

TRANSPARANTIE BEHANDELING LANGDURIGE GEHANDICAPTENZORG

**Logica, praktijkvariatie en
toekomstdromen**

**Door Dr. Relinde de Koeijer-Gorissen en Dr. Yolande Witman
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
Definitieve versie 3 maart 2025**

INHOUD

Managementsamenvatting	3
1. Opzet beleidsonderzoek	6
1.1. Aanleiding beleidsonderzoek	6
1.2. Vraagstelling beleidsonderzoek	7
1.3. Afbakening beleidsonderzoek	7
1.4. Stappen in het beleidsonderzoek	7
1.5. Deelnemende organisaties	9
2. Logica van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg	10
2.1. Achtergrond logica	10
2.2. Drie sociale regels	11
2.3. Wringende logica's en de definitie van behandeling	13
2.4. Reflecties naar aanleiding van de logica	14
3. Een inkijk in de praktijk van behandeling langdurige gehandicaptenzorg	16
3.1. We noemen het anders, maar bedoelen vaak hetzelfde	16
3.2. Er is praktijkvariatie	16
3.3. Verschillende perspectieven op praktijkvariatie	18
3.4. Nieuwe taal voor praktijken van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg	19
4. Anders en slimmer organiseren	24
4.1. Taakdifferentiatie en taakherschikking	24
4.2. Preventie	25
4.3. Technologie	26
4.4. Stepped care	26
Literatuurlijst	29
Lijst met afkortingen	31
Bijlagen 1 Vignet EMB	32
Bijlagen 2 Vignet EVB	33
Bijlagen 3 Vignet LVB	34
Bijlagen 4 Vignet LVB	35
Bijlagen 5 Vignet NAH	36
Bijlage 6 Format voorbereidende opdracht focusgroep 1	37
Bijlage 7 -I Format voorbereidende opdracht focusgroep 2 – inhoudelijk experts	42
Bijlage 7-II Format voorbereidende opdracht focusgroep 2 – managers	48
Bijlagen 8 t/m 12 – praatplaten focusgroepen januari 2024	52
Bijlage 13 - Overzicht financiering van prestaties per leveringsvorm/woonsetting conform beleidsregels	77
Bijlagen 14 t/m 20 – praatplaten focusgroepen april 2024	79

Management samenvatting

Dit beleidsonderzoek is bedoeld om inzicht te geven in de behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg. Drie vragen stonden centraal tijdens het beleidsonderzoek:

- a. Welke verschillen in de vormgeving van behandeling tussen organisaties zijn er (inzet van professionals, inrichting van het proces van behandeling en de preventie ervan)?
- b. Wat zijn achterliggende redenen hiervoor, zoals verschillen in zorg- en behandelvisie en in wijze van uitvoering?
- c. Welke scenario's/ toekomstvarianten voor het slim organiseren van behandeling zijn denkbaar?

Logica, een eigen manier van kijken

Voordat we ingaan op het beantwoorden van de drie vragen, viel in de resultaten *ten eerste* op dat de gehandicaptenzorg een geheel eigen manier van kijken (logica) heeft. Deze logica is in drie sociale regels gevat:

1. De mens met een beperking als mens zien, dat ondersteuning nodig heeft om zijn behoeften te vervullen; dus breed kijken naar de cliënt¹, diens behoeften en context.
2. Verschillende perspectieven van betrokkenen als kennisbronnen zien. Dit betekent ook samen kijken om een volledig beeld te kunnen krijgen.
3. Zich samen verantwoordelijk zien voor de zorg en het welzijn van de cliënt. Dit is een gezamenlijk proces om te doen wat nodig is.

Deze logica is in lijn met de VGN leidraad² voor behandeling: het is gericht op het individu (1-op-1 behandeling), op de leefsituatie (mediërende as) en het leefklimaat van de cliënt³. Ook is deze logica herkenbaar in de visies van behandelmethodes zoals Triple-C, LACCS en Programma Perspectief waarin niet het probleemgedrag of de stoornis het uitgangspunt vormen, maar menselijke behoeften en een goed leven in brede zin. Ook past de logica goed bij het gedachtegoed van positieve gezondheidszorg (Huber et al., 2011).

Tegelijkertijd wringt de logica van de gehandicaptenzorg deels met de formele landelijke kaders van aanspraak (NZa) en pakketbeheer (ZIN). Hierin is de 1-op-1 behandeling die aansluit bij de logica van de medische wereld bepalend. De mediërende as en het leefklimaat – volgens de interne logica het grootste aandeel in de gehandicaptenzorg – passen hier niet in (en dus ook niet in de financieringsstructuur). De behandeling in de andere assen blijft daarom in de formele kaders buiten beeld en is daarmee niet transparant.

Om wringende logica's met elkaar te verbinden, zoals bij financieringsvraagstukken, worden in de praktijk oplossingen gevonden. Men voldoet aan de eisen van de buitenwereld maar de organisatie gaat er zodanig mee om, dat de logica van het primaire proces niet in gevaar komt (*losjes gekoppelde systemen*) toch te doen wat nodig is voor de cliënt.

¹ Waar we cliënt zeggen bedoelen we mens(en) met een beperking. We kiezen voor cliënt gelet op leesbaarheid en omdat deze term consistent is met documenten zoals gedeeld en opgesteld gedurende het onderzoekstraject.

² Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg, onderdeel van Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg.

³ Publicatie 'Behandeling binnen de langdurige gehandicaptenzorg' (2022), opgesteld door BPSW, NVLF, ergotherapie Nederland, NVO, NIP, VvOCM, NVAVG, V&VN, NVD, NVFVG en VGN.

De eigen manier van kijken (logica) in de gehandicaptenzorg is van belang bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen, omdat het meer inzicht en duiding geeft aan begrippen als praktijkvariatie en transparantie.

Onderzoeksvragen 1 en 2: verschillen in vormgeving van behandeling tussen organisaties en achterliggende redenen

Uit de resultaten blijkt *ten tweede dat de* overeenkomsten tussen organisaties groter zijn dan de verschillen. Er is veel overeenstemming over welke behandeling nodig is voor cliëntgroepen. Ook hier geldt: als in de praktijk een bepaalde behandeling niet haalbaar is, zoeken organisaties naar creatieve oplossingen om de benodigde zorg te kunnen bieden. Ondanks deze gelijkenissen is er ook sprake van praktijkvariatie tussen organisaties. Context- en systeemvariabelen bepalen in belangrijke mate deze variatie, zoals de factoren: organisatievorm, historie, visie, kwaliteit van het team en schaarste aan mensen en middelen. Bovendien ontstaat er ongelijkheid doordat er historisch bepaalde plekken zijn met en zonder behandeling. Op deze plekken verblijven (in indicatie en aanspraak) vergelijkbare cliënten. Dit is een belangrijk punt van zorg.

Twee perspectieven op praktijkvariatie komen naar voren in dit beleidsonderzoek. Voor kwaliteit van zorg kan praktijkvariatie gezien worden als gewenst (noodzaak van maatwerk) en als ongewenst (gebrek aan standaardisatie). NZa en ZIN benadrukken met name ongewenste gevolgen van praktijkvariatie. Dit is passend bij de logica waarin met name de 1-op-1 behandeling de definitie van behandeling vormt. In een dergelijke setting is standaardisatie en geprotocolleerd werken meer van toepassing. Respondenten benadrukken daarnaast het gewenste aspect van praktijkvariatie en koesteren het maatwerk dat past bij de logica van de gehandicaptenzorg: men kijkt breed naar de behoeften van de cliënt, vanuit meerdere perspectieven.

Onderzoeksvraag 3: scenario's/ toekomstvarianten voor het slim organiseren van behandeling

Tenslotte is *een derde resultaat van dit beleidsonderzoek* het inzicht dat er volop succesvolle initiatieven in de langdurige gehandicaptenzorg zijn op het vlak van anders organiseren van zorg en ondersteuning. De bedoeling hiervan is om het hoofd te bieden aan vraagstukken als arbeidsmarkttekorten, toenemende complexe zorgvragen en steeds ouder wordende cliënten. Dit “anders organiseren” is onder meer te herkennen aan taakdifferentiatie en taakherschikking, inzet van technologie, meer aandacht voor preventie en *stepped care*. Ook hebben deelnemers dromen voor de toekomst; zoals meer ondersteuning voor de cliënt en diens netwerk (denk aan cliëntondersteuners en maatschappelijk werkers) om probleemgedrag bij cliënten te verminderen, overbelasting van naasten te voorkomen en het netwerk langer vitaal te houden. Daarnaast blijkt dat technologie beter onderzocht en ingezet kan worden, iets waar in de toekomst aandacht voor moet blijven. Het uitwisselen van succesvolle initiatieven bleek verrijkend voor deelnemers en zou in de toekomst meer vorm en inhoud kunnen krijgen.

Ten slotte spreken organisaties de ambitie uit om behandeling zo te organiseren dat er minder inzet op het professioneel vlak nodig is en er een verschuiving is richting het systeem/netwerk van de cliënt. Hier valt ook zogenoemde ‘informele zorg’ onder. In dat opzicht past de logica van de gehandicaptenzorg bij de toenemende beweging in de zorg in het algemeen: de beweging richting ondersteuning van cliënten in hun systeem. Beleidskaders zoals de hoofdlijnakoorden en het kader Passende Zorg stimuleren deze beweging.

Hoofdconclusie

Behandeling in de logica van de gehandicaptenzorg gaat over breed kijken naar de cliënt, vanuit meerdere kennisbronnen, en is een gezamenlijk proces. Deze behandeling is in grote mate gericht op de leefsituatie en het leefklimaat van de cliënt. Uit dit beleidsonderzoek blijken praktijkvariatie en transparantie geen neutrale en eenduidige begrippen. Zo kan praktijkvariatie zowel gewenst (noodzaak van maatwerk) als ongewenst (gebrek aan standaardisatie) zijn. Transparantie kent ook vele betekenissen. Waar transparantie te maken heeft met kennis uitwisselen en van elkaar leren, heeft het waarde voor de praktijk van behandeling. Waar transparantie de lading heeft van standaardiseren en verantwoorden, werkt het in de praktijk van de gehandicaptenzorg vaak als perverse prikkel en creëert dan een schijnwerkelijkheid, omdat behandeling in deze sector met name een kwestie is van maatwerk.

Hoe verder?

Om verschillende manieren van kijken (logica, praktijkvariatie en transparantie) met elkaar te verbinden kan nieuwe taal helpen. Dit beleidsonderzoek inspireerde tot drie nieuwe typeringen voor het organiseren van behandeling, gebaseerd op literatuur⁴ in een vergelijkbare context: silo, keten en ecosysteem.

