaarder meetellen dan antwoorden van instellingen met weinig cliënten in een subgroep. De percentages geven hierdoor een betrouwbaarder afspiegeling van de populatie cliënten in een bepaalde subgroep. Bijvoorbeeld: een percentage van 29% betekent hier dat 29% van de cliënten in deze groep naar deze woonvorm uitstroomt.



De reguliere subgroep stroomt juist relatief vaker uit naar:

- verblijf met ZZP LVG3 of lager;
- gezin van herkomst;
- zelfstandig wonen.

De SGLVG-groep stroomt vooral uit naar VG7, beschermd wonen en verblijf met ZZP GGZ.

### 3.3 Ketenpartners

Een deel van de context waarin de behandeling zich afspeelt, wordt gevormd door de ketenpartners waarmee de zorgaanbieders samenwerken. Ketenpartners zijn andere instellingen of zorgaanbieders die zorg verlenen in samenhang met, voorafgaand aan, of volgend op de zorg die de instelling zelf verleent en waarbij sprake is van een zekere mate van continuïteit van activiteiten<sup>8</sup>. In tabel 3.3 is weergegeven met welke ketenpartners de aanbieder samenwerkt bij de behandeling van de verschillende subgroepen<sup>9</sup>. Ten opzichte van de reguliere LVG4/5-groep hebben zorgaanbieders ten behoeve van de behandeling van de zwaardere subgroep, met name vaker contact met GGZ-partners, gesloten jeugdzorg, MEE en de Borg. Vooral het intensievere contact met de Borg duidt op de overeenkomsten en samenhang tussen de zwaardere doelgroep en de SGLVG. Naast de genoemde partners geven de LVG4/5-zorgaanbieders aan ook contacten met het onderwijs te onderhouden. SGLVG-zorgaanbieders hebben vooral intensieve contacten met alle genoemde branches/organisaties, en in mindere mate met de jeugdzorg en de VOBC.

tabel 3.3 Ketenpartners per doelgroep

	LVG4/5 "regulier"	LVG 4/5 "zwaar"	SGLVG1
Verstandelijk gehandicaptenzorg	100%	100%	100%
Verslavingszorg	95%	88%	100%
GGZ	82%	93%	100%
Jeugdzorgplus	54%	38%	59%
Gesloten jeugdzorg	76%	84%	59%
Forensische zorg	56%	59%	100%
MEE	76%	85%	100%
De Borg	40%	70%	100%
VOBC	98%	93%	20%

*De percentages in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

### 3.4 Aard en omvang van de zorg

Zowel uit de interviews als uit de enquête blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in de zorg die aan de drie doelgroepen wordt geleverd. In deze paragraaf gaan we nader in op de verschillen in:

- Behandelduur;
- Omvang van de leefgroepen;
- Behandeling (individueel en groep);
- Individuele begeleiding;
- Dagbesteding;
- Individuele verzorging.

<sup>8</sup> Definitie van ketenpartners ontleend aan Glossarium Regieraad

<sup>9</sup> De vraag is als volgt aan de zorgaanbieders gesteld: "Met welke ketenpartners werkt uw instelling samen bij de behandeling van deze cliëntgroep?"



### *Behandelduur*

Dat de behandeling van de zwaardere subgroep moeizamer is dan die van de reguliere LVG4/5, uit zich mede in een langere behandelduur. De geënquêteerde zorgaanbieders geven aan dat de behandeling van de reguliere LVG4/5-groep gemiddeld circa 22 maanden duurt. Voor de zwaardere subgroep is dit gemiddeld ruim 31 maanden. De antwoorden voor de groep SGLVG variëren sterk en komen gemiddeld op 25 maanden neer<sup>10</sup>.

### *Omvang van de leefgroepen*

Binnen de zorgaanbieders wonen de LVG4/5 cliënten in een leefgroep, een wooneenheid die het gezinsleven tijdelijk vervangt. Bij een kleine meerderheid van de zorgaanbieders (7 van de 12) verblijven de cliënten uit de zwaardere en reguliere subgroepen in dezelfde leefgroep. De omvang van deze leefgroepen varieert van 7 tot 10 personen, met gemiddeld 9 personen (tabel 3.4)

De omvang van de 'reguliere' leefgroepen varieert van 6 tot 9 personen, met gemiddeld 8 personen. De leefgroepen die uitsluitend uit zwaardere cliënten bestaan, zijn doorgaans nog wat kleiner met 4 tot 8 personen, gemiddeld 5 of 6 personen. Het aantal cliënten in de SGLVG-leefgroepen ligt met 7 of 8 cliënten tussen de groepen met zwaardere cliënten en reguliere cliënten in.

tabel 3.4 Leefgroepen in aantallen cliënten per doelgroep

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>Combinatie "regulier" en "zwaar"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG</i>
Minimum	6	7	4	7
Maximum	9	10	8	8
Gemiddelde	8,3	8,9	5,5	7,3

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

Bij de meeste zorgaanbieders zijn er twee begeleiders per leefgroep. Daarnaast komt het ook voor dat er meer begeleiders per leefgroep worden ingezet, al naar gelang de zwaarte van de groep. Gemiddeld wordt er voor de reguliere LVG4/5 leefgroep één begeleider per drie cliënten ingezet. Voor de zwaardere subgroep is dit één begeleider per twee cliënten; en voor de SGLVG één begeleider per drie tot vier cliënten. In paragraaf 3.6 wordt nader ingegaan op het niveau en competenties van de begeleiders en behandelaren.

### *Omvang van de individuele- en groepsbehandeling*

Formeel bestaat er geen onderscheid in de behandeling tussen de verschillende LVG4/5 groepen. In de praktijk blijken er echter verschillen in de aanpak te zijn, niet alleen tussen de verschillende zorgaanbieders, maar ook in de behandeling van de beide subgroepen. Gemiddeld ontvangt de reguliere LVG4/5-groep circa 3 uur individuele behandeling per week, ten opzichte van bijna 4 uur die de zwaardere subgroep en bijna 4½ uur die de SGLVG-groep ontvangt. Het aantal behandelingen van de zwaardere subgroep blijkt dus tussen de reguliere groep en de SGLVG-groep in te liggen (tabel 3.5).

<sup>10</sup> Deze uitkomst is korter dan de gemiddelde behandelduur van 28 maanden voor SGLVG1 zoals aangegeven in B.L. Hesper en K.H. Drieschner (2013), blz. 53.



tabel 3.5 Individuele behandeling per subgroep in uren per week

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG</i>
Minimum	1	2	4
Maximum	5	10	5
Gemiddelde	2,9	3,8	4,4

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

De zwaardere subgroep binnen de LVG4/5 krijgt gemiddeld ook aanmerkelijk meer groepsbehandeling dan de reguliere groep: bijna 12 uur per week, versus minder dan 9 uur bij de reguliere groep (tabel 3.6). De SGLVG-cliënten ontvangen substantieel minder groepsbehandeling, namelijk gemiddeld minder dan 5 uur per week.

tabel 3.6 Groepsbehandeling per doelgroep in uren per week

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG</i>
Minimum	1	1	2
Maximum	30	39	8
Gemiddelde	8,7	11,9	4,7

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

#### *Aard van de behandeling en richtlijnen*

Aan de zorgaanbieders is ook gevraagd welk type behandeling men toepast en of dit "zelden of nooit", "af en toe" of "vaak" wordt toegepast. De zorgaanbieders gaven hierbij aan dat er bij de zwaardere subgroep vaker medicatie, cognitieve gedragstherapie, psychomotorische therapie en EMDR-therapie wordt toegepast. De reguliere LVG4/5-groep ontvangt relatief vaker creatieve therapie/muziektherapie, speltherapie, systeemtherapie en ontwikkelingsgerichte behandeling, zoals weerbaarheidstraining, sociale vaardigheidstraining en psycho-educatie. SGLVG-cliënten ontvangen vooral medicatie, cognitieve gedragstherapie en ontwikkelingsgerichte behandeling.

Er is in procedures, richtlijnen en draaiboeken weinig verschil tussen de reguliere en zwaardere subgroepen binnen de LVG4 en LVG5. De meeste zorgaanbieders verwijzen voor hun draaiboek naar gevalideerde methodes, landelijke richtlijnen en kwaliteitskaders van de VOBC en de VGN. Daarbij geven ze meestal aan een gefaseerde methode te hanteren die uitgaat van individuele behandelplannen. Tevens is er een aantal zorgaanbieders dat eigen kwaliteitsprocedures/handboeken hanteert. Doordat bepaalde richtlijnen bedrijfsbreed zijn vastgesteld, zijn ze veelal hetzelfde voor de zwaardere en de reguliere subgroep, zeker wanneer beide subgroepen op hetzelfde terrein verblijven. De exacte invulling van de fases in de behandeling kan per cliënt verschillen. Een zorgaanbieder gaf daarbij expliciet aan dat het bij de zwaardere subgroep van belang is om vooral eerst te investeren in stabilisatie en contactgroei.

SGLVG-instellingen baseren zich deels op eigen richtlijnen, deels op die van de Borg. Ook wordt hier het 'sociale competentiemodel' genoemd.

#### *Individuele begeleiding*

Ook wat betreft het aantal uren individuele begeleiding is er een duidelijk onderscheid tussen de drie groepen, en ook binnen de groepen is er een grote variatie (tabel 3.7). In sommige zorgaanbieders vindt er slechts beperkt individuele begeleiding plaats, terwijl er bij andere zorgaanbieders 36 uur of meer per week aan individuele begeleiding besteed wordt.





Gemiddeld krijgt de zwaardere subgroep bijna zes uur meer begeleiding per week dan de reguliere LVG4/5-groep. Het aantal uur individuele begeleiding ligt bij de SGLVG-groep een stuk lager.

tabel 3.7 Individuele begeleiding per doelgroep in uren per week

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG</i>
Minimum	2	2	0
Maximum	36	42	10
Gemiddelde	11,4	17,2	4,8

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

### *Dagbesteding*

De cliënten hebben verschillende vormen van dagbesteding. Afhankelijk van de leeftijd en ontwikkeling van de cliënt volgen zij primair of voortgezet speciaal onderwijs, arbeidsgericht onderwijs, praktijkonderwijs, arbeidsmatige dagbesteding (betaald of onbetaald) of niet-arbeidsmatige dagbesteding. Aangezien het in de groepen LVG4 en LVG5 om jongeren gaat, komt onderwijsgerichte dagbesteding hier vaker voor dan arbeidsmatige dagbesteding. Voor de SGLVG-clieënten is dit omgekeerd.