Type behandelpraktijken	Omschrijving
Silo	Losstaande, kortdurende diagnostiek, beeldvorming en behandeling vanuit eigen discipline en doel
Keten	Geïntegreerde praktijken van behandeling en begeleiding met een doorlopend (levensloop) karakter vanuit meerdere disciplines voor een cliëntgroep
Ecosysteem	Faciliteren van behandelpraktijken door verschillende actoren (formeel en informeel) in het leefsysteem van cliënten

Silo praktijken sluiten aan bij de logica van de medische wereld en de systematiek van de Zvw. Keten praktijken passen bij de logica van de gehandicaptenzorg en wringen met de systematiek van de Zvw. Zoals eerder gezegd; een silo systematiek van bekostiging (zoals Zvw) leidt niet tot echte transparantie in keten praktijken en creëert dan een schijnwerkelijkheid. De gehandicaptenzorg beweegt zich steeds meer naar ecosysteem praktijken, die bestaan uit een mix van formele en informele zorg. In deze praktijken is maatwerk de norm en dat vraagt opnieuw nadenken over transparantie en daarbij behorende beleidsinstrumenten. Het advies aan gehandicaptenzorgaanbieders en haar stakeholders (systeempartijen zoals de NZa, ZIN en VWS, beroepsverenigingen, cliënt- en naasten organisaties) is om regelmatig door de bril van silo, keten- en ecosysteem praktijken te kijken bij het bepalen van toekomstbestendige maatregelen voor transparantie. Deze drie typeringen kunnen helpen om de verschillende manieren van kijken te verbinden, om vervolgens gezamenlijk te komen tot passende maatregelen voor transparantie. En te besluiten welke praktijkvariatie vraagt om meer standaardisatie en welke variatie noodzakelijk is omdat het waardevol maatwerk biedt in de langdurige gehandicaptenzorg.

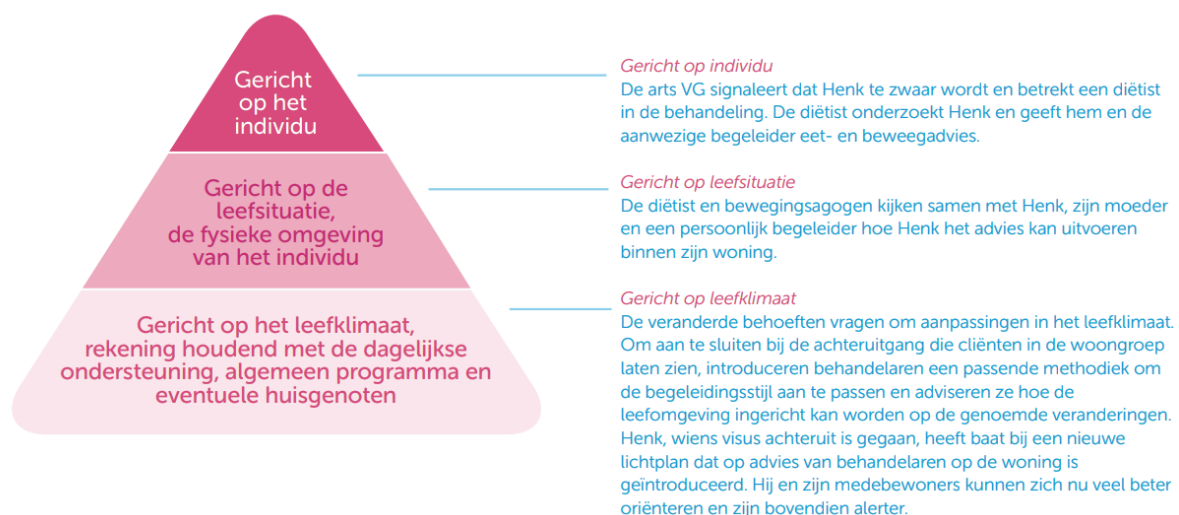
⁴ Onder andere gebaseerd op Colldén et al., 2021 en Sinsky et al., 2021.

1. Opzet beleidsonderzoek

1.1. Aanleiding beleidsonderzoek

De aanleiding van dit beleidsonderzoek was dat de VGN graag beter inzicht wilde in hoe VGN-leden verschillend invulling geven aan (preventie van) behandeling in haar gelaagdheid (zie figuur 1), qua zorginhoudelijke organisatie en qua bekostiging (d.w.z. deels vanuit de Wlz en deels vanuit de Zvw). M.a.w. er bestaat de behoefte om het verschil in inzet van professionals⁵ (inclusief tijdsinvestering en van waaruit dit wordt bekostigd) en verschillende vormen van de organisatie van behandeling bij een vergelijkbare cliëntpopulatie beter in beeld te brengen. Een aanvullende aanleiding voor dit onderzoek heeft te maken met de voorwaarde die voormalig minister Helder van VWS heeft gesteld bij het niet overhevelen van behandeling naar de Zvw, namelijk dat er geen ongelijkheid in behandeling voor cliënten mag ontstaan doordat er historisch bepaalde plekken zijn met en zonder behandeling.

Figuur 1. Toelichting op behandeling langdurige gehandicaptenzorg⁶



Het verkrijgen van meer inzicht is belangrijk voor zowel de korte als de langere termijn. De NZa heeft in een advies over de positionering van behandeling in de Wlz⁷ aangegeven dat de knelpunten rond de inzet van schaarse behandelcapaciteit vragen om scherpe keuzes in de Wlz waarop de bekostiging moet aansluiten. Met het oog op politieke besluitvorming vindt de VGN het van belang op korte termijn de huidige situatie in beeld te brengen om zo regie te nemen in het transparanter maken van (preventie van) behandeling. Op basis van het huidige beeld worden scenario's voor slim organiseren ontwikkeld (fase 1) en vervolgens wordt er met het anders

⁵ In de gehandicaptensector werken diverse beroepsgroepen, zoals: begeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen VG, paramedici en gedragsdeskundigen. Als we over professionals spreken, bedoelen we iedereen die binnen de gehandicaptenzorg professionele ondersteuning, begeleiding of behandeling biedt op (para)medisch, verpleegkundig, pedagogisch of agogisch vlak (Handreiking ondersteuningsplannen, 2023). Op het moment dat de tekst specifiek van toepassing is op bijvoorbeeld begeleiders of behandelaren, hanteren we die specifieke termen.

⁶ Publicatie 'Behandeling binnen de langdurige gehandicaptenzorg' (2022), opgesteld door BPSW, NVLF, ergotherapie Nederland, NVO, NIP, VvOCM, NVAVG, V&VN, NVD, NVFVG en VGN.

⁷ [NZa advies over positionering van behandeling voor Wlz-cliënten | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland \(vgn.nl\)](https://www.vgn.nl/nza-advies-over-positionering-van-behandeling-voor-wlz-cliënten-|Vereniging-Gehandicaptenzorg-Nederland)

organiseren van behandeling in de Wlz geëxperimenteerd (fase 2, buiten scope). Daarmee draagt dit beleidsonderzoek ook op de langere termijn bij aan duurzame opbrengsten voor de deelnemende organisaties en aan een verbetercyclus.

1.2. *Vraagstelling beleidsonderzoek*

Inzicht krijgen in:

- a. De verschillen in de vormgeving van behandeling tussen organisaties, d.w.z. in inzet van professionals en de inrichting van het proces van behandeling en de preventie ervan;
- b. De achterliggende redenen hiervoor, zoals verschillen in zorg- en behandelvisie en in wijze van uitvoering;
- c. Scenario's/ toekomstvarianten voor het slim organiseren van behandeling.

1.3. *Afbakening beleidsonderzoek*

Er zijn veel doelgroepen en veel verschillende behandelingen binnen de gehandicaptenzorg - sector. Afbakening is daarom van belang. Voor dit beleidsonderzoek is gekozen voor VG-5 t/m VG-8 en LG 5 t/m LG 7 met daarbinnen een focus op vijf groepen met onderscheiden kwetsbaarheden (leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg, 2023):

1. Mensen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB): accent op gecombineerde fysieke- en mentale kwetsbaarheid;
2. Mensen met ernstige verstandelijke beperkingen (EVB): accent op mentale kwetsbaarheid;
3. Mensen met lichte verstandelijke beperkingen (LVB): accent op maatschappelijke kwetsbaarheid;
4. Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen (LB): accent op fysieke kwetsbaarheid;
5. Mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH): accent op kwetsbaarheid vanwege een breuk in de levenslijn.

Binnen de cliëntgroepen is een aantal achtergrondvariabelen van belang. Namelijk onderscheid naar de specifieke organisatievorm bij aanbieders met verblijf: met behandeling, -zonder behandeling en zowel met als zonder behandeling (m.a.w. gemengd). Aanvullend ook onderscheid naar bijv. behandelaanbod in 2e en 3e lijn. Deze achtergronden leidden niet tot differentiatie in vignetten⁸, deze achtergrondvariabelen werden meegenomen per cliëntgroep.

1.4. *Stappen in het beleidsonderzoek*

Het betrof een kwalitatief beleidsonderzoek met een doorlooptijd van sept 2023-sept 2024. Er zijn zeven stappen doorlopen in het beleidsonderzoek, namelijk:

0. Deskresearch van sleuteldocumenten (aug – sept 2023).
1. 12 semigestructureerde startgesprekken met sleutelfiguren binnen de VGN, relevante beroepsverenigingen, cliëntverenigingen, academische werkplaatsen, ZIN en de NZa, met als resultaat concept vignetten (sept – okt 2023).

⁸ Een vignet is een korte beschrijving van een fictieve casus, aan de hand waarvan bij de verschillende organisaties wordt uitgevraagd welke inzet aan behandeling wordt gedaan (betrokken professionals en tijdsinzet). Ook wordt aangegeven of en wanneer een huisarts wordt betrokken (tijdsinzet hiervan is beperkt te achterhalen, mogelijk alleen bij huisartsen die onder contract van de zorgorganisatie werken). Het vignet wordt opgesteld door beroepsverenigingen / stakeholders en in de klankbordgroep getoetst als start van de focusgroepen.

2. Valideren uitkomsten startgesprekken en verrijken en vaststellen definitieve vignetten met klankbordgroep, bestaande uit een afvaardiging van NIP, NVAVG, NVO, V&VN, BPSW, VGN(-leden) en leder(in) (okt 2023).
3. 5 Focusgroepen – IST-situatie (jan 2024) voor de cliëntgroepen van EMB, EVB, LVB, LVB+ en NAH. De cliëntgroep LB is niet gestart, omdat het aantal deelnemers te gering bleek. Deelnemers waren inhoudelijke experts (behandelaren), managers zorg/behandeling en stafmedewerkers vanuit een gevarieerd samengestelde groep van 10 leden van de VGN (convenience sampling). Bij het samenstellen van de groep is gelet op diversiteit in bijvoorbeeld grootte van de organisatie, organisatievorm en visie. Vooraf beschreven deelnemers per vignet de huidige ingezette behandeling voor zowel 1-op-1, mediërend als leefklimaat (zie bijlagen 1 t/m 5). De voorbereiding werd samengevat in praatplaten (zie bijlagen 8 t/m 12), waarin praktijkvariatie en achterliggende redenen hiervoor werden geëxpliciteerd. Let wel: bijlagen 8 t/m 12 waarin per cliëntgroep behandeling is geëxpliciteerd, zijn geen letterlijke weergave van de werkelijkheid, maar gebruikt om te komen tot inzichten op het vlak van praktijkvariatie en transparantie van behandeling.
4. Valideren en verrijken uitkomsten IST-focusgroepen met klankbordgroep (jan 2024).
5. Focusgroepen – SOLL-situatie (april 2024). Er hebben vijf focusgroepen, gekoppeld aan de vignetten, plaatsgevonden met inhoudelijk experts (behandelaren). Aanvullend heeft er een focusgroep plaatsgevonden met managers zorg/behandeling. Het onderscheiden van het zorginhoudelijke perspectief van het bedrijfskundig perspectief op anders en slimmer organiseren helpt om beide invalshoeken goed te exploreren. Ook voor deze focusgroepen kregen deelnemers vooraf vragen te beantwoorden. De uitkomsten van de focusgroepen zijn samengevat in praatplaten (zie bijlagen 14 t/m 20).
6. Eindpresentatie (juli 2024) in een beleidsonderzoeksrapport.
7. Reviewronde onder alle deelnemers aan de focusgroepen, klankbordgroep, betrokkenen vanuit de VGN en onderzoekers aan de Erasmus Universiteit.
8. Online buitenring bijeenkomsten op twee momenten (maart en september 2024) waar (tussen)resultaten zijn gedeeld, getoetst en verrijkt. Aanwezig waren (1^e sessie: 50 personen, vooral managers, 2^e sessie: 20 personen, zowel professionals, managers als vertegenwoordigers van beroepsverenigingen)

Alle interviews en focusgroepen zijn met toestemming opgenomen, getranscribeerd en door beide onderzoekers gecodeerd, met behulp van het proces van axiaal coderen en zorgvuldig geselecteerde illustratieve citaten (Williams & Moser, 2019; Saldana, 2021).