Waar we bij de hiervoor beschreven zorgvormen zagen dat de zwaardere subgroep meer uren ontvangt dan de reguliere LVG4/5-groep, is dit effect bij de dagbesteding juist omgekeerd. De reguliere LVG4/5-groep ontvangt meer uur dagbesteding per week dan de zwaardere subgroep (tabel 3.8).

Logischerwijs is dit te verklaren doordat de zwaardere groep intensievere persoonlijke behandeling en begeleiding nodig heeft, en vanwege gedragsproblemen moeilijker aan reguliere vormen van dagbesteding kan meedoen.

De SGLVG-geïndiceerden ontvangen het minste aantal uur dagbesteding. Bij deze groep zien we echter geen hoger aantal uur individuele zorg.

tabel 3.8 Dagbesteding per doelgroep in uren per week

	<i>LVG4/5 "regulier"</i>	<i>LVG 4/5 "zwaar"</i>	<i>SGLVG</i>
Minimum	10	12	10
Maximum	36	35	20
Gemiddelde	28,5	22,7	15,9

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

### *Persoonlijke verzorging*

Ten slotte is de zorgaanbieders gevraagd hoeveel uur persoonlijke verzorging de cliënten ontvangen. Ook hier wordt het terugkerende beeld bevestigd: de zwaardere subgroep krijgt (ongeveer anderhalf uur) meer persoonlijke verzorging per week dan de reguliere LVG4/5-groep (tabel 3.9).

Het aantal uur persoonlijke verzorging is wederom een stuk lager bij de SGLVG-groep, wat in dit geval logisch te verklaren lijkt te zijn doordat het om volwassen cliënten gaat en niet om kinderen.



tabel 3.9 Persoonlijke verzorging per doelgroep in uren per week

	LVG4/5 "regulier"	LVG 4/5 "zwaar"	SGLVG
Minimum	0	1	0
Maximum	14	20	4
Gemiddelde	5,4	6,9	1,7

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

#### Totaal aantal uur zorg

Per subgroep hebben we het totaal aantal uren geleverde zorg (individuele- en groepsbehandeling, individuele begeleiding en dagbesteding, persoonlijke verzorging) opgeteld. Hierbij zijn de minima, maxima en gemiddelden weergegeven in tabel 3.10.

tabel 3.10 Totaal aantal uur geleverde zorg per week<sup>11</sup>

	LVG4/5 "regulier"	LVG 4/5 "zwaar"	SGLVG
Minimum	36	42	23
Maximum	73	122	40
Gemiddelde	58	76	32

*De gemiddelden in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

### 3.5 Leveringsvoorwaarden: verblijfskenmerken

Om de benodigde zorg voor de verschillende subgroepen te kunnen leveren, zijn enkele leveringsvoorwaarden van belang. Het gaat daarbij met name om de kenmerken van de omgeving, het verblijf en het orthopedagogisch klimaat.

#### Omgevings- en verblijfskenmerken

Het merendeel van de zorgaanbieders acht zowel voor de reguliere LVG4/5 als voor de zwaardere subgroep, een 3-milieuvoorziening (permanent beveiligde en besloten voorziening<sup>12</sup>) en een BOPZ-erkenning met afzonderingsruimte in de directe nabijheid, noodzakelijk. Echter voor reguliere LVG4/5 cliënten wordt een 2-milieuvoorziening<sup>13</sup> vaker (68%) ook geschikt gevonden dan voor cliënten van de zwaardere subgroep (30%)<sup>14</sup>.

Een 24-uurs gesloten en permanent beveiligde omgeving wordt door de meeste SGLVG-zorgaanbieders noodzakelijk geacht. Door de LVG4/5-zorgaanbieders wordt dit echter voor zowel de reguliere als de zwaardere subgroep niet noodzakelijk geacht.

Verder geven de LVG4/5-zorgaanbieders, voor zowel de reguliere als de zwaardere subgroep aan, dat de behandelcentra het liefst in een prikkelarme omgeving gevestigd zijn (buiten stad of dorp en zeker niet in de buurt van een coffeeshop), met alarmsysteem en technische hulpmiddelen in de nabijheid of onder toezicht van een professional. Ook de aanwezigheid van voorzieningen voor ontspanning worden nodig geacht.

<sup>11</sup> We merken hierbij op dat zorgaanbieders het aantal uur onderwijs bij de dagbesteding hebben meegeteld. In het ZZP wordt het aantal uur onderwijs niet meegeteld.

<sup>12</sup> Waarbij wonen, onderwijs/werken en vrijetijdsbesteding op dezelfde locatie plaatsvinden.

<sup>13</sup> Voor bijvoorbeeld onderwijs of werken, therapie of dagbesteding kunnen cliënten eventueel onder begeleiding van het terrein af.

<sup>14</sup> Overigens gaat het CIZ bij een LVG- en SGLVG-setting altijd uit van een 3-milieuvoorziening. Diverse leden van de klankbordgroep hebben daarom aangegeven verbaasd te zijn dat sommige aanbieders blijkbaar menen dat een tweemilieuvoorziening geschikt kan zijn voor de LVG4/5 cliënten.



Twee zorgaanbieders maken een duidelijk onderscheid tussen voorwaarden die wel nodig zijn voor de zwaardere subgroep, maar niet voor de reguliere LVG4/5-groep. Eén zorgaanbieder geeft expliciet aan dat de reguliere subgroep wel in een woonomgeving gesitueerd zou moeten zijn, om sociale acceptatie te bevorderen, terwijl de zwaardere subgroep juist pertinent niet in een woonwijk geplaatst zou moeten worden. Een andere zorgaanbieder benadrukt dat de omgeving van de zwaardere subgroep gericht moet zijn op kleine groepen en 1-op-1 begeleiding.

#### *Orthopedagogisch behandelklimaat*

De noodzaak van de aanwezigheid van een orthopedagogisch behandelklimaat wordt unaniem door alle zorgaanbieders (LVG4/5 regulier en zwaar en SGLVG-zorgaanbieders) erkend. Voor de LVG4/5 zorgaanbieders wordt daarbij geschetst dat dit klimaat gericht moet zijn op veiligheid en het bieden van structuur en regelmaat in het dagelijks leven en de behandeling, waarbij er ontwikkelingsgericht gewerkt wordt. Daarbij wordt ook de (24-uurs) nabijheid van professionals aangehaald.

Bij de zwaardere subgroep wordt benadrukt dat het klimaat van rust, structuur en regelmaat vooral op stabilisatie gericht moet zijn.

Het feit dat ook de SGLVG-zorgaanbieders een orthopedagogisch klimaat noodzakelijk achten is opvallend, aangezien dit juist eerder als een onderscheid tussen de (zwaardere) LVG4/5-groep en de SGLVG-groep is benoemd. De verklaring is dat SGLVG-cliënten vaak een achterstand op meerdere levensgebieden hebben (bijvoorbeeld leren en sociale omgangsnormen). Dit zorgt ervoor dat een orthopedagogische, ontwikkelingsgerichte inslag ook bij hen wenselijk is, om aan deze achterstand te werken. Daarmee is de insteek wel verschillend van de LVG4/5 groepen, die vanwege hun leeftijd volop in ontwikkeling zijn.

### **3.6 Leveringsvoorwaarden: behandelend personeel**

Evenals aan de behandeling en aan de omgeving, worden er aan het personeel verschillende eisen gesteld voor de omgang met de verschillende groepen LVG4/5 regulier, zwaar en SGLVG. Er worden verschillende behandeldisciplines ingezet en ook de eisen die aan het personeel worden gesteld, wat betreft opleidingsniveau en aanvullende competenties, variëren per subgroep.

#### *Behandeldisciplines*

Volgens experts van de behandelende zorgaanbieders en het CCE heeft de zwaardere subgroep, meer dan de reguliere LVG4/5-groep, behoefte aan 24-uurs beschikbaarheid en betrokkenheid van een psychiater in het team. De behandeling van de zwaardere subgroep zou ook baat hebben bij een systeemtherapeut<sup>15</sup> (en o.a. ouderbegeleiding) op het team.

In tabel 3.11 is aangegeven welke behandeldisciplines, op basis van de enquête, momenteel voor de verschillende cliëntgroepen worden ingezet. De belangrijkste behandeldisciplines voor de LVG4/5 (zowel regulier als zwaar) zijn de psychiater, de psycholoog, de orthopedagoog en andere therapeuten (op het gebied van muziek, spel en/of psychomotoriek). Vooral de orthopedagoog wordt voor alle cliënten ingezet. Onder de categorie 'anders namelijk' worden ook enkele andere disciplines genoemd,

<sup>15</sup> Dit specialisme is niet expliciet uitgevraagd in de enquête en daarom niet opgenomen in tabel 3.10.



met name: groep(bege)leider, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, logopedist en specialist GGZ/verslavingszorg.

tabel 3.11 Behandeldisciplines: beschikbaarheid voor aandeel van cliënten en gemiddeld aantal uur per week<sup>16</sup>

	LVG4/5 "regulier"		LVG 4/5 "zwaar"		SGLVG
	%	uren	%	uren	%
Psychiater	88%	0,7	100%	1,1	100%
Psycholoog	86%	1,1	79%	1,0	100%
Orthopedagoog	100%	1,7	100%	2,5	80%
Arts verstandelijk gehandicapten	66%	0,5	90%	0,4	20%
Maatschappelijk werker	68%	0,8	62%	0,4	80%
Andere therapeut (muziek, spel, psychomotorisch)	100%	1,2	96%	1,0	100%

*De percentages in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.*

Uitgedrukt in uren krijgen cliënten uit de zwaardere subgroep relatief meer behandeling van psychiaters en orthopedagogen. De gemiddelde omvang van de behandeling door de psycholoog, arts verstandelijk gehandicapten en andere therapeuten, komt redelijk overeen tussen de reguliere en de zwaardere subgroep.

In de enquête is tevens gevraagd of de behandeldisciplines op afroep beschikbaar zijn of onderdeel van het team. De orthopedagoog maakt bij alle cliëntgroepen altijd onderdeel uit van het team. Bij de reguliere subgroep maken in een meerderheid van de gevallen de psycholoog en de maatschappelijk werker (indien de zorgaanbieder die inzet) deel uit van het team, terwijl de psychiater, de arts verstandelijk gehandicapten en de andere therapeuten op afroep beschikbaar zijn. Voor de zwaardere subgroep zijn de meeste disciplines op afroep beschikbaar, en is de samenstelling van het vaste team divers, met uitzondering van de standaard aanwezigheid van de orthopedagoog.