1.5. Deelnemende organisaties

Nummer organisatie	Focusgroepen EMB	Focusgroepen EVB	Focusgroepen LVB	Focusgroepen LVB+	Focusgroepen NAH
1	Gedragsdeskundigen Beleidsmedewerker	Gedragsdeskundige Beleidsmedewerker	Coördinator kennisteam Manager expertise	Gedragsdeskundigen Beleidsmedewerker	
2		Orthopedagoog Beleidsadviseur	Gedragsdeskundige Hoofd behandeling		
3		Gedragswetenschapper Teammanager	Gedragsdeskundige Teammanager	Gedragsdeskundige Teammanager	
4	Gedragsdeskundige Orthopedagoog Teammanager	Gedragsdeskundige Sr beleidsmedewerker	Gedragsdeskundige Sr beleids- medewerker	Gedragsdeskundige Orthopedagoog Sr beleidsmedewerker	
5	Gedragswetenschapper Manager zorg			Gedragswetenschapper Manager	Gedragswetenschapper Manager
6	Gedragsdeskundige Manager				
7			Gedragsdeskundige Manager	Gedragsdeskundige Manager	Gedragsdeskundige Manager
8	Orthopedagoog Manager primair proces	Orthopedagoog Manager	Orthopedagoog Manager primair proces	GZ-psycholoog Manager primair proces	
9	Gedragsdeskundige Manager zorg		Gedragsdeskundige Zorgmanager		Gedragskundige Manager expertise

Hoofdstuk 2 biedt inzicht in de logica van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg, Hoofdstuk 3 geeft een inkijk in de praktijk van behandeling en hoofdstuk 4 gaat in op anders en slimmer organiseren in de langdurige gehandicaptenzorg.

2. Logica van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg

In dit hoofdstuk staan we stil bij de logica in de gehandicaptenzorg. In de deskresearch en startgesprekken schemerde er een specifieke manier van kijken naar ‘behandeling’ door. Deze manier van kijken werd nog duidelijker in het werken met de onderzoeksgroepen rond de vignetten en is als onderliggende grammatica, als logica van deze wereld, belangrijk om te expliciteren als we spreken over behandeling.

2.1. Achtergrond logica

Bij het spreken over de logica van een bepaalde wereld verwijzen we naar een sociologische manier van kijken. Als referentiekader gebruiken we hiervoor het begrippenkader van de Franse socioloog Pierre Bourdieu. Zijn belangrijkste concepten zijn veld, habitus en kapitaal (Bourdieu, 1977). Een bepaald veld, een bepaalde wereld kenmerkt zich door een eigen interne logica. Een veld refereert naar de zichtbare externe structuren, de formele en geëxpliciteerde kenmerken. In de wereld van de gehandicaptenzorg in Nederland gaat het dan bijvoorbeeld over de verschillende soorten organisatiestructuren en hun geëxpliciteerde visies; de landelijke, politieke en financiële kaders; de geformuleerde competenties en protocollen en richtlijnen van de verschillende beroepsopleidingen van de professionals; de geformuleerde visie van de VGN op Behandeling in de Wet langdurige zorg, voor mensen met een beperking (VGN, Position Paper 2018).

De interne logica maken de inwoners van die betreffende wereld zich eigen in een socialisatieproces door in die wereld te werken en te worden opgeleid zoals begeleiders en behandelaren. Mensen leren dan niet alleen dat wat zwart op wit staat, zoals de formele kaders, processen en competenties zoals beschreven in het formele curriculum, maar ook de ongeschreven regels, de eigen logica van die wereld. In dit socialisatieproces, ook wel het verborgen curriculum genoemd, komt de habitus tot stand. De habitus is een systeem van sociale regels. Bourdieu spreekt van disposities: duurzame schema’s van waarneming en waardering die aanzetten tot praktisch handelen en daar richting aan geven. Je maakt je een specifieke manier van kijken in die wereld eigen, je leert wat daarbij van waarde is (kapitaal) en handelt op basis daarvan. Deze sociale regels van de habitus zijn in zekere zin vergelijkbaar met de *basic underlying assumptions* zoals Schein die definieert: de basale, onderliggende vooronderstellingen die de ultieme bron van waarden en handelen vormen, en dus meer zijn dan attitudes of normen en waarden (Schein, 1992). De sociale regels functioneren als een soort interne grammatica. Je doet als vanzelfsprekend wat er gedaan moet worden, en wat niet. Uit gemeenschappelijke omstandigheden kan een gemeenschappelijke habitus ontstaan, zoals een specifieke beroepsidentiteit (habitus) als tweede natuur, die deels onbewust is (Elias 2001). Hierdoor kunnen individuen in een bepaalde wereld hun praktijken in harmonie op elkaar afstemmen, zonder expliciete norm en zonder directe interactie met elkaar: volgens de vanzelfsprekende gemeenschappelijke logica van de betreffende wereld. Zo blijkt uit studies dat de uitkomsten van het socialisatieproces in de medische wereld ondanks de verschillen in tijd (van 1961 tot 2007) en plaats (Engeland, Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland, Israël en Nederland), grote overeenkomsten vertonen, over grenzen van landen en organisaties heen (Witman, 2007). Socialisatie is dan ook te beschouwen als een vorm van sociale controle (Windolf, 1981).

Een gemeenschappelijke habitus voorkomt geen interne competitie, integendeel (Bourdieu, 1990). Iedereen streeft naar het schaarse kapitaal en verschillen roepen jaloezie en competitie op. Welke discipline of welke organisatie kan het beste deze cliëntengroep behandelen? De strijd binnen een wereld gaat over hetzelfde kapitaal: aan de strijd ligt een gemeenschappelijke

overeenstemming ten grondslag over wat – als vanzelfsprekend - de moeite waard is in die wereld. In de strijd tússten verschillende werelden, met verschillende logica's, strijden de eigenaren van verschillende soorten kapitaal over welk kapitaal en welke logica – als legitimerend principe van een specifieke wereld – zal domineren, en daarmee welke wereld. Het kan bijvoorbeeld gaan om de waarden van rivaliserende soorten kapitaal, zoals die van professionals en managers (Noordegraaf en Schinkel, 2011).

De sociale regels die samen de gemeenschappelijke habitus vormen, bepalen dus als interne logica hoe mensen in een bepaalde wereld staan: de manier waarop zij waarnemen, waarderen, denken en handelen. Uit onze data – zoals opvattingen, discussies, beschrijvingen van praktijken in de individuele en groepsgesprekken - herleiden we in de volgende paragraaf (2.2) een drietal sociale regels, onderdeel van de interne logica in de gehandicaptenzorg. In paragraaf 2.3 bespreken we het wringen van logica's en in 2.4 besluiten we met enkele reflecties.

2.2. Drie sociale regels

We hebben uit de data drie sociale regels gedestilleerd. Allereerst is breed kijken naar de cliënt een belangrijk principe.

Sociale regel 1: De mens met een beperking als mens zien, dat ondersteuning nodig heeft om zijn behoeften te vervullen

Dit kijken is dus niet alleen symptoom- en stoornisgericht; de behoeften in brede zin moeten opgespoord worden om de cliënt te ondersteunen bij het leiden van een menswaardig bestaan. De nabije context waarin iemand functioneert – het netwerk / naasten, de woongroep en dagbesteding – en de preventie van (verdere) escalatie moeten daarin dan ook worden meegenomen.

*“Je kijkt altijd naar die context. Want een cliënt is altijd onderdeel van die context”
(professional focusgroep 1 LVB).*

“Vooral vanuit het gedachtegoed van Triple-C kijken we welke basale behoeften van deze cliënt nou wel vervuld zijn en welke niet. Dat nemen we als uitgangspunt om ook te kijken naar wat er eventueel aan specifieke behandeling ingezet moet worden. Dus dat is eerst breed kijken...” (professional focusgroep 1 EVB).

“Dat er ook wel gekeken wordt waar deze problematiek vandaan komt. En hoe je daar zinvol betekenis aan kunt geven. Bijvoorbeeld aan beweging en dagbesteding zodat je dit soort gedragsuitingen gaat voorkomen, gaat vervangen.... Dat er heel integraal gekeken wordt (...) veel breder dan alleen de verslavingsproblematiek die op de voorgrond leek te staan” (professional focusgroep 1 LVB+).

Er wordt gekeken naar wat de cliënt nodig heeft, en niet zozeer naar de 'stempel' die hij gekregen heeft. Daarin worden bijvoorbeeld methodieken gebruikt om de verschillende domeinen van het leven in kaart te brengen om iemand beter te leren kennen, om de mens als totaal te zien.

Sociale regel 2: Verschillende perspectieven van betrokkenen als kennisbronnen zien.

Breed kijken brengt met zich mee dat je samen moet kijken en meerdere perspectieven / domeinen als kennisbronnen nodig zijn om het totale beeld te kunnen zien. Dat betekent zowel

de wetenschappelijke referentiekaders van de verschillende behandel disciplines als de kennis en ervaring van begeleiders en naasten:

“We zien het hele beeld van de cliënt. Waar zitten de puzzelstukjes die we nog missen? En hoe kunnen we die beantwoorden als we die belangrijk vinden?” (manager focusgroep 1 NAH).

“Ik denk dat je eigenlijk eerst met elkaar in gesprek moet gaan rondom deze cliënt met het team (...) De beeldvorming überhaupt in kaart brengen en kijken wat iemands behoeften zijn en wat iemand nodig heeft” (professional focusgroep 1 LVB).

Het MDO (multidisciplinair overleg) wordt soms al bij het begin gebruikt om gezamenlijk de cliënt in beeld te brengen. Afhankelijk van de situatie kunnen disciplines betrokken worden als logopedie, fysiotherapie, medische disciplines (zoals arts VG, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, huisarts), ergotherapie, gedragsdeskundige, verpleegkunde, vaktherapie en begeleiders.

Sociale regel 3: Zich samen verantwoordelijk zien voor de zorg en het welzijn van de cliënt. Dit is een gezamenlijk proces om te doen wat nodig is.

Ook na de beeldvorming voelen professionals zich samen verantwoordelijk om de cliënt te behandelen en te begeleiden en kunnen meerdere disciplines worden betrokken. De meervoudige blik in een gezamenlijk gesprek over wat het goede is om te doen vanuit het perspectief van de cliënt, leidt tot een geïntegreerd beeld en behandelplan. Waarvoor men zich samen verantwoordelijk voelt om te doen wat nodig is. Ook bij de oplossingsrichtingen speelt dan de brede context – zoals woongroep, team begeleiders, dagbesteding, naasten, behandelaars – een rol en zijn de behoeften van de cliënt leidend. Met de 1-op-1 behandeling als (klein) onderdeel daarvan. Beeldvorming, uitvoering, begeleiden en monitoring van behandeling wordt als een breed, integraal proces gezien.

“Wij hebben het uitgangspunt dat wat de cliënt nodig heeft, wij proberen te bieden. Dus je gaat echt gewoon kijken naar de cliënt en waar zijn behoeften liggen en aan welke knop de cliënt in beginsel wil draaien. Op basis daarvan zetten wij de behandeling in ...” (manager focusgroep 1 LVB+).

“Maar het uitgangspunt is, dat wij proberen om de context toe te rusten op de veranderende situatie” (...)” Ik vind dat eigenlijk wel het belangrijkste (...) “Je kijkt eigenlijk altijd wat er nodig is bij deze cliënt” (manager focusgroep 1 LVB).

Deze brede en gezamenlijke manier van kijken leverde in de focusgroepen veel discussie op over de definitie van behandeling. Uit de gesprekken wordt duidelijk dat behandeling veel meer inhoudt dan de 1-op-1 behandeling. Behoeften en kwaliteit van leven van cliënten zijn uitgangspunten voor behandeling, waarbij behandeling en begeleiding vaak met elkaar verweven zijn en het zwaartepunt ligt in het dagelijks leven van de cliënt (mediërend en leefklimaat).

“Volgens mij zie je daar ook het mogelijke verschil in visie van organisaties. Of je je nou gaat focussen op de problematiek, de aandoening die er ligt. Dus op de vraagstelling. Of zit het veel meer op het gewone leven? Dan kom je uit bij zinnvolle dagbesteding. Dus op de

andere kant van het verhaal. Wij hadden heel veel discussie met elkaar over waar je eigenlijk begint met behandelen” (manager focusgroep 1 LVB+).

“En wij hebben grotendeels verblijven met behandeling. Dus daar vindt het grootste gedeelte van de behandeling plaats. Ook als iemand een één op één behandeling krijgt, moet dan iemand op de woonplek daar verder op doorgaan. Want wat is een uurtje therapie zeg maar? Dus dat is wat bij mij wel echt het grootste eruit springt” (professional focusgroep 1 LVB).

“Het is lastig om het te scheiden; ik denk ook dat wij ons als sector in het verleden te kort hebben gedaan door te zeggen wij behandelen niet we begeleiden alleen maar. Ik vind het wel degelijk behandeling wat wij doen, maar het is niet van ‘het is een kortdurende behandeling en het is klaar’, het loopt door. Maar het mag wat mij betreft wel behandeling heten. We doen het met veel vakspecialisten bij elkaar” (professional focusgroep 1 EMB).

De verwevenheid van behandelen en begeleiden raakt aan de verwarring rond de definitie van behandelen vanuit de logica van verschillende werelden. Dit bespreken we in de volgende paragraaf.

2.3 *Wringende logica's en de definitie van behandelen*

De verwevenheid van behandelen en begeleiden wordt ook als de bron voor het gebrek aan transparantie gezien:

“Vanuit de {brede} blik ga je aan de slag. Wat is de mediërende behandeling en wat is het leefklimaat en dat is allemaal nodig. Het is bijna niet op te knippen wat we willen om transparant te zijn. Ik vraag me steeds af in hoeverre we dat ooit transparant krijgen. En wat is dan behandeling?” (manager focusgroep 1 LVB+).

“Het loopt zo over in elkaar. Van 1-op-1 behandeling, mediërende behandeling. Basis klimaat en vice versa. Wat zet je vervolgens waar neer? Wat hoort dan daarbij? Dat maakt het ook weinig transparant” (manager focusgroep 1 LVB).

“Het is in elk geval niet nader gedefinieerd, wat die behandeling inhoudelijk nu precies inhoudt. En in aanspraken kom je termen als mediërende behandeling allemaal niet tegen. Net als de VGN ook een mooie visie op papier heeft gezet, maar er is niet een 1 op 1 vertaling naar de aanspraak en de manier waarop wij tarieven vaststellen” (startgesprek met medewerkers van de NZa).

Hier zie je de interne logica van de gehandicaptenzorg wringen met die van het externe formele kader. Breed kijken naar behoeften in plaats van alleen naar symptoom of stoornis en het gebruiken van meerdere perspectieven als kennisbron leiden tot een definitie van behandelen waarin verschillende disciplines, begeleiders, naasten en de woon- en werkomgeving een rol kunnen spelen. Dit is voor een groot deel niet te verenigen met de definitie van de 1-op-1 behandeling in de verantwoordings- en financieringssystematiek. Hierdoor verdwijnt de dagelijkse behandelpraktijk voor een deel uit beeld en is daarmee ook niet transparant.

Maar ook binnen de organisaties in de gehandicaptenzorg kunnen logica's wringen, zoals blijkt uit het volgende gespreksfragment:

“Met onze behandeltak is heel vaak de discussie wat een behandeling is. Zij zeggen ‘wij behandelen en jullie doen wonen (...) We bedrijven een andere tak van sport bijna. Niet dat wat jullie doen beter is of minder goed. Maar wel dat we andere uitgangspunten hebben” (professional focusgroep 1 LVB+).

“Ik denk dat dat jarenlang zo is geweest. Maar dat stapje voor stapje daar langzaam in wordt geïnvesteerd om dat meer bij elkaar te brengen. En dat dat niet alleen is zodat wij kennis ophalen bij de behandeltak maar ook andersom” (manager focusgroep 1 LVB+).

Wringende logica's leiden ook tot dilemma's voor organisaties als de sector logica om te doen wat nodig is, haaks lijkt te staan op die van formele kaders (zie ook paragraaf 3.2.):

“Maar er zijn ook locaties waar de helft van de cliënten zit op inclusief behandeling, de helft op exclusief. Feitelijk is er dan ook een verschil tussen de cliënten, en dat kun je toch niet maken. (...) We maken daarom geen verschil maar leggen daar als organisatie dus bij. Dus cliënt X exclusief behandeling die iets niet zou krijgen, terwijl cliënt Y op dezelfde locatie inclusief behandeling dat wel krijgt, die geven we het dan toch maar” (startgesprek met directeur zorgorganisatie).

“De behandelaar zegt dit moet gebeuren, en dat kan niet individueel, ik heb de verlengde arm van die begeleider nodig om die behandeling uit te zetten. Daarom hebben we ervoor gekozen voor iedereen financieel een afoming naar de behandeldienst te doen; de basis betaalt iedereen, elke locatie heeft een gedragskundige, dat zit in het woonbudget” (startgesprek met directeur behandeldienst).

In deze situaties zijn de interne logica en de logica van de formele kaders niet goed met elkaar te verenigen in één systeem, maar functioneren zij als twee losjes gekoppelde systemen. Organisaties proberen te voldoen aan wat extern van hen gevraagd wordt, maar ook trouw te blijven aan hun eigen manier van werken, aan hun eigen logica; te doen wat nodig is, overtuigd dat dit leidt tot de beste kwaliteit van zorg voor hun cliënten.

2.4. Reflecties naar aanleiding van de logica

Samenvattend destilleerden we drie sociale regels van de habitus die de interne logica zichtbaar maken:

Sociale regel 1: De mens met een beperking als mens zien, dat ondersteuning nodig heeft om zijn behoeften te vervullen. Dus breed kijken naar de cliënt, diens behoeften en context.

Sociale regel 2: Verschillende perspectieven van betrokkenen als kennisbronnen zien. Dit betekent ook samen kijken om een volledig beeld te kunnen krijgen.

Sociale regel 3: Zich samen verantwoordelijk zien. Een gezamenlijk proces om te doen wat nodig is.

De logica zoals hierboven beschreven is congruent met het door de VGN als leidraad beschreven kader over behandeling in de langdurige zorg voor mensen met een beperking, ondanks dat in de praktijk de verschillende assen niet altijd als zodanig onderscheiden worden. Uit de citaten blijkt dat professionals én managers zo kijken. Ook is deze logica herkenbaar in de vaak genoemde visies van bijvoorbeeld Triple-C, LACCS en Programma Perspectief. Zo neemt Triple-C niet het probleemgedrag of de stoornis, maar de menselijke behoeften als uitgangspunt. Het LACCS-programma richt zich vooral op de EMB-groep, maar beide visies staan voor een goed leven in brede zin. Dit past eveneens goed bij het gedachtegoed van positieve gezondheidszorg, waarbij meer domeinen van gezondheid meegenomen worden: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren.

De 1-op-1 behandeling als dominante definitie van behandeling is meer congruent met de interne logica van de medische wereld (Witman, 2007). In onderzoek hiernaar in een ziekenhuiscontext komt als belangrijke regel van de interne logica naar voren: 'de mens als patiënt zien'. Artsen gaan als een soort detectives op zoek naar symptomen om aandoeningen te kunnen opsporen en behandelen. Zij zien zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk en dit betekent ook dat zij beslissen over eigen patiënten (zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien). Zij beschouwen de wetenschap als belangrijkste kennisbron die daarom ook bij de besluitvorming het belangrijkste afwegingskader vormt (geneeskunde als wetenschappelijk gefundeerde discipline zien). Dit is echt een andere manier van kijken, een andere logica dan die in paragraaf 2.2 is beschreven; dit kan zelfs tot strijd leiden binnen een gehandicaptenzorgorganisatie, bijvoorbeeld in de discussies met behandelaren.

Het gebruik van verschillende definities - afkomstig uit andere logica's - in één wereld kan ook het inzicht in en de transparantie van behandelpraktijken bemoeilijken. Twee verschillende logica's kunnen gaan functioneren als losjes gekoppelde systemen, als dominantie van de ene logica zich niet verdraagt met de aard van het primaire werk (Meyer & Rowan, 1991). Men voldoet aan de eisen van de buitenwereld maar de organisatie gaat er zodanig mee om dat de logica van het primaire proces niet in gevaar komt. In dat geval bestaan de twee logica's naast elkaar.

De hierboven beschreven logica en bijbehoren sociale regels komen ook naar voren bij het inzoomen op de praktijk van behandeling in het volgende hoofdstuk.

3. Een inkijk in de praktijk van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg

Zoals in hoofdstuk 2 toegelicht, kent behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg een eigen logica. En dat betekent ook iets voor transparantie van behandeling Wlz. Waar bijvoorbeeld in de *cure evidence based medicine* en gestandaardiseerde zorgpaden de complexe realiteit van patiëntgroepen transparant maken (Seguin et al., 2020), lijkt behandeling in haar gelaagdheid (zie figuur 1) in de langdurige gehandicaptenzorg lastiger te vangen in maat en getal. In dit beleidsonderzoek hebben we getracht aan de hand van vignetten voor vijf verschillende cliëntgroepen een inkijk te geven de praktijk van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg, namelijk EMB, EVB, LVB, LVB+ en NAH (zie bijlagen 1 t/m 5). In dit hoofdstuk gaan we in op de rode draden die daaruit naar voren kwamen.