#### *Eisen aan personeel*

Vrijwel alle zorgaanbieders hanteren aanvullende eisen aan de opleiding en vaardigheden van zowel het behandelend als het begeleidend personeel, voor alle subgroepen. Daarbij wordt in kennis en competenties nauwelijks een onderscheid gemaakt tussen het behandelend en het begeleidend personeel. Allen moeten over de vaardigheden beschikken om met de subgroepen om te kunnen gaan.

Uit de gevoerde gesprekken en de deskresearch kwam naar voren dat er voor de zwaardere subgroep meer van de begeleiding wordt verwacht op het gebied van reflectie en omgaan met extreme internalisering en extern gerichte agressie. Daarmee liggen de competenties meer in lijn met die voor de behandeling van SGLVG-cliënten. Deze aanvullende competenties werden door de zorgaanbieders in de enquête niet allemaal expliciet genoemd. Wel werd vaak het meer algemene "kennis van omgaan met de doelgroep" genoemd.

Voor zowel de behandeling van de reguliere LVG4/5 als de zwaardere subgroep, wordt naast kennis van en ervaring met de doelgroep, veelal (voor gedragswetenschappers) de GZ-opleiding vereist, inclusief deskundigheid op het gebied van gedrag. Een aantal zorgaanbieders biedt ook interne cursussen aan. In termen van competenties worden

<sup>16</sup> Doordat de besteding in uren door SGLVG-zorgaanbieders slechts beperkt is ingevuld, zijn die uren in de tabel weggelaten.



stressbestendigheid, het kunnen omgaan met de duale problematiek (psychiatrisch en LVB) en gestructureerd/ procesmatig werken vereist.

Als aanvullende eis voor het werken met de zwaardere subgroep stelt één zorgaanbieder "ervaring op het gebied van diagnostiek en exploratieve behandeling"; een ander noemt ook "de-escalerend kunnen werken" een belangrijke competentie voor werken met de zwaardere subgroep. Deze competenties hangen samen met de noodzaak tot stabilisatie van de zwaardere subgroep en het risico op agressief gedrag.

Bij de SGLVG-zorgaanbieders wordt voor de behandelaars vereist dat ze klinisch of GZ-psycholoog zijn, met kennis op het gebied van SGLVG, agressie, verslaving, traumabehandeling en risicotaxatie. Ook van de begeleiders wordt verwacht dat ze stressbestendig zijn en met (fysieke en verbale) agressie en verslaving kunnen omgaan. Daarnaast is methodisch en competentiegericht werken en kennis van BHV en medicatietoediening genoemd.

Bij alle cliëntgroepen heeft het meeste begeleidende personeel een opleiding op HBO- of MBO-niveau. Bij de zwaardere subgroep is er relatief vaak sprake van een gebalanceerde mix van HBO'ers en MBO'ers. Bij de reguliere groep is er vaker sprake van een sterkere vertegenwoordiging van HBO-ers. Bij de SGLVG-zorgaanbieders gaf één zorgaanbieder aan dat er vooral academici ingezet worden.

tabel 3.12 Vertegenwoordiging opleidingsniveau bij begeleiding, per subgroep

	LVG4/5 "regulier"	LVG 4/5 "zwaar"	SGLVG
Overwegend MBO	20%		38%
Overwegend HBO	67%	28%	20%
Ongeveer evenveel MBO als HBO	12%	72%	
Overwegend WO			41%

De percentages in deze tabel zijn gewogen naar het aantal cliënten.

### 3.7 Samenvatting zorgverlening en leveringsvoorwaarden

Tabel 3.13 vat de overeenkomsten en verschillen tussen de drie subgroepen wat betreft behandelcontext, zorglevering en verblijfskenmerken, samen.

tabel 3.13 Samenvatting zorgverlening en leveringsvoorwaarden

Type kenmerk	reguliere LVG4/5	zwaardere subgroep	SGLVG
<b>Behandelcontext</b>			
<i>Behandelgeschiedenis</i>	Eerdere zorg (lichtere ZZP's) onvoldoende opgeleverd	Eerdere behandelrelaties problematisch, resultaat blijft uit, meermalen in crisis.	Eerdere behandeltrajecten onvoldoende resultaat gehad
<i>Behandelperspectief</i>	Ontwikkeling en waar mogelijk vermaatschappelijking.	Stabilisatie, gedragsregulatie en waar mogelijk ontwikkeling. Vermaatschappelijking doorgaans niet haalbaar.	Stabilisatie en ontwikkeling
<i>Uitstroomperspectief</i>	Uitstroom naar lager ZZP LVG (29%), gezin van herkomst (19%), zelfstandig wonen met ambulante begeleiding (15%) of verblijf met ZZP VG7 (11%)	Uitstroom naar ZZP VG7 (30%), lager ZZP LVG (19%), ZZP SGLVG (15%), beschermd wonen (12%), gezin van herkomst (10%)	Uitstroom naar ZZP VG7 (58%), beschermd wonen (23%), ZZP GGZ (10%).



Type kenmerk	reguliere LVG4/5	zwaardere subgroep	SGLVG
<b>Behandelcontext</b>			
<i>Ketensamenwerking met</i>	Onderwijs, Verstandelijke gehandicaptenzorg, verslavingszorg, GGZ, gesloten jeugdzorg, MEE, VOBC	Hetzelfde als "regulier" en daarbij ook de Borg	Verstandelijk gehandicaptenzorg, Verslavingszorg, GGZ, Forensische zorg, MEE, De Borg
<b>Zorginhoudelijk / zorgzwaarte</b>			
<i>Groeps grootte</i>	8-9	5-6	7-8
<i>Verhouding begeleider: cliënten</i>	1:3	1:2	1:4
<i>Verwachte behandelduur</i>	1,5 tot 2 jaren	2 tot 3 jaren	Gemiddeld circa 2 jaren maanden (uiteenlopend van 3 tot 93 maanden)
<i>Individuele behandeling (gem. uren p/week)</i>	3	4	4
<i>Groepsbehandeling (gem. uren p/week)</i>	9	12	5
<i>Individuele begeleiding (gem. uren p/week)</i>	11	17	5
<i>Dagbesteding (gem. uren p/week)</i>	29	23	16
<b>Verblijfskenmerken</b>			
<i>Wettelijk kader voor behandeling</i>	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), waarbij instemming van de cliënt de basis vormt	WGBO en indien cliënt niet toestemt: Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet BOPZ) of Wet Zorg en Dwang	Ruim 50% op vrijwillige basis (WGBO). Overige: juridische maatregel als BOPZ of strafrechtelijk (i.v.m. delict)
<i>Orthopedagogisch klimaat</i>	Noodzakelijk voor opvoeding	Noodzakelijk voor opvoeding	Noodzakelijk voor sociale- en leerachterstand (andere insteek)
<i>Setting</i>	24-uurs zorg op open terrein (bijv. extramuraal onderwijs mogelijk) met mogelijkheid tot beslotenheid of gesloten verblijfsruimte. Permanente beveiliging mogelijk en bewegingsruimte kan beperkt worden	24-uurs zorg in besloten of gesloten 3-milieus terreinvoorziening. Gesloten verblijfsruimte.	24-uurs zorg in 3 leefmilieus. Beschermd wonen, besloten of gesloten afdeling
<i>Onderwijsvoorziening</i>	Ja: op terrein of extramuraal SO of V(S)O	Ja: Altijd op terrein of in leefgroep en met begeleiding. SO of V(S)O	Wenselijk op terrein i.v.m. beroepsgerichte opleiding
<b>Behandelend en begeleidend personeel</b>			
<i>Eisen aan professionals</i>		Specifiek: Attitude en extra vaardigheden t.a.v reflectie en omgaan met extreme internalisering en extern gerichte agressie	Specifiek: Attitude en extra vaardigheden t.a.v reflectie en omgaan met extreme internalisering en extern gerichte agressie
<i>Inzet professionals</i>	Gemiddeld per week: 1,7 uur orthopedagoog; 1,1 uur psycholoog; 0,8 uur maatschappelijk werker; 0,7 uur psychiater	Gemiddeld per week: 2,5 uur orthopedagoog; 1,0 uur psycholoog; 0,4 uur maatschappelijk werker; 1,1 uur psychiater.	Gemiddeld per week <sup>17</sup> : 4 uur orthopedagoog; 3,7 uur psycholoog; 1 uur maatschappelijk werker; 2 uur psychiater.

<sup>17</sup> De inzet van professionals voor SGLVG-cliënten is slechts door 1 aanbieder ingevuld. De hier vermelde uren zijn daarom niet representatief.



### 3.8 Conclusie: verschillen in zorgverlening aan de reguliere en de zwaardere subgroep

Ten opzichte van de reguliere LVG4/LVG5-groep kenmerkt de (context van de) zorgverlening aan de zwaardere subgroep zich als volgt:

- De behandelgeschiedenis is problematischer;
- De behandeling is meer gericht op stabilisatie en gedragsregulatie, dan op vermaatschappelijking en uitstroom naar ambulante zorg en begeleiding;
- Het uitstroomperspectief van de zwaardere subgroep gaat dan ook niet richting zelfstandigheid, maar richting langdurige intensieve begeleiding. Daarmee komt de zwaardere doelgroep qua behandelcontext meer overeen met de SGLVG-groep dan met de reguliere LVG4/5-groep;
- Er is bredere ketensamenwerking met meer contact met GGZ, gesloten jeugdzorg en de Borg;
- De groepsgrootte is kleiner;
- De groepsbegeleiding is intensiever (1:1 of 1:2 in plaats van 1:3 of meer), om de veiligheid van het personeel en de groep te kunnen waarborgen;
- De behandelduur is langer (2-3 jaar versus 1,5-2 jaar);
- Er is meer behandeling en individuele begeleiding per week;
- Wat betreft de verblijfskenmerken is 24-uurs zorg in besloten of gesloten 3-milieus terreinvoorziening, met gesloten verblijfsruimte permanent noodzakelijk. Bij de reguliere LVG4/LVG5 is het belangrijker om de mogelijkheid tot beslotenheid te hebben, terwijl het terrein ook open kan zijn en de cliënt (eventueel onder begeleiding) van het terrein af kan;
- De zorgaanbieder moet een wet BOPZ-erkenning hebben en beschikken over een afzonderingsruimte in de directe nabijheid van de leefgroep;
- Onderwijs vindt plaats op de leefgroep of in een zeer kleine groep (max. 4 personen) op het terrein;
- Er zijn enige extra eisen aan vaardigheden en attitude aan professionals (o.a. reflectie);
- De inzet van met name orthopedagoog en psychiater is intensiever.