3.1. *We noemen het anders, maar bedoelen vaak hetzelfde*

Uit de gesprekken met professionals en managers komt naar voren dat er in taal en inzet van professionals verschillen kunnen zijn, maar dat in de praktijk behandeling vaak op hetzelfde neerkomt. *“Je vraagt naar verschillen maar wat mij vooral opvalt zijn overeenkomsten (professional focusgroep 1 EMB)”*. Bijvoorbeeld, wat bij de ene organisatie houdingsvoorwaarden heet, wordt bij een andere organisatie begeleidingsstijl genoemd. En waar sommige organisaties spreken over regiebegeleidingsoverleggen, noemt men het bij andere organisaties PB-overleggen. Ditzelfde geldt voor de inzet van professionals:

“Bij de betrokken behandelaren zie ik bijvoorbeeld gedragsdeskundigen, wat mij betreft kan dat een gedragsdeskundige zijn, een GZ-psycholoog of een neuropsycholoog. Dat kan allemaal onder die koepelterm vallen. Dus ik zie vooral veel overeenkomsten” (professional focusgroep 1 NAH).

“Ik hoor dat jij een arts VG hebt die in de gaten houdt wanneer een visus onderzoek nodig is. Bij ons werken we veel met huisartsen, gewoon uit de wijk, die daar veel minder aandacht voor hebben. Dus bij ons is er een gat wat je op een andere manier [samenwerking met Visio] invult” (professional focusgroep 1 EVB).

Respondenten geven dus aan dat overeenkomsten tussen organisaties groter blijken dan verschillen en dat er veel is overeenstemming over welke behandeling nodig is voor deze cliëntgroepen. Of, zoals een van de deelnemers het treffend verwoordde: *“We weten op inhoud wat we willen en wat er moet gebeuren, maar in de praktijk blijkt dat soms niet haalbaar” (professional focusgroep 1 LVB)*. In dat geval zoeken de organisaties naar creatieve oplossingen, zoals het voorbeeld van de samenwerking met Visio, om de benodigde zorg te kunnen bieden. Ondanks deze gelijkenissen is er ook sprake van praktijkvariatie tussen organisaties, deze zullen in de volgende paragraaf worden toegelicht.

3.2. *Er is praktijkvariatie*

Uit de gebundelde resultaten van de focusgroepen, weergegeven in bijlagen 8 t/m 12⁹, komen praktijkverschillen in behandeling naar voren. Bijvoorbeeld in wie wordt ingezet en voor welke tijdsduur. Zo zetten bepaalde organisaties vaktherapeuten in (zoals muziektherapeuten) en

⁹ Let wel: bijlagen 8 t/m 12 waarin per cliëntgroep behandeling is geëxpliciteerd zijn geen letterlijke weergave van de werkelijkheid, maar gebruikt om te komen tot inzichten op het vlak van praktijkvariatie en transparantie van behandeling Wlz.

worden bij sommige organisaties verpleegkundig specialisten en/of eigen huisartsen ingezet. Volgens respondenten heeft praktijkvariatie met name te maken met: “*wat je niet kent en wat je niet hebt, zet je ook niet in*”.

Allereerst betekent dit dat historie en de manier waarop behandeling is georganiseerd een rol spelen bij het inzetten van behandeling. “*Het is afhankelijk van of iemand intramuraal woont met een behandelplek. Als het een behandelplek is, is de huisartsenzorg automatisch ook bij ons (...), anders niet*” (professional focusgroep 1 LVB). Als een organisatie een eigen behandelstaf heeft, ligt het meer voor de hand en is het gemakkelijker om deze behandelaren in te zetten. De vanuit de historie gegroeide kaders van organisatie van zorg leiden tot ongelijkheid in de zorg, zoals een directeur van een gehandicaptenzorgorganisatie verwoordde:

“We zijn hier de hele tijd aan het goochelen met uren en geld. Die verschillen, die kan ik niet verkroppen, dat kunnen wij hier intern ook niet verkopen aan ouders en cliënten. Stel je voor dat je ziet dat iemand anders meer krijgt of iets makkelijker krijgt en jouw zoon niet omdat die op een ander plekje zit, dat kan gewoon niet.”

Ook in het gesprek met ZIN komt dit naar voren: “*Een heel belangrijk punt vanuit ons is dat een bewoner X met verblijf zonder behandeling een behandeling niet vergoed krijgt, of deels, terwijl bewoner Y dat wel krijgt, omdat hij verblijf met behandeling heeft*”. Er is ongelijkheid die ontstaat doordat er historisch bepaalde plekken zijn met en zonder behandeling (zie toelichting in kader). Op deze plekken verblijven (in indicatie en aanspraak) vergelijkbare cliënten. Dit is een belangrijk punt van zorg.

Kader - Vanuit de historie bepaalde plekken met en zonder behandeling

- De - vanuit de historie vastgestelde - **plekken met behandeling** zitten vooral bij de (al langer bestaande) ‘grote terrein’ organisaties; later ontstane organisaties – met bijvoorbeeld veelal kleinschalige woonvormen hebben meer - vanuit de historie vastgestelde - **plekken zonder behandeling**;
- Op een – vanuit de historie vastgestelde – **plek zonder behandeling** kunnen cliënten zitten met dezelfde indicaties (ZZP’s) en dus behoeften / noodzaak tot behandeling als op – vanuit de historie vastgestelde - **plekken met behandeling**;
- Door dit verschil:
 - Krijgen organisaties voor een cliënt op een – vanuit de historie vastgestelde - **plek met behandeling** een integraal budget op voorhand, ongeacht de inzet (dat achteraf hoogover – op organisatieniveau door de NZa of het zorgkantoor via een materiële controle wordt gecheckt); zij hoeven de verschillende prestaties niet apart te declareren;
 - Moeten organisaties voor een vergelijkbare cliënt met dezelfde aanspraak / indicatie op een – vanuit de historie vastgestelde - **plek zonder behandeling** de verschillende geleverde inzet / prestaties apart administreren en declareren bij het zorgkantoor; waarbij – door complexiteit in administratie en regelgeving **alleen 1-op 1 behandeling en niet indirecte inzet t.b.v. mediërende behandeling en leefklimaat te declareren valt**;
 - Is de aanspraak dus gelijk maar de wijze waarop deze verzilverd / gefinancierd wordt, verschilt;
 - Ontstaat er in de praktijk **ongelijkheid in de zorg**

Zie bijlage 13 voor een overzicht financiering van prestaties per leveringsvorm/woonsetting conform de beleidsregels.

Ten tweede speelt de eigen visie van de organisatie een rol in praktijkvariatie. Sommige organisaties kiezen standaard voor (herhalende) beeldvorming en diagnostiek om een compleet beeld te krijgen van cliënten. Andere organisaties passen dit alleen toe als er een aanleiding voor

is. *“Wanneer focus je op de aandoening en wanneer op het gewone leven? Wanneer doe je even helemaal niets? Daar zie je verschillen, in waar jouw focus ligt als organisatie en behandelaar”* (professional focusgroep 1 LVB+).

Ten derde bepaalt de mate waarin er een krachtig en compleet team aan behandelaren en begeleiders aanwezig is in belangrijke mate welke behandeling wordt ingezet. Zo vragen begeleidersteams die onderbezet zijn en bestaan uit veel junior medewerkers, zij-instromers en ZZP'ers meer aandacht. *“De druk op behandeling neemt toe naarmate het kwaliteitsniveau van begeleiders omlaaggaat”* (manager focusgroep 1 EVB). Behandelingcapaciteit is schaars, er is een tekort aan onder meer artsen VG, gedragsdeskundigen en GZ-psychologen. *“Soms is het bij ons ook gewoon de luxe van wat je in de regio hebt qua functies”* (professional focusgroep 1 NAH).

Samenvattend bepalen context- en systeemvariabelen waaronder organisatievorm, historie, visie, kwaliteit van het team en schaarste, in belangrijke mate praktijkvariatie. Daarbij is ongelijkheid voor cliënten veroorzaakt door historisch gegroeide kaders een belangrijk punt van zorg.

3.3. *Verschillende perspectieven op praktijkvariatie*

Er zijn verschillende manieren om naar praktijkvariatie te kijken. Enerzijds kan variatie een uiting zijn van maatwerk waarbij de unieke eigenschappen en wensen van de individuele cliënt worden gewaardeerd, wat de kans vergroot dat aan de behoeften van cliënten wordt voldaan (Colldén et al., 2021). Daarmee draagt praktijkvariatie bij aan kwaliteit van zorg en is deze variatie gewenst. Anderzijds kan praktijkvariatie wijzen op een gebrek aan ‘procedurele standaarden’ of naleving van protocollen en evidence-based medicine met als gevolg lagere kostenefficiëntie en betrouwbaarheid (Mannion & Exworthy, 2017; Sinsky et al., 2021). Waardoor praktijkvariatie kwaliteit van zorg onder druk zet en deze variatie ongewenst is.

Beide perspectieven komen ook naar voren in ons beleidsonderzoek. Uit documentanalyse en gesprekken met Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt het perspectief dat praktijkvariatie ten koste gaat van kwaliteit het meest dominant. Zo benadrukt de NZa in 2023¹⁰ de ongewenste effecten van praktijkvariatie, waaronder complexe bekostiging, onduidelijkheid voor cliënten, ingewikkelde inkoop, gehinderde multidisciplinaire samenwerking en ondoelmatige inzet van schaarse behandelingcapaciteit. En stelt: *“We toe moeten naar een situatie waarbij de manier waarop zorg, waaronder behandeling, rondom de cliënt wordt georganiseerd direct volgt uit de kenmerken van een cliënt (zorgzwaarte en/of hun woonsituatie)”*. Vanuit ZIN is er behoefte om meer inzicht te krijgen in wat er daadwerkelijk op de werkvloer gebeurt. *“Het [onderzoek] is voor ons ook interessant in het kader van praktijkvariatie. Het gaat over aanspraak, maar wat gebeurt er op de werkvloer. Het gaat over pakketbeheer en dat is heel breed. Het gaat ook over voorlichting van de wetgeving en hoe verhoudt de praktijk zich hiertoe. Dat zijn voor ons belangrijke uitkomsten, waar wij ook in het kader van pakketbeheer wel iets mee zouden kunnen”* (startgesprek ZIN).

Professionals en managers uit de langdurige gehandicaptenzorg die participeren in ons beleidsonderzoek laveren tussen ongewenste en gewenste praktijkvariatie. Zo onderschrijft men de noodzaak voor standaarden en naleving van protocollen. *“Heel fijn dat er iets gedaan wordt*

¹⁰ Advies Positionering behandeling voor Wlz cliënten, publicatie Nza (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/08/21/bijlage-nza-advies-positionering-behandeling-voor-wlz-clienten>)

aan meer eenduidig handelen op behandelgebied. Geprotocolleerd werken is bij ons nog een verwaarloosd kindje” (professional focusgroep 1 LVB+). Het ontbreken van standaarden draagt ook het risico in zich van overbehandeling geven respondenten aan. Elke professional kan een waardevolle bijdrage leveren, maar “de behandeling is nooit klaar” (beleidsondersteuner focusgroep 1 EMB). “We willen met zijn allen ook heel graag behandelen, maar waar stopt het?” (manager focusgroep 1 LVB+).

Tegelijkertijd is praktijkvariatie, in de betekenis van maatwerk voor een cliënt, ook iets om te koesteren menen respondenten. *“De cure zou heel veel van ons kunnen leren door te focussen op de voorkant (lees: specifieke behoeften van cliënten) en preventief werken, in plaats van het probleem te genezen” (manager focusgroep 1 EVB). Omdat behoeften en niet symptomen van cliënten centraal staan, is behandeling soms lastig te vangen in protocollen. “Zo heb ik een cliënt die als doel heeft om een keer uit eten te gaan, daar zet je dan op in” (professional focusgroep 1 NAH). Respondenten worstelen met de toenemende druk om zich te verantwoorden in maat en getal. Een van de professionals (focusgroep 1 EVB) verzuchtte “In de eeuwige discussie is behandeling alleen maar 1-op-1 hè? Face to face.”. Terwijl de meeste behandeling plaatsvindt in de mediërende as en het leefklimaat, waarbij verschillende vormen van behandeling op elkaar ingrijpen en niet los van elkaar te standaardiseren zijn. “Daar waar je op lichamelijk gebied iets aan het doen bent om beweging te bevorderen ben je ook meteen bezig met contact en alertheid. (...) Je bent continue met drie of vier dingen tegelijk bezig” (professional focusgroep 1 EMB).*

Samenvattend, praktijkvariatie kan zowel gewenst (noodzaak van maatwerk) als ongewenst (gebrek aan standaardisatie) zijn voor kwaliteit van zorg. Waar de NZa en ZIN met name ongewenste gevolgen van praktijkvariatie benadrukken, brengen respondenten zowel het ongewenste als gewenste aspect van praktijkvariatie naar voren, waarbij het koesteren van maatwerk past bij de logica van de gehandicaptenzorg (hoofdstuk 2). De vraag die naar voren komt is hoe te komen tot een gedeelde ambitie op het vlak van transparantie van behandeling, gelet op deze verschillen in taal en manieren van kijken?

3.4. Nieuwe taal voor praktijken van behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg

Nieuwe taal kan helpen om verschillende manieren van kijken, vanuit logica, naar praktijkvariatie en transparantie, met elkaar te verbinden. Johan Cruijff zou zeggen; *“Je ziet het pas als je het door hebt”*. Dit beleidsonderzoek inspireerde tot drie nieuwe typeringen voor het organiseren van behandeling, gebaseerd op literatuur¹¹ in een vergelijkbare context: silo, keten en ecosysteem (zie tabel 1). Deze typeringen illustreren hoe verschillende behandelpraktijken worden uitgevoerd, vanuit welke logica en welk niveau van standaardisatie of maatwerk het vraagt om te voldoen aan de behoeften van cliënten. Elke typering impliceert aanvullend verschillende rollen voor cliënten, naasten, professionals en managers. Deze typeringen doen recht aan het specifieke karakter van de gehandicaptenzorg én zijn robuust genoeg om verschillende manieren van kijken te verbinden (Star en Griesemer, 1989). Zo gebruikt ZIN ook de typering ecosysteem in het Signalement Passende langdurige zorg: *“Ons ideaalbeeld is een ecosysteem van mensen die zorg nodig hebben, hun directe omgeving en de zorgprofessional, waarin allereerst gezocht wordt naar andere oplossingen dan het inzetten van formele zorg”*. De drie typeringen in tabel 1 helpen om gezamenlijk te komen tot passende maatregelen voor transparantie. En te besluiten welke praktijkvariatie vraagt om meer standaardisatie en welke variatie is noodzakelijk omdat het waardevol maatwerk biedt in de langdurige gehandicaptenzorg.

¹¹ Onder andere gebaseerd op Fjeldstad et al., 2019, Colldén et al., 2021 en Sinsky et al., 2021.

Tabel 1. Typeringen behandelpraktijken langdurige gehandicaptenzorg en vertaling naar praktijkvariatie.

Type behandelpraktijken	Omschrijving	Leidende expertise	Praktijkvariatie gewenst (noodzaak van maatwerk) of ongewenst (gebrek aan standaardisatie)
Silo	Losstaande, kortdurende diagnostiek, beeldvorming en behandeling vanuit eigen discipline en doel	Individuele professional is expert met vrijheid om beeldvorming, handelingsgerichte diagnostiek en behandeling te ontwerpen voor de individuele cliënt	Praktijkvariatie is ongewenst omdat o.b.v. onderzoek, professionele statuten en indicatie in belangrijke mate (vanzelfsprekend nooit helemaal) gestandaardiseerd kan worden welke beeldvorming, diagnostiek en kortdurende behandeling passend zijn per cliënt.
Keten	Geïntegreerde praktijken van behandeling en begeleiding met een doorlopend (levensloop) karakter vanuit meerdere disciplines voor een cliënt en cliëntgroep	Multidisciplinair team professionals betreft experts die gezamenlijk en met cliënt en naasten komen tot geïntegreerde langdurende behandeling voor cliënt en cliëntgroep	<ul style="list-style-type: none"> - Praktijkvariatie is ongewenst in bepaalde processen rondom behandeling die goed gestandaardiseerd kunnen worden, zoals werken met MDO, methodisch werken en evaluaties. - Praktijkvariatie is gewenst in geïntegreerde praktijken van behandeling die gaan over breed en langdurend kijken naar de cliënt (vaak in groepsverband), vanuit meerdere kennisbronnen, wat maatwerk veronderstelt.
Ecosysteem	Faciliteren van behandelpraktijken door verschillende actoren (formeel en informeel) in het leefsysteem van cliënten	Cliënten en externe actoren zijn experts en professionals ondersteunend en adviserend (bijv. t.a.v. fysieke omgeving)	<p>Praktijkvariatie is gewenst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omdat het maatwerk vraagt om te bepalen wat het netwerk niet kan en/of wil leveren, waarin het netwerk moet worden versterkt en gesteund en wat dat vervolgens betekent voor de inzet van formele behandeling. - Omdat behandeling afhankelijk is van de mate van vertrouwen, samenwerking en lerend vermogen in netwerken van formele en informele zorg. Daarmee is het per situatie verschillend en dus maatwerk.

Om bovenstaande drie typeringen in de praktijk van de langdurige gehandicaptenzorg te illustreren, gebruiken we het vignet van Remco (VG7).

Vignet Remco, 19 jaar (VG 7)

Remco is een jongeman van negentien jaar. Hij woont sinds een jaar op locatie X, samen met vijf andere cliënten. Zijn familie komt hem een keer per week bezoeken. Remco heeft een IQ van tweeëndertig, en zijn taalproductie is groter dan zijn taalbegrip. Er is nog weinig bekend over Remco, de begeleiding heeft ook nog onvoldoende beeld van zijn problematiek.

Remco vertoont sterk externaliserend gedrag in de leefgroep. Hij bijt anderen, gooit met spullen en schopt zijn begeleiders. De begeleiding is bang voor hem. Hierdoor zit hij de hele dag in een stoel in een hoekje van de kamer en heeft hij weinig interactie met anderen. Zijn eten wordt over de vloer heen naar hem toegeschoven. Zijn gedrag is moeilijk verstaanbaar voor omstaanders. Er is nog geen structuur in Remco's leven omwille van deze problematiek, hierdoor kan volgens de begeleiders 'de basis' niet geboden worden. Hij gaat dan ook maar sporadisch naar de dagbesteding waar hij belevingsgerichte ondersteuning krijgt.

Remco - praktijken in de langdurige gehandicaptenzorg

Bij de start vindt er bij Remco diagnostisch onderzoek en beeldvorming plaats. Het lichamelijke functioneren wordt in beeld gebracht, medische/psychiatrische oorzaken worden uitgesloten die het huidige gedragsbeeld kunnen verklaren, een communicatieonderzoek wordt uitgevoerd en Remco's gedrag wordt geobserveerd om te bepalen welke interventies contact stimuleren en de spanning kunnen laten zakken. Aanvullend kan er een visus- en gehooronderzoek worden gedaan, kan men de cliënt leren kennen via muziektherapie, kan er een beweegplan worden opgesteld en een slaapdagboek worden bijgehouden. Tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) wordt een integraal ondersteunings- en behandelplan opgesteld waar, op basis van de behoeften van Remco en zijn doelen (wensen, talenten en mogelijkheden), de behandelopties worden afgewogen en bepaald. Mogelijke betrokkenen hierbij: huisarts, arts VG, psychiater, gedragsdeskundige, verpleegkundige, SI-therapeut, ergotherapeut, logopedist, gehoor- en visusteam, muziektherapeut en fysiotherapeut.

Na de start wordt er vervolgens voor Remco ingezet op een dagprogramma met balans en structuur in activiteiten inclusief ondersteunende communicatie. De adviezen van de behandelaren (zie hierboven) worden daarbij samen met de begeleiders en het team vertaald naar de praktijk. Denk aan het stimuleren van contactopbouw vanuit begeleiding, het bekwaam maken van het team in fysiek begeleiden van Remco inclusief handvatten, uitwerken specifieke begeleidingsstijlen, psycho-educatie, het expliciteren van WZD-maatregelen en alternatieven en het uitvoeren van een signaleringsplan. Ook werkt men aan een stimulerende, voorspelbare en veilige woonomgeving voor Remco, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een fotobord, zachtere materialen, een timetimer en beweegmiddelen. Tenslotte zet men in op methodisch werken (denk aan LACCS of Triple-C). De grootste inzet van behandeling wordt gedaan door het team van begeleiders, met tussentijdse afstemming met betrokken behandelaren. Mogelijk andere betrokkenen zijn: regiebehandelaar, logopedist, ergotherapeut, fysiotherapeut, verpleegkundige, WZD-functionaris en trainers. Het netwerk van de client wordt soms betrokken.

Wat het vignet van Remco laat zien is dat in de gehandicaptenzorg beeldvorming en diagnostiek worden ingezet, mogelijk aangevuld met kortdurende behandeling (denk aan 10 sessies fysiotherapie). Deze praktijken kunnen gescheiden en onafhankelijk, vanuit een eigen doelstelling per discipline of expertise, worden uitgevoerd. In de gehandicaptenzorg valt deze vorm van behandeling onder '1-op-1 behandeling gericht op individu' (leidraad VGN, 2021), in tabel 1 onder typering silo. In deze vorm herkennen we de logica van de medische wereld: een natuurwetenschappelijke denkwijze, op zoek naar universele waarheidscondities, systematisch rubriceren, technisch reproduceerbaar. De systematiek van de Zvw sluit goed aan bij deze praktijken. In silo praktijken is standaardisatie op basis van onderzoek, professionele statuten en indicatie van een cliënt goed mogelijk.