De bovenstaande onderscheidende verschillen in de behandeling en leveringsvoorwaarden voor de drie doelgroepen, bevestigen het beeld van het bestaan van een zwaardere subgroep binnen de LVG4/5. Daarbij concluderen we dat hoewel de zwaardere subgroep in termen van problematiek meer overeenkomt met de SGLVG-groep, de behandeling langs dezelfde lijnen als de reguliere LVG4/5 geschiedt. Dit wil zeggen: het type behandeling is vaak hetzelfde, maar het gebeurt op een intensievere wijze met doorgaans meer uren en meer gericht op stabilisatie.

Tevens constateren we dat deze intensievere behandeling van de zwaardere subgroep niet tot gunstiger uitstroomperspectieven leidt. Er is bij deze groep veel minder kans op uiteindelijke vermaatschappelijking. Juist daarom is het belangrijk om de ernstige problematiek van de zwaardere subgroep tijdig te signaleren en te identificeren zodat zo snel mogelijk intensieve zorg kan worden geboden, zodat er meer kans is dat de behandeling effectief is. Op deze mogelijkheden voor identificatie en indicatie gaat het volgende hoofdstuk in.







## 4 Identificatie en instroom

Dit hoofdstuk gaat in op de wijze van objectivering van instroom en indicatiecriteria en diagnose-instrumenten die hiervoor kunnen worden gebruikt.

In dit hoofdstuk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

### *Objectivering in- en uitstroom*

- Op welke wijze kan een objectivering plaatsvinden voor een juiste instroom en eventuele uitstroom van de groepen (ZZP's LVG4, LVG5 en SGLVG1 en eventuele nieuwe groep)?
- Hoe kan door de behandelaar objectief worden vastgesteld of een cliënt tot de eventuele nieuwe subgroep of tot een (eventueel nieuw ingedeelde) ZZP LVG4, LVG5 of SGLVG1 behoort?
- Welke objectieve indicatiecriteria kunnen hiervoor worden geformuleerd?
- Welke diagnose-instrumenten (protocollen, standaarden, gevalideerde instrumenten) kunnen hiervoor worden ingezet?

### 4.1 Huidige indicatieprocedures

#### *Indicatieproces LVG4 en LVG5*

Ter referentie is in het kader allereerst een indruk gegeven van het huidige proces van indicatiestelling voor de ZZP's LVG4 en LVG5.

#### **Huidig proces van indicatiestelling LVG4, LVG5 en SGLVG**

1. De aanmelder<sup>18</sup> dient de aanvraag in bij het CIZ, tezamen met documenten over de cliënt, ziektebiografie, stoornissen, medische en gedragskundige rapporten, brieven van bijvoorbeeld psycholoog/pedagoog, voortraject en eerdere behandelingen, etc.
2. Een belangrijk criterium voor indicatie voor een LVG-behandelinstelling is dat er sprake moet zijn van behandelperspectief, waaruit blijkt dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren. Dit dient te zijn geformuleerd in een concreet behandeldoel. Het komt ook voor dat er nog geen duidelijk behandeldoel is geformuleerd. Er zijn dan wel aanwijzingen voor een noodzaak tot behandeling, maar nog geen duidelijkheid over de te bereiken doelen. In die situaties wordt een indicatie afgegeven voor zes maanden. Daarna is er meer duidelijkheid welke behandeling de cliënt nodig heeft en welke zorgzwaarte aan de orde is. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben en gecoördineerd worden door een AWBZ-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken dat intramurale opname en behandeling binnen een therapeutisch leefklimaat noodzakelijk is.
3. De indicatiesteller van het CIZ voert op basis van de aangeleverde informatie, alle gegevens en beoordelingen over de stoornissen in in het systeem.
4. De indicatiesteller selecteert vervolgens - op basis van de aangeleverde informatie over de stoornissen en gedragsproblemen, het niveau van verstandelijk functioneren, de leeftijd en het behandelperspectief - of het gaat om: VG, LVG of SGLVG.
5. Het systeem berekent op basis van de ingevoerde gegevens de beste match qua cliëntprofiel: bijvoorbeeld ZZP LVG4. Het systeem laat dan tevens zien wat het "match-percentage" is met het berekende profiel en eventuele alternatieve profielen binnen de (LVG-)reeks.

<sup>18</sup> De meest voorkomende aanmelders voor een ZZP LVG-indicatie zijn: MEE, BJZ-voogd (i.g.v. Onder Toezichtstelling), William Schrikker groep, kinder- en jeugdpsychiatrie, justitie (via voogd), jeugdzorgplus en jeugdgevangenissen. De ouders of cliënt zijn eigenlijk nooit de aanmelders, gezien het zorgtraject dat meestal al aan de aanvraag voor LVG4 of LVG5 vooraf is gegaan.



6. De indicatiesteller beoordeelt op grond van de match-gegevens en kennis over de cliëntgroepen en de aangeleverde informatie in hoeverre het berekende ZPP-niveau passend is, of dat een hoger of juist lager ZPP eventueel meer geschikt is (als bruto zorgbehoefte).
7. De indicatiesteller inventariseert en beoordeelt de aanwezigheid van bestaande voorzieningen (zoals onderwijs) en voorliggende voorzieningen (zoals mantelzorg) om de netto zorgbehoefte te bepalen. De uitkomst daarvan kan zijn dat er een indicatie in functies en klassen wordt afgegeven en geen ZPP wordt geïndiceerd.
8. Het indicatiebesluit voor ZPP LVG4 of LVG5 wordt meestal afgegeven voor een periode van 3 jaar. Als nog niet duidelijk is hoe de cliënt zal reageren op de geboden structuur en nog geen behandelplan is opgesteld, wordt in het algemeen een indicatiebesluit met een geldigheidsduur van zes maanden afgegeven.

*Bronnen: Indicatiewijzer CIZ versie 7.0, 2014, blz. 173. Interviews met deskundigen op het gebied van indicatiestelling.*

Naast het in het kader beschreven proces kunnen LVG-zorgaanbieders ook een aanvraag doen via het Standaard Indicatieprotocol (SIP)<sup>19</sup>. Het gaat dan om een (her)indicatie voor cliënten die al in de LVG-instelling verblijven, bijvoorbeeld in crisisopvang of met een ander ZPP. In dat geval is de LVG-instelling ook de aanmelder. Het SIP is een versnelde, tijdsbesparende procedure. Na het digitaal invullen van een standaard indicatieprotocol kan een zorgaanbieder direct zorg inzetten. Het protocol leidt via kernvragen tot een indicatie. Het CIZ zet deze indicatie in principe zonder eigen afweging om in een indicatiebesluit. Toetsing gebeurt achteraf steekproefsgewijs.

Naast reguliere en SIP-aanvragen kunnen indicaties plaatsvinden in het kader van spoedopname. Als een cliënt direct (meer) zorg nodig heeft, dan kan een normale indicatieprocedure te lang duren. In dit geval kan tijdelijk spoedzorg<sup>20</sup> worden ingezet. Spoedzorg kan alleen aangevraagd worden door de zorgaanbieder die zelf deze zorg gaat verlenen. De cliënt of diens vertegenwoordiger neemt daartoe contact op met de zorgaanbieder. AWBZ-zorgaanbieders kunnen spoedzorg aanvragen, zowel voor cliënten die al zorg ontvangen als voor nieuwe cliënten. De indicaties voor spoedzorg worden registratieve indicaties genoemd. Registratieve indicaties, indicatiebesluiten na registratieve indicaties en indicatiebesluiten in het kader van de pilots face-to-face contact bij een eerste ZPP vat het CIZ samen in de categorie "overig"<sup>21</sup>.

Tabel 4.1 toont de verdeling van indicatiebesluiten LVG4/5 naar het type aanvraagprocedure. In 2013 waren er ruim 300 minder reguliere besluiten LVG4/5 dan het jaar ervoor. Ondanks toename van het aantal SIP- en overige besluiten LVG4/5 nam hierdoor het totale aantal positieve besluiten LVG4/5 tussen 2012 en 2013 af. In 2012 was het grootste deel van de besluiten nog gebaseerd op een reguliere aanvraag (46,7%). In 2013 omvatten de reguliere besluiten (33,1%) een kleiner percentage dan de "overige" besluiten (38,2%).

<sup>19</sup> Zorgaanbieders kunnen met het CIZ een overeenkomst sluiten om gebruik te maken van de standaard indicatieprotocollen (SIP). Bronnen: [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl) en interviews met experts op gebied van indicatiestelling.

<sup>20</sup> Spoedzorg is niet uitstelbare zorg door:

- een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie van een cliënt (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) of van de informele hulp (wegvallen mantelzorg),
- die leidt tot een substantieel andere inhoud en omvang van de benodigde zorg,
- waarbij het noodzakelijk is om de zorg binnen 24 tot 48 uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de cliënt en/of zijn gezin te voorkomen. Bron (cit.): [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)

<sup>21</sup> Bron: CIZ



tabel 4.1 Positieve indicatiebesluiten LVG4/5 naar aanvraagprocedure

	<i>Aantal</i>		<i>Percentage</i>	
	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Regulier	807	504	46,7%	33,1%
SIP	391	437	22,6%	28,7%
Overig <sup>22</sup>	531	581	30,7%	38,2%
Totaal	1729	1522	100,0%	100,0%

Bron: CIZ

#### *Indicatie en instroom in SGLVG*

De instroom in SGLVG verschilt van LVG4/5 omdat een groter deel (bijna de helft) van de SGLVG-cliënten via een strafrechtelijke maatregel door Justitie in de instelling is geplaatst<sup>23</sup>. Het CIZ speelt in deze gevallen geen rol bij de instroom. Het proces van indicatiestelling bij vrijwillige opname voor SGLVG-behandeling is op hoofdlijnen vergelijkbaar met de procedure voor LVG4 en LVG5. Overeenkomsten in de toelatingscriteria van het CIZ zijn onder andere het vereiste behandelperspectief, noodzaak van een multidisciplinaire aanpak, niveau van verstandelijk functioneren (IQ tussen de 50 en 85) en aanwezigheid van ernstige gedragsproblematiek. Het belangrijkste onderscheidend toelatingscriterium voor LVG en SGLVG is de leeftijd. De begeleidingsstijl en de behandeling binnen de LVG-setting is afgestemd op jongeren; bij de SGLVG-instellingen is deze op volwassenen gericht.

Een belangrijk procedureverschil is dat bij SGLVG sprake is van maar één pakket en één beschrijving van een cliëntprofiel, namelijk SGLVG1. Dat betekent dat er geen algoritmen zijn die een advies genereren van het meest waarschijnlijke pakket, gegeven de aard en ernst van de stoornissen en beperkingen<sup>24</sup>.

Daarnaast is er in de praktijk het verschil dat voorafgaand aan een SGLVG-indicatie vaker al contact is geweest met de behandelende instelling. Dit heeft ermee te maken dat de zorgvraag en cliëntprofielen voor LVG4/5 en SGLVG momenteel nog onvoldoende onderscheidend zijn. Er is daarom extra informatie nodig om tot de juiste indicatie te komen. Om te voorkomen dat cliënten verkeerd geïndiceerd worden, zijn afspraken met de SGLVG-zorgaanbieders gemaakt en aanvullende toelatingsvoorwaarden. Ook is voor SGLVG expliciet vereist dat sprake moet zijn van een eerder behandeltraject en onvoldoende resultaat bij eerdere behandelingen. De SGLVG-aanbieders zijn gezien hun expertise op basis van informatie over de cliënt en de behandelgeschiedenis in staat te beoordelen of de SGLVG-behandelsetting voor een cliënt het meest passend is. Indien de informatie in het cliëntdossier bij aanmelding nog onvoldoende aanknopingspunten voor de beoordeling biedt, kan het CIZ eerst een voorlopige indicatie afgeven voor observatie en diagnostiek (6 maanden)<sup>25</sup>.

In tabel 4.2 is af te lezen dat het totaal aantal indicatiebesluiten SGLVG1 in 2013 lager is dan in 2012. In beide jaren bestaat het merendeel van de positieve besluiten SGLVG1 uit reguliere indicatiebesluiten. Het aandeel SIP-besluiten is in 2013 de helft kleiner dan in 2012.

<sup>22</sup> Overige aanvragen betreffen registratieve indicaties (artikel 16 BZA, spoed), indicatiebesluiten na registratieve indicaties en indicatiebesluiten in het kader van de pilots face-to-face contact bij een eerste ZZP. Bron: CIZ

<sup>23</sup> B.L. Hesper en K.H. Drieschner (2013). Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling de Borg 2007-2012. Blz. 23 en interviews over de indicatiestelling

<sup>24</sup> Bron: CIZ (2014) Indicatiewijzer 7.0 blz. 173 en interviews over de indicatiestelling

<sup>25</sup> Bron: interviews over de indicatiestelling



tabel 4.2 Positieve indicatiebesluiten SGLVG1 naar aanvraagprocedure

	<i>Aantal</i>		<i>Percentage</i>	
	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Regulier	209	181	70,8	84,6
SIP	67	25	22,7	11,7
Overig <sup>26</sup>	19	8	6,4	3,7
Totaal	295	214	100,0	100,0

Bron: CIZ

## 4.2 Mogelijkheden voor identificatie van de zwaardere subgroep

Op grond van de gegevens en rekenregels in het indicatiesysteem van het CIZ kan op dit moment geen onderscheid gemaakt worden tussen de reguliere LVG4/5 en de zwaardere subgroep binnen LVG4/5. Om het onderscheid te kunnen maken zijn daarom specifieke indicatoren nodig. Uit de interviews met experts op het gebied van indicatiestelling komen grofweg twee methoden naar voren om de zwaardere subgroep te identificeren en daarmee te onderscheiden van de reguliere LVG4/5:

1. Risicotaxatie: vroegtijdige identificatie door risico's van de omgeving voor de cliënt, en van de cliënt voor de omgeving, in kaart te brengen.
2. Identificatie op basis van objectieve indicatoren die naar voren komen uit dossieronderzoek.

Op basis van de interviews concluderen we dat vroegtijdige identificatie door middel van risicotaxatie in principe de voorkeur heeft. Hiervoor is echter op korte termijn nog geen valide instrument voorhanden. Daarom lijkt risicotaxatie een geschikte methode voor de langere termijn en identificatie op basis van indicatoren een methode voor de kortere termijn. Dit lichten we hieronder toe.

### *Lange termijn: Risicotaxatie*

Een valide risicotaxatie-instrument kan gebruikt worden voor vroegtijdige identificatie van de zwaardere subgroep door risico's van de omgeving voor de cliënt, en van de cliënt voor de omgeving, in kaart te brengen. Ook om te komen tot de best passende diagnose, een behandelperspectief en -plan is er behoefte aan een gedetailleerd risicotaxatie-instrument.

In de context van de SGLVG-behandeling zijn verschillende instrumenten gebruikt. Vanuit de expertinterviews en het visiedocument J-SGLVB<sup>27</sup> is informatie verkregen over de bruikbaarheid van deze instrumenten.

Het is niet eenvoudig om vast te stellen of een cliënt tot de reguliere LVG4/5 hoort of dat deze in de zwaardere subgroep valt. De problematiek moet eigenlijk altijd in de context worden gezien. In een instrument zouden idealiter meerdere perspectieven worden meegenomen, bijvoorbeeld van de cliënt, ouders, gezinsvoogd, behandelaar, en psychiater. Iedereen oordeelt namelijk anders en niemand is volledig objectief.

<sup>26</sup> Overige aanvragen betreffen registratieve indicaties (artikel 16 BZA, spoed), indicatiebesluiten na registratieve indicaties en indicatiebesluiten in het kader van de pilots face-to-face contact bij een eerste ZP. Bron: CIZ

<sup>27</sup> Het Visiedocument J-SGLVB is opgesteld door de Vereniging van orthopedagogische behandelcentra (VOBC). Het is een vervolg op de constatering dat in toenemende mate sprake is van een groep LVB-jeugdigen met zeer complexe en meervoudige problematiek, ofwel Jeugd met Sterk gestoord Gedrag en een Licht Verstandelijke Beperking (J-SGLVB). Doel van het Visiedocument J-SGLVB is het bieden van een nadere beschrijving van de doelgroep, de te verlenen zorg en de voorzieningen. Het sluit aan op het Programma van Eisen dat door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is opgesteld ten behoeve van de functie J-SGLVB in het Landelijk Transitie Arrangement (VNG, 2013).



Instrumenten zoals een Child Behaviour Checklist<sup>28</sup> zijn voor dit doel weinig bruikbaar. Enerzijds omdat men bij deze cliënten (anders dan bij LVG 1-3) niet kan bouwen op vragenlijsten waarbij de cliënt zelf actief input geeft, anderzijds omdat gestandaardiseerde instrumenten die worden ingevuld door de hulpverlener, behandelaar of groepsleider weinig objectief zijn. Ook leveren ze weinig meerwaarde ten opzichte van een klinisch oordeel. Gebruik van verschillende bestaande meetinstrumenten stuit daarnaast op andere beperkingen. Zo is MOAS+<sup>29</sup> erg contextgevoelig en gaat de Restrictiveness Evaluation Measure<sup>30</sup> vooral over de behandeling. De Sociale redzaamheidsschaal<sup>31</sup> is onvoldoende onderscheidend tussen de reguliere en zwaardere LVG4/5, terwijl de HKT-30 met name relevant is voor doelgroepen binnen de forensische psychiatrie/TBS<sup>32</sup>.

Vergeleken met bovengenoemde instrumenten is het Risicotaxatie-instrument J-SGLVB<sup>33</sup> interessant, omdat daarmee de beslisboom inzichtelijk wordt gemaakt. Dit instrument brengt risico's op verschillende gebieden en niveaus in kaart voor zowel de jeugdige als de opvoeder(s). De versie van het Risicotaxatie-instrument die nu beschikbaar is, is echter nog niet zo ver ontwikkeld als andere instrumenten in de jeugdzorg.

Brede toetsing in de praktijk en wetenschappelijke validatie van het instrument zijn aan te bevelen. Vervolgens kan de risicotaxatie gebruikt worden bij het protocolleren van de diagnostiek.

In het veld is men al enige tijd bezig met de ontwikkeling en toetsing van het risicotaxatie-instrument. Het is echter nog niet gekomen tot een definitieve getoetste versie. Zorginstituut Nederland (ZiNL) zal gezien de tijdsdruk daarom een rol moeten gaan spelen bij het bespoedigen van de verdere ontwikkeling en validatie van het risicotaxatie-instrument J-SGLVB. Uitgangspunt hierbij is dat patiënten, zorgverleners en verzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover afspraken maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard. ZiNL kan dit proces faciliteren wanneer de partijen er niet uitkomen. Ook kan ZiNL helpen bij het ontwikkelen van instrumenten

<sup>28</sup> De Child Behaviour Checklist (CBCL) is een veelgebruikte methode om probleemgedrag bij kinderen vast te stellen. Het is een checklist waarmee problemen worden geïdentificeerd door iemand die het kind goed kent, zoals een ouder en/of leerkracht. Ook kan het kind zelf een deel van de checklist invullen (vanaf 8 jaar). Het instrument is vergelijkbaar met de Adult Behaviour Checklist (ABCL) en meet de emotionele, gedrags- en sociale aspecten van het leven van het kind. Bron: Hesper, B.L. en K.H. Driescher (2013) effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007-2012. De Borg.

<sup>29</sup> De Modified Overt Aggression Scale (MOAS+) is een uitgebreide versie van MOAS waarmee dagelijks incidenten van verbale agressie, agressie tegen objecten, fysieke agressie en agressie tegen zichzelf en seksuele agressie op vier ernstniveaus worden geregistreerd. Bron: Kay S.R., Wolkenfeld, F. and Murrill, L.M. (1988) in: *ibid*.

<sup>30</sup> De Restrictiveness Evaluation Measure (REM-16) meet met 16 items in welke mate aan een individu in de woonsetting restricties worden opgelegd op het gebied van bewegingsvrijheid, activiteiten, toezicht, sociale contacten en privacy.

<sup>31</sup> De Sociale Redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau (SRZ-P) meet in hoeverre de individu kan voldoen aan de eisen die een samenleving (thuisituatie, dagverblijf, werk, vereniging) dagelijks stelt. Kraijer, D.W. and Kema, G.N. (1994). Sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau. SRZ/P. handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V. In: *ibid*.

<sup>32</sup> HKT-30 is specifiek voor de Forensische psychiatrie/TBS. Het bestaat uit 11 items voor historische risicovariabelen en 19 klinische en toekomstitems voor dynamische risicovariabelen. Bron: *ibid*.

<sup>33</sup> Het risicotaxatie-instrument J-SGLVB (in voorbereiding) is gebaseerd op items van de Pedagogische Variabelen Lijst (PLV). De PVL meet de ernst van de opvoedingsproblematiek op drie dimensies: de jeugdige, zijn opvoeder(s) en de sociale en materiële context. De begripsvaliditeit van de PVL is in een pilotstudie nader onderzocht. Hieruit is gebleken dat de PVL op betrouwbare manier voorspelt wanneer er bij een gezin met een onder toezicht gesteld kind sprake is van 'geen/lichte' of 'zeer ernstige' pedagogische verwaarlozing. Ook de interne consistentie is voldoende hoog gebleken. In het risicotaxatie-instrument J-SGLVB zijn bewust risicofactoren geformuleerd om de ernst van de J-SGLVB problematiek transparant te maken. Ook wordt de aanwezigheid van zogenaamde 'protectieve factoren' betrokken. Bron: Bakker (2014). Bijlage 2 bij Visiedocument J-SGLVB. In opdracht van de VOBC.



voor het vaststellen, toepassen, evalueren en verder verspreiden van 'Best Practices' in de langdurige zorg<sup>34</sup>.