Naast silo praktijken is er bij Remco vooral sprake van langdurende, geïntegreerde behandeling en begeleiding, in tabel 1 valt deze onder typering keten praktijken. Silo en keten praktijken komen samen tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) en in een integraal ondersteuning – en behandelplan. Op de woning werken Remco en zijn begeleiders in groepsverband doorlopend aan

ontwikkeling op allerlei vlakken. De fysieke omgeving in de woning van Remco speelt daarbij een rol. In de gehandicaptenzorg vinden keten praktijken plaats in de mediërende as en het leefklimaat (leidraad VGN, 2021). Praktijkvariatie binnen keten praktijken lijkt zowel gewenst als ongewenst. Enerzijds geven respondenten aan dat processtappen als multidisciplinair overleg, methodisch werken en jaarlijkse evaluatie prima gestandaardiseerd kunnen worden. Tegelijkertijd is behandeling in keten praktijken per situatie verschillend, bijvoorbeeld omdat verschillende vormen van behandeling, de woonomgeving en groepsgenoten met elkaar zijn verweven. In het type keten praktijken herkennen we de interne logica van de gehandicaptenzorg: breed en gezamenlijk kijken en handelen met meerdere perspectieven als kennisbronnen. Dit is een narratieve denkwijze die schijnbaar losse elementen tot een betekenisvol geheel verbindt, een plot heeft, contextafhankelijk is en specifiek. Waar de natuurwetenschappelijke denkwijze zich leent voor ‘simpele’ en ‘ingewikkelde’ kennisvraag- stukken, is de narratieve denkwijze passend voor complexe vraagstukken (Glouberman & Zimmerman, 2002; Hilligoss & Moffatt-Bruce, 2014). Elke situatie is uniek; men moet met ambiguïteit en onzekerheid omgaan en begrip daarvan moet gezamenlijk worden vormgegeven. De Zvw-systematiek, die past bij de logica van de medisch wereld, sluit niet goed aan op keten praktijken in de langdurige gehandicaptenzorg. Hier zie je dat er soms *losjes gekoppelde systemen* ontstaan waarbij financiering vanuit de Zvw wordt herverdeeld binnen een organisatie om keten praktijken te bekostigen. Transparantie in keten praktijken realiseren via een silo systematiek van bekostiging, als een manier om logica’s te verbinden, lijkt daarmee geen heilzame weg. De uitdaging ligt meer in het stellen van andere vragen over welke transparantie nodig is en het ontwikkelen van nieuwe beleidsinstrumenten voor transparantie, die aansluiten bij de logica van keten praktijken in de langdurige gehandicaptenzorg.

Temeer ook omdat er een toenemende beweging is, gestimuleerd vanuit de hoofdlijnakoorden en het kader Passende zorg, naar praktijken die zich niet enkel richten op de cliënt, maar ook op zijn of haar systeem. Meerdere organisaties in het beleidsonderzoek zijn ermee bezig om het systeem / netwerk van de cliënt een grotere rol te laten spelen in behandeling in de mediërende as en het leefklimaat. Daarbij ben je afhankelijk van hoe groot het systeem van de cliënt is, hoeveel begeleiding het vraagt om dit op te zetten en vast te houden en de mate waarin het begeleidingsteam daarvoor open staat, geven respondenten aan. *“Kortom, dit vereist juist heel veel maatwerk”* (professional focusgroep 1 LVB). Sterker nog, het faciliteren van behandeling door verschillende actoren (formeel en informeel) in het leefsysteem van cliënten, in dit beleidsonderzoek getypeerd als ecosysteem praktijken, vraagt misschien wel om het loslaten van de wens voor standaardisatie. Omdat standaardisatie in ecosysteem praktijken bijzonder lastig lijkt en maatwerk de norm is. Of, zoals een respondent het mooi verwoordde: *“Durven we daarvoor te kiezen met de wetenschap dat begeleiders en niet-professionals zoals het netwerk de wijsheid in pacht hebben om goed met onze cliënten om te gaan?”* (manager focusgroep 1 EVB). Ook hier past een silo systematiek van bekostiging om transparantie te realiseren niet en zou deze mogelijk de geest uit de fles halen van deze vooruitstrevende beweging.

Samenvattend, nieuwe taal kan helpen om verschillende manieren van kijken, vanuit logica, praktijkvariatie en transparantie, met elkaar te verbinden. Silo praktijken sluiten aan bij de logica van de medische wereld en de systematiek van de Zvw. Keten praktijken passen bij de logica van de gehandicaptenzorg en wringen met de systematiek van de Zvw. Een silo systematiek van bekostiging (zoals Zvw) leidt niet tot echte transparantie in keten praktijken, het creëert eerder een schijnwerkelijkheid. De gehandicaptenzorg beweegt zich steeds meer naar ecosysteem praktijken, die bestaan uit een mix van formele en informele zorg. In deze praktijken is maatwerk

de norm en dat vraagt opnieuw nadenken over transparantie en daarbij behorende beleidsinstrumenten. Het advies aan stakeholders (systeempartijen zoals de NZa, ZIN en VWS, beroepsverenigingen, cliënt- en naasten organisaties) en gehandicaptenzorg is om regelmatig door de bril van silo, keten- en ecosysteem praktijken te kijken bij het bepalen van toekomstbestendige maatregelen voor transparantie. Deze drie typeringingen kunnen helpen om de verschillende manieren van kijken te verbinden, om vervolgens gezamenlijk te komen tot passende maatregelen voor transparantie. En te besluiten welke praktijkvariatie vraagt om meer standaardisatie en welke variatie noodzakelijk is omdat het waardevol maatwerk biedt in de langdurige gehandicaptenzorg.

4. Anders en slimmer organiseren

Vraagstukken als arbeidsmarkttekorten, toenemende complexe zorgvragen, beperkte middelen en steeds ouder wordende cliënten zetten de langdurige gehandicaptenzorg onder druk. Om de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid in de langdurige gehandicaptenzorg te kunnen blijven waarborgen, zal er anders en slimmer gewerkt moeten worden. Deze noodzaak wordt breed herkend in ons beleidsonderzoek.

“Kritisch kijken naar behandeling, daar zit een essentie in van het werk waar wij als behandelaren en managers voor staan. Dat we daar keuzes in moeten maken” (manager focusgroep 1 NAH).

Er zijn al veel mooie initiatieven in de gehandicaptenzorg, zo leerden we uit de gesprekken (zie ook bijlagen 14 t/m 20). Het uitwisselen van deze voorbeelden tussen organisaties bleek erg waardevol. Aanvullend zijn er dromen voor de toekomst om mensen met een beperking er volledig bij te laten horen en gelijke kansen te geven net als mensen zonder een beperking. In dit hoofdstuk schetsen we de belangrijkste mogelijkheden voor anders en slimmer organiseren die uit de focusgroepen naar voren zijn gekomen.

4.1 Taakdifferentiatie en taakherschikking

Taakherschikking en -differentiatie zijn natuurlijk niet nieuw, maar worden wel toenemend als mogelijkheid gezien voor anders en slimmer organiseren van de zorg. Een veelgenoemd voorbeeld van taakherschikking is bijvoorbeeld die van een HBO-opgeleide psychodiagnostisch medewerker die bepaalde testen afneemt (denk aan een neuropsychologisch onderzoek) en vaak de resultaten beschrijft, waarna een gedragswetenschapper de analyse doet en het plan maakt. Ook de inzet van een huishoudelijk assistent komt regelmatig naar voren, die zaken als bedden opmaken en bestellingen oppakt zodat begeleiders tijd overhouden voor cliënten. Verpleegkundig specialisten worden steeds meer ingezet, bijvoorbeeld als boundary spanner tussen het medisch en agogisch domein en tussen de behandelstaf van de organisatie en de huisarts (Salmond & Echevarria, 2017; Karam et al., 2021).

“Ik werk nu in een regio waar cliënten veel in de wijk wonen. We hebben in deze regio een verpleegkundig specialist en die is soms een tussenschakel. Die kan helpen om dat contact met de huisartsen te doen. Ook omdat de verpleegkundig specialist een beetje dezelfde taal spreekt. Zij krijgt die mensen beter aangehaakt” (professional focusgroep 2 NAH)

Verpleegkundig specialisten worden ook ingezet *“omdat we op dit moment even zonder artsen VG zitten. En dat werkt goed” (professional focusgroep 2 EMB)*. In de breedte geldt dat taakdifferentiatie en taakherschikking veelal worden ingezet om schaarse capaciteit zoals artsen VG, begeleiders en gedragsdeskundigen te ontlasten. Eén van de respondenten vertelde dat ze op een woning een leeg canvas hebben geïntroduceerd, om volledig *out-of-the-box* taken van begeleiders opnieuw te ontwerpen. Wat nog best lastig blijkt, omdat *“we toch geneigd zijn om weer heel snel te zeggen, nee dit moet een begeleider doen, dit moet een huishoudelijk medewerker doen, om terug te pakken naar het oude vertrouwde” (manager focusgroep 2)*.

Naar de toekomst toe bestaat de wens voor meer ondersteuning van de cliënt en het netwerk, zoals de inzet van cliëntondersteuners en maatschappelijk werk.

“Het is zo complex als een kindje wordt geboren met dergelijke problematiek. Als iemand naast je gaat staan en van alles met je regelt en proactief is, dus ziet dat je belast raakt, zorgt dat er wat gebeurt, dat is heel essentieel. En dat jouw kind daardoor misschien wat langer thuis kan wonen, wat de meeste ouders wensen. Als je mag dromen zou het fijn zijn als ouders dat hadden” (professional focusgroep 2 EMB).

Dergelijke rollen kunnen mogelijke problemen, zoals overbelasting van naasten en probleemgedrag bij cliënten, helpen te voorkomen en het netwerk langer vitaal te houden en is daarmee een vorm van preventie.

4.2. Preventie

Preventie zit deels besloten in de werkwijze van de langdurige gehandicaptenzorg. *“Als je een aardig dagprogramma hebt staan, dan denk ik dat je bij voorbaat al veel zaken kunt voorkomen” (professional focusgroep 2 EVB).* Daarbij wordt gesteld door respondenten dat hoe sterker je vanuit dezelfde visie werkt, hoe meer je kunt werken vanuit de behoeften van de cliënt waardoor je problemen voor kunt zijn. Er worden breed methodieken toegepast zoals LACCS, Triple-C en Perspectief die bedoeld zijn om met elkaar dezelfde taal en werkwijze te ontwikkelen. Er zijn voorbeelden van organisaties die preventieve MDO's organiseren, *om preventieve behandelvragen eerder op tafel te krijgen” (manager focusgroep 2).* Ook wordt ingezet op samenwerking tussen gehandicaptenzorgorganisaties onderling, regionale samenwerking (zie bijvoorbeeld Convenant Medisch Generalistische Zorg¹²) het sociaal domein en steunstructuren rondom de cliënt, zoals gemeente, politie. Ook laagdrempelige initiatieven zoals een NAH café of een betrokkenheid bij een kerk worden benoemd, omdat cliënten dan binnen hun reguliere indicatie goed kunnen blijven functioneren. Aanvullend worden logeerplekken en weekendopvang genoemd, vaak lastig te financieren activiteiten, om gezinnen te ondersteunen zodat ouders de zorg langer en beter volhouden.