*Korte termijn: indicatoren voor identificatie*

In het Visiedocument J-SGLVB<sup>35</sup> worden wegingscriteria genoemd. Deze criteria kunnen worden gebruikt om het cliëntdossier op te scannen, en zo een vermoeden te bevestigen dat het gaat om de zwaardere subgroep. Op grond van deze wegingscriteria en de informatie uit aanvullende gesprekken zijn vijf indicatoren te destilleren (zie kader). De indicatoren staan in willekeurige volgorde.

**Indicatoren voor identificatie van de 'zwaardere subgroep'<sup>36</sup>**

1. Onvoldoende ontwikkeling of opbouw van een vertrouwens- en behandelingsrelatie mogelijk. Bijvoorbeeld: na een half jaar in een LVG4/5 setting kan niet tot een behandelrelatie worden gekomen.
2. Geen/onvoldoende stabilisatie van de problematiek. Voortdurend forse en explosieve uitlatingen waarbij cliënten zichzelf en/of anderen beschadigen. De frequentie van de uitlatingen en incidenten belemmert de behandeling en /of positieve ontwikkeling van de cliënt.
3. Chroniciteit van (agressie)problematiek binnen een enorme hulpverleningsgeschiedenis. Bijvoorbeeld drie of vier zorgaanbieders in het voortraject.
4. Groot risico en ernstig gevaar voor zichzelf en/of de omgeving. Er is veelal meer dan 3 keer per dag sprake van bizar en ongecontroleerd, ontremd gedrag, waarvan niet terug te redeneren is waar het vandaan komt. Daardoor is het nauwelijks onder controle te krijgen. Het gaat bijvoorbeeld om agressie gericht op zichzelf of de omgeving of ernstig (seksueel) grensoverschrijdend en ontwrichtend gedrag, intimidatie, uitbuiting en ernstig drugsgebruik. Vaak is al schade aangericht, bijvoorbeeld blijkens politiecontact, veroordelingen of ziekenhuisopname. Ook kan juist sprake zijn van extreme internalisering (angsten, depressies, teruggetrokken en suïcidaal gedrag) met ernstige persoonlijke gevolgen.
5. Geschiedenis van ontwricht gezinssysteem/gestoorde gezinsrelatie (blijkt uit dossier). Er is vaak sprake van vroegkinderlijke verwaarlozing of traumatisering en verstoorde hechting.

In de online klankbordgroep-discussie is de relevantie van bovenstaande indicatoren voor het onderscheid tussen de reguliere LVG4/5 en de zwaardere subgroep bevestigd.

We gebruiken de term indicatoren in plaats van criteria. De reden hiervoor is dat criteria eerder beschouwd worden als voorwaarden waaraan moet worden voldaan. Het is echter niet de bedoeling dat bijvoorbeeld een problematische hulpverleningsgeschiedenis als "toegangscriterium" voor de zwaardere subgroep wordt gezien. De indicatoren hangen met elkaar samen, maar zwaardere cliënten scoren niet perse even zwaar op alle indicatoren. Enkele klankbordleden gaven daarom aan dat verdere concretisering en aanscherping van de indicatoren gewenst is. Daarbij valt te denken aan voorbeelden of precisering van de frequentie of ernst. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van het risicotaxatie-instrument J-SGLVG, de aanwezige deskundigheid over de zwaardere LVG4/5 subgroep bij de orthopedagogische behandelcentra en de ervaringen opgedaan met de identificatie van SGLVG1-cliënten. Een commissie van deskundigen onder leiding van ZiNL kan deze verantwoordelijkheid op zich nemen.

<sup>34</sup> Binnen het project 'Best Practices in de langdurige zorg'.

<sup>35</sup> Blz. 14-15

<sup>36</sup> De criteria in het kader omvatten deels de kenmerken waarmee de zwaardere subgroep in paragraaf 2.1 is getypeerd, voor zover dit cliëntkenmerken betreffen, plus enkele aanvullende kenmerken van de cliënt en het gezinssysteem. Kenmerken van de zorg en behandeling zijn niet in het kader opgenomen vanwege de geringe bruikbaarheid als identificatie- en indicatiecriteria.



### 4.3 Mogelijkheden voor het proces van indicatie en instroom

Op basis van de interviews concluderen we dat, hoewel het uiteraard de voorkeur verdient de doelgroep vroegtijdig en nauwkeurig te kunnen identificeren aan de hand van risicotaxatie, er momenteel geen bruikbaar gevalideerd instrument voorhanden is. Het is wenselijk dat de wetenschappelijke validatie van het risicotaxatie-instrument en toetsing in de praktijk zo spoedig mogelijk plaatsvindt, om tot een zo vroegtijdig en betrouwbaar mogelijke identificatie te komen. Om de doorlooptijd te bespoedigen kan ZiNL – in samenwerking met het veld - hierin een rol spelen. Voorlopig zal identificatie het beste plaats kunnen vinden door toetsing van het dossier van de cliënt aan de genoemde objectieve indicatoren. Overigens kan een beperkte set van maximaal vijf indicatoren ook naast het risicotaxatie-instrument een belangrijke rol blijven vervullen in de praktijk van identificatie en indicatie.

Bij nieuwe indicatieaanvragen kunnen de aanmelder en het CIZ met behulp van de indicatoren het dossier scannen. Indien er aanwijzingen zijn dat het gaat om een cliënt binnen de zwaardere subgroep kunnen de aanmelder en indicatiesteller in onderling overleg de best passende optie voor de cliënt bespreken. Bij twijfelgevallen kan het CCE mogelijk adviseren.

Vergelijkbaar met de huidige situatie, kan er ook sprake zijn van identificatie van de 'zwaardere subgroep' op het moment dat een LVG-instelling constateert dat de behandeling van de LVG4/5 cliënt vastloopt. Op zo'n moment kan een vermoeden ontstaan dat de cliënt behoort tot de zwaardere groep, en dus intensievere zorg nodig heeft. Het verdient de voorkeur dat de toetsing of de cliënt inderdaad aan de criteria voor de zwaardere subgroep voldoet (en dus mogelijk in aanmerking komt voor aanvullende bekostiging), gebeurt door een onafhankelijke partij. Dat kan het CIZ zijn, maar bijvoorbeeld ook het CCE. Het blijft wel van belang dat het vastlopen van cliënten zo veel mogelijk wordt voorkomen.

In geval van twijfel over de meest passende behandeling en behandeldoelen kan het CIZ een tijdelijke indicatie (bijv. 6 maanden) afgeven, zoals nu ook wel gebeurt. Na die periode kan de behandelend instelling een aanvraag doen voor het best passende ZZP en eventuele aanvullende zorg.

Tijdens verschillende gesprekken is de geldigheidsduur van de indicaties voor LVG4/5 aan de orde gekomen. Deze zouden onvoldoende gebaseerd zijn op gegevens over behandelresultaten en de benodigde behandelduur voor LVG4/5. Voor de zwaardere subgroep zou mogelijk een andere behandelduur van toepassing zijn dan voor de reguliere LVG4/5. De Borginstellingen hebben onlangs onderzoek gedaan waarbij de effectiviteit van de SGLVG-behandeling is afgezet tegen de behandelduur (voor cliënten met verschillende problematiek). Deze resultaten kunnen helpen bij het vaststellen van de geldigheidsduur van de SGLVG-indicatie. Een vergelijkbaar onderzoek naar de optimale behandelduur zou zowel voor de reguliere als voor de zwaardere LVG4/5 aan te raden zijn.







## 5 Vervolgstappen

In dit hoofdstuk worden tot slot mogelijke vervolgstappen verkend die genomen kunnen worden om te komen tot indicatiestelling en passende zorgverlening en bekostiging voor de zwaardere subgroep binnen de groep cliënten met een ZZP LVG 4/5.

In dit hoofdstuk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

### *Stappenplan*

- Wat is er nodig om te komen tot passende zorgverlening voor de eventueel nieuwe cliëntgroep of de eventueel nieuw ingedeelde ZZP's LVG4 en 5 en SGLVG1?
- Welke vervolgstappen moeten worden genomen om, naar aanleiding van de antwoorden op de vragen 1 t/m 5, het zorgaanbod te laten aansluiten op de zorgbehoefte? Dienen er veranderingen te worden doorgevoerd wat betreft de toelating van zorgaanbieders voor de LVG- of SGLVG behandeling; de indicatiestelling, de bekostiging van deze zorg?

### 5.1 Vervolgstappen indicatie- en instroom

#### *Aanscherping indicatoren, doorontwikkeling risicotaxatie-instrument*

Tijdens de laatste klankborddiscussie bleek er behoefte te bestaan aan verdere concretisering en aanscherping van de indicatoren voor het onderscheid tussen LVG4/5 en de zwaardere subgroep. Ook dient het risicotaxatie-instrument verder te worden ontwikkeld en getoetst, eventueel met ondersteuning vanuit het ZiNL. Tevens moet een nieuw of aanvullend cliëntprofiel worden opgesteld. Hierbij dient tevens aandacht besteed te worden aan de formulering van het uitstroomprofiel.

Een suggestie is dat voor deze activiteiten een commissie van deskundigen opgericht wordt, bij voorkeur onder leiding van het ZiNL om de doorlooptijd van de ontwikkel- en toetsingsactiviteiten te verkorten. Deze commissie kan ook als taak krijgen om aanvullende informatie over de doelgroep te verzamelen, daarmee specifieke interventies voor de zwaardere subgroep te onderbouwen en/of op zoek te gaan naar effectief behandelaanbod. Ook de optimale behandelduur kan dan aan bod komen.

#### *Betrekken van expertise van aanbieders*

Momenteel zijn vooral het CIZ en de verwijzende/aanmeldende instellingen bij het indicatieproces betrokken. Met het oog op het concretiseren van de criteria en het behandelplan en -doelen voor de zwaardere subgroep, kunnen ook aanbieders met specifieke expertise over de zwaardere subgroep bij (of voorafgaand aan) de indicatiestelling worden betrokken. Bij de SGLVG-zorgaanbieders spelen de Borginstellingen een vergelijkbare rol als expertisecentra. Tevens is aan te bevelen om kennisuitwisseling te laten plaatsvinden tussen Expertisecentrum de Borg en de zorgaanbieders die zorg bieden aan de zwaardere LVG4/5 subgroep. Samenwerking tussen OBC's en Borg-instellingen biedt ook mogelijkheden voor ontwikkeling van een 'lifelong concept' waarbij de zorg niet stopt bij 18 of 23 jaar. Dit is belangrijk voor deze zwaardere cliënten die vrijwel altijd zorg en begeleiding nodig blijven hebben.

#### *Informeren van verwijzers*

Verwijzers en aanmelders spelen vaak een belangrijke rol in de onderbouwing van de noodzaak voor een bepaald ZZP. Het is daarom belangrijk dat alle instellingen die nu



als verwijzers of aanmelders voor LVG 4/5 betrokken zijn, geïnformeerd worden zodra er nieuw beleid rondom de instroom, behandeling en bekostiging van de zwaardere subgroep is geformuleerd.

## 5.2 Toelatingenbeleid

In de eerdere hoofdstukken is gebleken dat het uitstroomperspectief van de zwaardere subgroep uit de huidige LVG4/5-behandelsetting beperkt is, ondanks de inzet van meer uren begeleiding en behandeling. Ook is tijdens de gesprekken gebleken dat voor de zwaardere subgroep idealiter een aangepast behandelaanbod moet worden geboden en verder ontwikkeld, om effectiviteit te verhogen en perspectieven te verbeteren. Het is aan te bevelen dat een selectie van zorgaanbieders met veel ervaring met de zwaardere subgroep gaat samenwerken aan de ontwikkeling van een passend behandelaanbod (bijvoorbeeld binnen de onder 5.1 genoemde commissie).

Tijdens het merendeel van de interviews en in de online klankborddiscussie is ook benadrukt dat het wenselijk is om de kennis en expertise over de zwaardere subgroep te bundelen. Het gaat immers om een beperkt aantal cliënten die specifieke deskundigheid vereisen. Daarbij is wel een minimale schaalgrootte noodzakelijk om te kunnen voorzien in de nodige diagnostische, behandel-, begeleiding- en therapiemogelijkheden. Dit kunnen redenen zijn om het aantal bevoegde zorgaanbieders te beperken. Van belang is in elk geval dat de expertise landelijk beschikbaar is en op verzoek kan worden geleverd.

Belangrijke criteria voor de toelating voor het leveren van behandeling met verblijf aan de zwaardere subgroep zijn:

- Orthopedagogisch behandelklimaat;
- Therapie- en diagnostische mogelijkheden voor de zwaardere doelgroep;
- Beschikbaarheid van gezinsondersteuning;
- Geschikte steunstructuur voor de begeleiders en gericht personeelsbeleid;
- Aanwezigheid van een besloten 3-milieuvoorziening en BOPZ-erkenning;
- De benodigde mate van 24-uurs beveiliging kunnen bieden;
- Onderwijs- en stagemogelijkheden voor de jeugd op het terrein;
- Bovenregionaal aanbod en kennis;
- Samenwerking met collega-instellingen op gebied van onderzoek en ontwikkeling.

Een criterium dat verder te overwegen valt is de ervaring die de zorgaanbieder al heeft met de zwaardere subgroep. Voordeel daarvan is dat de expertise al aanwezig is, nadeel is dat dit criterium gebaseerd is op het historisch aanbod.

In het geval van selectieve toelating is duidelijkheid over het toelatingenbeleid, nadere specificering van de toelatingscriteria en heldere communicatie hierover naar alle LVG-instellingen, van belang.



### 5.3 Opties voor bekostiging

Het is niet wenselijk om voor elke uitzondering een nieuw ZZP te maken. Binnen elk ZZP zal altijd variatie tussen cliënten bestaan. Enerzijds komt dit door instroom van lichtere en zwaardere cliënten ten opzichte van het gemiddelde. Anderzijds doordat cliënten zich als gevolg van de behandeling ontwikkelen richting lichtere zorg. Voor uitzonderingen (cliënten met extra zorgbehoefte) bestaat nu de regeling 'Meerzorg'. Een nieuw ZZP is alleen mogelijk voor een op onderscheidende cliënt- en zorgbehoeftekenmerken goed afgebakende groep, mede om aanzuigende werking te voorkomen.

In deze paragraaf stellen we een aantal opties voor een nieuwe ZZP-indeling of andere vormen van bekostiging ter discussie. Een combinatie van opties kan tot de mogelijkheden behoren, de opties sluiten elkaar niet altijd uit. Van een aantal van deze opties heeft de NZa voor- en nadelen opgesteld. Deze zijn per optie in een tabel toegevoegd.

#### *A. Samenvoegen reguliere LVG4 en LVG5 in een nieuw ZZP LVG4*

In de verkennende fase is gebleken dat de cliëntkenmerken, het geïndiceerde zorgpakket, de verblijfskenmerken en financiering van ZZP LVG4 en ZZP LVG5 op zich toereikend zijn voor de reguliere LVG4/LVG5. Aangezien het onderscheid tussen LVG4 en LVG5 in de praktijk nauwelijks wordt herkend, zouden ZZP LVG4 en ZZP LVG5 kunnen worden samengevoegd. Een overweging hierbij is in hoeverre met het vervallen van het verschil tussen ZZP LVG4 en LVG5, namelijk de beslotenheid van een 3-milieusvoorziening<sup>37</sup>, onderdeel moet zijn van de voorwaarden voor het nieuwe pakket. Of dat minimaal een 2-milieusvoorziening<sup>38</sup> met de "mogelijkheid" tot beslotenheid voor alle LVG4/5 cliënten voldoende is. Daarbij dient tevens een heldere omschrijving opgenomen te worden van de kenmerken waaraan een 3- of 2-milieusvoorziening moet voldoen.

#### *B. Leeftijdsgrens van ZZP SGLVG1 oprekken*

De mogelijkheid om SGLVG1-pakketten af te spreken is op dit moment afhankelijk van een aparte toelating voor deze specialistische zorg. Een aantal partijen<sup>39</sup> heeft aangegeven dat de aard en ernst van de problematiek van de zwaardere LVG4/5 cliënten, qua benodigde behandeling en 'leveringsvoorwaarden', meer in lijn zou zijn met het ZZP SGLVG1 dan met LVG4 of LVG5. Het ZZP SGLVG1 is echter bedoeld voor volwassenen. Een aangereikte oplossingsrichting is aanpassing van de indicatiestelling zodat kinderen en jeugdigen een SGLVG-indicatie kunnen krijgen.

Uit meerdere gesprekken is echter gebleken dat het niet wenselijk is om ZZP SGLVG1 open te stellen voor kinderen tot 16 jaar. De reden hiervoor is dat er in verband met de leeftijd, specifieke eisen zijn aan de behandeling en verblijfskenmerken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het orthopedagogische behandelingsklimaat, het betrekken van het gezinssysteem, onderwijsvoorzieningen op locatie, en de noodzaak van fysieke afstand en afscheiding van SGLVG-clieënten in verband met risico op kopieergedrag en misbruik.

<sup>37</sup> Waarbij wonen, onderwijs/werken en vrijetijdsbesteding op dezelfde locatie plaatsvinden

<sup>38</sup> Waarbij de cliënt vo.

<sup>39</sup> Onder andere VGN, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en College voor Zorgverzekeringen (CVZ).



### C. Een nieuw ZZP creëren voor de zwaardere subgroep

Een voordeel van een apart ZZP voor de zwaardere subgroep is dat het een stabielere vorm van financiering kan bieden dan aanvullende individuele "zorg op maat". Dit kan investeringen in ontwikkeling en het aanbod van een passend behandelklimaat, beveiliging en gespecialiseerd therapeutisch en behandelaanbod voor deze subgroep bevorderen. De meest genoemde term voor een eventueel nieuw ZZP is "J-SGLVG". Deze term heeft als voordeel dat de zeer ernstige gedragsstoornis expliciet benoemd wordt. Ook wordt aangeduid dat het gaat om jeugd met specifieke behoeften als onderwijs, opvoeding en orthopedagogisch klimaat en fysieke afzondering van cliënten met SGLVG1. Doornummeren vanuit de bestaande LVG ZZP's kan ook; dan is het onderscheid met de andere LVG ZZP's minder expliciet. Wanneer het ZZP voor de zwaardere subgroep de naam "LVG5" meekrijgt, (in het geval van samenvoegen van de huidige ZZP LVG4 en LVG5 tot een nieuw "ZZP LVG4"), kan een nadeel zijn dat zorgaanbieders de huidige LVG5-clieñten onder dit nieuwe LVG5 ZZP zullen willen brengen. De reden hiervoor is dat van een eventueel hoger dagtarief een aanzuigende werking uitgaat. Zorgaanbieders geven niet snel uit zichzelf aan dat een ZZP te hoog is of dat een lager ZZP inmiddels beter bij de cliënt past.

<b>Voordelen ontwikkelen van een nieuw ZZP</b>	<b>Nadelen ontwikkelen van een nieuw ZZP</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Indicatiestelling via het CIZ- afhankelijk;</li><li>2. Toelating-afhankelijk, waarmee uitbreiding van de populatie buiten de toelating niet mogelijk is;</li><li>3. ZZP-systeem blijft zuiver;</li><li>4. Geld volgt de cliënt;</li><li>5. Clustering van patiënten mogelijk door toelatingen te clusteren;</li><li>6. Structurele oplossing die recht doet aan de zorgzwaarte van de cliënt;</li><li>7. Kosten kunnen worden herverdeeld tussen LVG4, LVG5, SGLVG en zwaardere subgroep;</li><li>8. Kostendekkende vergoeding.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alle cliënten uit de zwaardere subgroep (verwachting rond de 300) moeten opnieuw geïndiceerd worden;</li><li>2. ZZP-tarief op korte termijn niet te bepalen (kostenonderzoek benodigd);</li><li>3. Nieuw ZZP voor kleine groep (echter de SGLVG-groep is van gelijke omvang);</li><li>4. Afhankelijk van toelatingenbeleid VWS.</li></ol>

Bron: NZa.



*D. Meerzorgregeling laten gelden voor een langere termijn, bijv. 2 of 3 jaar*  
 Voor cliënten die niet uitkomen met het geïndiceerde ZZP en daarom niet passen binnen de bandbreedte van ZZP LVG4 of LVG5 kan ZZP-Meerzorg aangevraagd worden. Als belangrijke voorwaarde voor een meerzorgtoeslag wordt de betrokkenheid van CCE genoemd. Het gaat dan om onafhankelijke toetsing door het CCE of de cliënt en zorgaanbieders voldoen aan de criteria.

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
1. Eenvoudig te realiseren door VWS zelf; 2. Het geld volgt de cliënt; 3. Geen (her)indicatie nodig; 4. Bekostiging is mogelijk vanuit de regionale contracteerruimte, wat duidelijkheid geeft over de uitgaven en de macrokostenbeheersing.	1. Kans op uitbreiding populatie; 2. Risico op kostenexplosie; 3. Hoge administratieve lasten voor aanbieder; 4. Kosten worden niet herverdeeld tussen LVG4, LVG5, SGLVG en zwaardere subgroep; 5. Regio en zorgkantoor-afhankelijk; 6. Onduidelijk hoe de bekostiging binnen de Wlz vorm zal krijgen en of deze oplossing daarbinnen past.

Bron: NZa.

*E. Introductie van een 'zware zorg' toeslag*

Tijdens de gesprekken is meermalen geopperd dat het niet wenselijk is dat veel zorgaanbieders specialistische zware zorg aanbieden. Dit heeft te maken met de benodigde affiniteit met de zwaardere subgroep en noodzakelijke investeringen in beveiliging en ontwikkeling van deskundigheid en expertise. Een grote spreiding van het aanbod zou de effectiviteit en efficiëntie van de opzet en uitvoering van de zorg benadelen. Eén van de opties is daarom de introductie van een 'zware zorg' toeslag vergelijkbaar met de 'Achtervangtoeslag'. Hierbij reserveert een beperkt aantal apart toegelaten zorgaanbieders plaatsen voor cliënten uit de zwaardere subgroep.

Voordelen van een dergelijke toeslag zijn:

- Er hoeft geen nieuw ZZP gecreëerd te worden;
- Beoordeling door het zorgkantoor vindt plaats op het moment van instroom in instelling;
- Niet afhankelijk van Meerzorgprocedures;
- Concentratie bij enkele zorgaanbieders, stuurbaar door zorgkantoren;
- Concentratie van zware zorg wordt beloond, wat de kwaliteit en efficiency kan bevorderen;
- Lage administratieve lasten.

Nadeel van de invoer van een nieuwe toeslag is een complicering van de bekostigingssystematiek. Een ander nadeel is dat de marktwerking verstoord wordt wanneer de toegang tot deze specialistische markt vooraf beperkt wordt tot enkele zorgaanbieders. Dit moet worden afgewogen tegen het belang van efficiëntie en het gewenste niveau van specialisatie en deskundigheid.



Voordelen	Nadelen
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eenvoudig te realiseren;<sup>[1]</sup></li> <li>2. Het geld volgt de cliënt;</li> <li>3. Lagere administratieve lasten (t.o.v. meerzorgregeling)</li> <li>4. Geen (her)indicatie nodig;</li> <li>5. Uniforme criteria via prestatiebeschrijving;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grote kans op uitbreiding populatie door ruime interpretatie van de criteria;</li> <li>2. Risico op kostenexplosie wat mogelijk ten koste gaat van reguliere zorg;</li> <li>3. Systeemvervuiling door toename van aantal prestaties;</li> <li>4. Hoogte toeslag op korte termijn niet te bepalen (kostenonderzoek benodigd);</li> <li>5. Kosten worden niet herverdeeld tussen LVG4, LVG5, SGLVG en zwaardere subgroep;</li> <li>6. Onduidelijk hoe de bekostiging binnen de Wlz vorm zal krijgen en of deze oplossing daarbinnen past.</li> </ol>

Bron: NZa.

<sup>[1]</sup> Mits de criteria helder zijn voor de te onderscheiden subgroep en de hoogte van de toeslag helder is.



## 6 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn enkele aanbevelingen geformuleerd voor hoe te komen tot beter passende zorgverlening voor de zwaardere subgroep van cliënten met een ZP LVG4/5. Deze zijn hieronder kort opgesomd.

### *Aanscherping indicatoren, doorontwikkeling risicotaxatie-instrument*

Voor de identificatie van de zwaardere subgroep is het nodig dat indicatoren voor het onderscheid tussen LVG4/5 en de zwaardere subgroep nader worden geconcretiseerd en aangescherpt. Alleen met heldere en objectieve criteria is het mogelijk een aangepaste bekostiging voor de groep te realiseren.

Daarbij dient het risicotaxatie-instrument verder te worden ontwikkeld en getoetst. Het ZiNL zou hierbij, gezien diens taakstelling, de regie kunnen voeren. Ook dient de expertise van de huidige aanbieders van zorg aan de zwaardere subgroep en wellicht ook vanuit de Borg hierbij betrokken te worden.

### *Ontwikkeling behandelaanbod en zorgpad*

Het is aan te bevelen dat een selectie van zorgaanbieders met veel ervaring met de zwaardere subgroep gaat samenwerken aan de ontwikkeling van een passend behandelaanbod. Daarbij dienen gezamenlijk gedragen en toe te passen richtlijnen voor behandeling te worden ontwikkeld. Het is niet wenselijk dat verschillende aanbieders zelf 'het wiel gaan uitvinden'.

Daarbij dient ook gekeken te worden naar het zorgpad. Het uitstroomperspectief uit het huidige ZP LVG4 of LVG5 is voor de zwaardere subgroep op dit moment pessimistisch. Het is daarom van belang dat betrokken partijen afspraken maken over het gewenste zorgpad (bijvoorbeeld eerst uitstroom naar lager ZP voordat een cliënt naar beschermd wonen, zelfstandig wonen of gezin van herkomst gaat) en hoe dit kan worden bereikt.

### *Toelatingenbeleid*

Tot slot dient gekeken te worden welke aanbieders toegelaten worden voor het bieden van zorg aan de zwaardere subgroep. Een selectief toelatingenbeleid, om te kunnen voorzien in de nodige diagnostische, behandel-, begeleiding- en therapie-mogelijkheden en expertise, is daarbij wenselijk.

In het geval van selectieve toelating is duidelijkheid over het toelatingenbeleid, nadere specificering van de toelatingcriteria en heldere communicatie hierover naar alle LVG-instellingen, van belang.







- Bakker (2014). Visiedocument J-SGLVB. In opdracht van de VOBC.
- Bosman & Vos, H. Pasman, D. Waarsenburg en P. Lameris (2011). Maatschappelijke business case Groot Emaus. Versie 2.1. I.o.v. Stichting 's Heeren Loo.
- CIZ Indicatiwijzer versie 7.0. Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014. Januari 2014.
- CIZ Zorgzwaartepakketten GZ (2013), ZZP4 LVG, ZZP 5 LVG en ZZP SG LVG.
- CIZ. Handreiking bij werkinstructie Indiceren Jeugd-GGZ 2013.
- CIZ en CVZ (2013). Memo aan Leden kerngroep ZZP-Onderhoud. ZZP-onderhoud 2013-2013: Onderscheid LVG04-LVG05-SGLVG.
- CIZ. Bijlage bij mail 13 februari 2014 over SGLVG indicatie voor jongeren < dan 18 jaar.
- De Borg (2007). Vier jaar onderzoek de Borg 2003-2007.
- CVZ (2013 a) Gebruikersgids jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.
- CVZ (2013 b) Gebruikersgids mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische aandoeningen (SGLVG-behandeling).
- CVZ en NZa (2013). Memo aan VWS. Onderwerp: Wmo/Jeugdwet/Kern-AWBZ: LVG4/LVG5/SGLVG-cliënten. 22 juli 2013.
- Enquête onder zorgaanbieders die LVG4, LVG5 en SGLVG zorg aanbieden.
- Hesper, B.L. en K.H. Driescher (2013) effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007-2012. De Borg.
- Interviews met deskundigen op het gebied van indicatiestelling en instroom.
- NZa (2013). Beleidsregel CA-300-579. Prestatiebeschrijvingen en tarieven. zorgzwaartepakketten. Bijlage 8 bij circulaire CARE/AWBZ/13/05c.
- NZa (2013). Memo aan ZZP-Onderhoud. Onderwerp: SGLVG; inhoud zorgverlening. 17 april 2013.
- NZa (2013). Memo aan Kerngroep ZZP-Onderhoud. Onderwerp: Samenhang LVG 4/LVG 5/SGLVG; tijdelijke oplossing 2014. 31 mei 2013.
- NZa (2013). Verslag tijdelijke oplossing meerzorg. 20 juni 2013.
- NZa (2013). Memo Onderwerp: Samenhang LVG4/5/SGLVG. 8 november 2013.
- NZa (2013). Memo van ZZP-Onderhoud. Onderwerp: Verslag werkbezoek Gesloten Kliniek Wier, onderdeel Altrecht. 8 november 2013.
- NZa. ZZP Onderhoudsagenda 2012-2013.
- NZa (2012). Verantwoordingsdocument spoedzorg in de AWBZ. Juli 2012.
- Protocol uitvoering regeling meerzorg 2014.
- VOBC (2014). Visiedocument J-SGLVG. Bakker i.o.v. VOBC, 24 jan. 2014.
- VOBC (2013). Verslag: overleg inhoudelijk deskundigen n.a.v. screening cliënten t.b.v. landelijke inkoop. Donderdag 7 november, Ermelo.
- VOBC (2012). Typering doelgroep jLVG met complexe, meervoudige problematiek en beschrijving benodigd behandelaanbod. Juli 2012.
- VOBC. Gemeenten en gespecialiseerde J-LVB-zorg. Bijlage bij VGN Memo.
- Expertisecentrum de Borg. Indicatiecriteria SG LVG, Website Expertisecentrum de Borg.
- VGN. Memo aan NZa. Kerngroep ZZP onderhoud. Onderwerp: onderhoudspunt LVG 4/5. 19 maart 2013.
- VGN. Bijlage 2 Notitie Meerzorg.
- VGN. Formulier indiening onderhoudspunten Zorgzwaartebekostiging.
- VGN. Memo. Doelgroep verstandelijk gehandicapten. Bijlage 2 bij Ledenbrief zorgzwaartebekostiging.
- VGN. (SG)LVG, Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen.
- VGN. Factsheet: gehandicaptenzorg van AWBZ naar Jeugdwet.



- VNG. (2014). Landelijk Transitiearrangement 2015. Definitief.
- VNG. Transitie VNG initiatief landelijke afspraken inkoop (juni 2013).
- Weggemans, A. (2013). Onderscheid LVG4 / LVG5 / SGLVG. Keuzestage master. geneeskunde. UMCU, stageplek Nederlandse Zorgautoriteit, november 2013.



## Bijlage 2 **Afkortingenlijst**

CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
LVG	Licht verstandelijk gehandicapt
SGLVG	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VOBC	Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra
ZiNL	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZZP	Zorgzwaartepakket