Preventie richt zich niet alleen op de cliënt, maar ook op medewerkers. Eén van de dilemma's is dat *“medewerkers gefrustreerd naar huis gaan omdat ze niet hebben kunnen doen wat ze hadden willen doen (...) het lastig vinden om voor die zes te gaan” (manager focusgroep 2).* Er wordt geregeld ingezet op werkplezier en goede begeleiding van medewerkers, als een vorm van preventie om uitval of uitstroom tegen te gaan. *“Begeleiders moeten een soort duizendpoten zijn om het werk goed te doen. Ik vind ook echt dat die begeleiders met goud behangen moeten worden. Trainen is een manier om aandacht te hebben voor hen, en dat ze met elkaar in gesprek kunnen” (professional focusgroep 2 EMB).* Er worden voorbeelden gegeven van coaching van teams, scholing en intervisie, bijvoorbeeld door problemen waar cliënten tegenaan liepen in de zorg of in de begeleiding uit te laten spelen door een acteur. *“Dan konden ze in de hermeneutische cirkel invullen wat ze anders gedaan zouden hebben op dat moment, en dat proberen. Dan ervaren ze eigenlijk meteen het verschil van hoe het éigenlijk werkt. Dat beviel heel goed” (professional focusgroep 2 NAH).*

¹² Het Convenant Medisch Generalistische Zorg, op 2 sept 2024 ondertekend door de brancheorganisaties ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN en ZN, moet de medisch-generalistische zorg toegankelijk houden voor o.a. mensen met een beperking (Wlz) en moet leiden tot betere samenwerking tussen betrokken zorgprofessionals en afspraken over zorginkoop.

Naar de toekomst toe is er vooral behoefte om meer in te zetten op preventie voor cliënten en medewerkers, al is de manier waarop nog best zoeken. Van technologie wordt daarin ook veel verwacht, zie volgende paragraaf.

4.3. Technologie

Er wordt volop geëxperimenteerd met technologie, zo vertellen respondenten. Zo vertelt een deelnemer over een Cube, een soort hokje waar je wordt omsloten door een beeldscherm. *“Dan lijkt het alsof je in een achtbaan zit of alsof je door de Apenheul loopt” (professional focusgroep 2, EMB)*. Het kan ook kleiner, bijvoorbeeld met schakelmateriaal, waarvan uit onderzoek is gebleken dat het goed werkt voor de EMB doelgroep. *“Denk aan een knop waarmee je je eigen appel pureert, of je muziek aanzet, waarmee je ook regie geeft” (professional focusgroep 2, EMB)*. Andere voorbeelden zijn Hume, een meetinstrument die cliënt of begeleider bij zich draagt en die een signaal afgeeft als de cliënt spanning opbouwt, Google Glass brillen waarmee het multidisciplinaire team kan meekijken en begeleiders op afstand kan coachen zonder de cliënt en zijn omgeving te storen, 3D geprint voedsel waarbij gepureerd voedsel eruit kan zien als een wortel, biefstuk of appel om slikproblemen te voorkomen, een slaap- of zorgrobot, digicontact (begeleiding via beeldbellen) en Virtual Reality voor traumabehandeling of verslavingsbehandeling. De uitdaging zit niet in nog meer technologie, maar in het goed implementeren ervan. *“We schaffen vaak dingen aan die dan in de kast belanden” (professional focusgroep 2 EMB)*. *“Waar wij tegenaan lopen is dat het allemaal reuzeduur is”, “dat het personeel soms zelf niet weet hoe ze met hulpmiddelen om moeten gaan” en “of de investering heel blijft als je werkt met cliënten met complex gedrag” (professionals focusgroep 2 NAH)*. Naar de toekomst toe is het nog beter benutten en onderzoeken van technologie een belangrijk aandachtspunt.

4.4. Stepped care

Een uitdaging in de langdurige gehandicaptenzorg is om de veelheid aan disciplines en bijbehorende behandelopties te vertalen naar adviezen voor het dagelijks leven van de cliënt waar begeleiders en het netwerk mee uit de voeten kunnen. Een strategie om zorg gepast te organiseren die niet nieuw is maar toenemend wordt toegepast, zo leren we uit de gesprekken, is *stepped care*. De manier waarop *stepped care* wordt toegepast, verschilt per organisatie. Drie manieren komen uit het beleidsonderzoek naar voren. Allereerst het professionele behandelmodel, waarin je begint met minimale behandeling die je stapsgewijs en *evidence based* verzwaart, als blijkt dat het nodig is. Deze manier van werken sluit aan op de keten praktijken, zoals in hoofdstuk 3 besproken.

“Vanuit het stepped care model kijk je naar de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional” (manager focusgroep 2).

Ten tweede is er het organisatiemodel, waarin de nadruk ligt op het ontlasten van schaarse capaciteit zoals artsen VG, huisarts en gedragsdeskundigen, mede door een brede taakherschikking (zie paragraaf 4.1. taakdifferentiatie en taakherschikking). Dit kan zowel binnen organisaties als regionaal, bijvoorbeeld met het opzetten van een breed regionaal expertiseteam en samenwerking met andere instellingen.

“We zijn de hele keten van A tot Z opnieuw aan het vormgeven. Echt een hele nieuwe architectuur met heel veel extra tijdwinst voor zowel cliënt als professional” (manager focusgroep 2).

“Hoe zet je de beschikbare capaciteit regionaal zo goed mogelijk in voor alle cliënten? Daar zie je best regionale verschillen. Sommige organisaties werken echt outreachend en stellen kennis en kunde beschikbaar voor de regio en werken daarin samen met huisartsen” (in startgesprek met NZa).

Naar de toekomst toe spreken respondenten over de derde manier waarin wordt gekeken hoe behandeling zo te organiseren dat er minder inzet op het professionele vlak nodig is en er een verschuiving is richting het systeem van de cliënt (waaronder informele zorg). Hier herkennen we het ecosysteem, zoals in hoofdstuk 3 besproken.

“We werken met de klaver en daarbij stellen we vier vragen: 1. Wat kan de cliënt zelf of kan hij/zij leren; 2. Waar kan technologie helpend zijn; 3. Wat kan het netwerk/vrijwilligers/medecliënten betekenen; 4. Wat moet door professionals gedaan worden en door welke?” (professional focusgroep 2 EVB).

Deze vorm van *stepped care* staat nog in de kinderschoenen. Eén van de respondenten vertelde dat haar organisatie op twee locaties een experiment is gestart waarin professionals echt alles samendoen met het netwerk en de familie. *“Veel gaat heel goed, maar er zijn ook spanningen. Die gaan met name over wettelijke verplichtingen, kwaliteitsstandaarden en wat de professional inbrengt versus de familie” (manager focusgroep 2).* Meerdere respondenten verbreden het netwerk van directe naasten naar ervaringsdeskundigen, buurtcoaches, wijkagenten en verenigingen als een kerk. Het netwerkmodel vraagt een grote verandering in werken en denken, zowel van professionals (kunnen zich op de vingers gekeken voelen en ervaren dat de leuke onderdelen van hun werk door het netwerk wordt gedaan) als het netwerk (zijn vaak druk, willen of kunnen? zich niet altijd vast committeren). Zoals een respondent het mooi verwoordde: *“Dus ja, dat vraagt aandacht om het daar steeds met elkaar over te hebben. Hoe leren we nou echt met elkaar om het ook anders gaan te doen?” (manager focusgroep 2).*

Als we het anders en slimmer organiseren (taakdifferentiatie en taakherschikking, technologie, preventie en *stepped care*) vertalen naar het vignet van Remco, komt dit er als volgt uit te zien.

Vignet Remco, 19 jaar (VG 7)

Remco is een jongeman van negentien jaar. Hij woont sinds een jaar op locatie X, samen met vijf andere cliënten. Zijn familie komt hem een keer per week bezoeken. Remco heeft een IQ van tweeëndertig, en zijn taalproductie is groter dan zijn taalbegrip. Er is nog weinig bekend over Remco, de begeleiding heeft ook nog onvoldoende beeld van zijn problematiek.

Remco vertoont sterk externaliserend gedrag in de leefgroep. Hij bijt anderen, gooit met spullen en schopt zijn begeleiders. De begeleiding is bang voor hem. Hierdoor zit hij de hele dag in een stoel in een hoekje van de kamer en heeft hij weinig interactie met anderen. Zijn eten wordt over de vloer heen naar hem toegeschoven. Zijn gedrag is moeilijk verstaanbaar voor omstaanders. Er is nog geen structuur in Remco's leven omwille van deze problematiek, hierdoor kan volgens de begeleiders 'de basis' niet geboden worden. Hij gaat dan ook maar sporadisch naar de dagbesteding waar hij belevingsgerichte ondersteuning krijgt.

Remco - praktijken anders & slimmer organiseren

- Na de eerste behandelstap *afwachten* om te bepalen wat de vervolgstap gaat zijn en of deze überhaupt nog nodig is (stepped care - professionele behandelmodel).
- *Duidelijkheid over taak van de begeleider* en ureninzet directe zorg. Planschrijvers op een groep: die zorgen ervoor dat alle administratie op orde is, welke logistiek kan worden overgenomen, zodat Pber zich kan richten op de zorg voor de client en het uitzetten van de lijnen (stepped care – organisatiemodel).
- *Samenwerking met netwerk van de cliënt*. Op het moment van aanmelden en plaatsen kijken wat er *preventief of vanuit netwerk* gedaan kan worden. Netwerk kent de persoon het langst en geeft nuttige informatie. Met dialoog over: welke risico's durven we te nemen om de kwaliteit van leven te verbeteren (stepped care – netwerkmodel)? Vroegtijdig *clientondersteuner* voor gezinnen, zodat ouders het beter volhouden.
- *Sensortechnologie*: zicht op wanneer cliënt stress ervaart (focus en objectiever). Ook voor stressmomenten bij begeleiders. Daardoor gericht coachen en waar nodig aanpassingen doen.
- Er zijn tijdens het dagelijkse werk met de cliënt beelden gemaakt (d.m.v. *google glass brillen* die begeleiders kunnen dragen). Deze beelden worden vertoond en het gehele multidisciplinaire team sluit aan.
- Werken vanuit *gezamenlijke (digitale) plek* waar hulpvragen binnenkomen en worden verdeeld onder juiste disciplines, afgestemd op bevoegdheden, interesses en expertise per persoon (stepped care – organisatiemodel).

Samenvattend, er zijn volop mooie initiatieven in de langdurige gehandicaptenzorg op het vlak van anders en slimmer organiseren. Denk aan taakdifferentiatie en taakherschikking, inzet van technologie, meer aandacht voor preventie en *stepped care*. Ook zijn er dromen voor de toekomst, zoals de wens voor meer ondersteuning van het cliënt en het netwerk (denk aan cliëntondersteuners en maatschappelijk werk) om overbelasting van ouders en probleemgedrag bij cliënten te voorkomen en het netwerk langer in hun kracht houden. Ook is het nog beter benutten en onderzoeken van technologie een belangrijk aandachtspunt naar de toekomst toe. Tenslotte willen organisaties toewerken naar een ecosysteem model, als strategie binnen *stepped care*, waarin wordt gekeken hoe behandeling zo te organiseren dat er minder inzet op het professioneel vlak nodig is en er een verschuiving is richting het systeem van de cliënt (waaronder informele zorg).

Literatuurlijst

Bourdieu, P. Outline of a theory of practice. Trans. Richard Nice. *Cambridge: Cambridge University Press (1977).*

Bourdieu, P. The logic of practice. *Stanford: Stanford University Press (1990).*

Bruner, J.S. Actual minds, possible worlds. *Cambridge: Harvard University Press (1986).*

Colldén, C., Hellström, A. & Gremyr, I. Value configurations for balancing standardization and customization in chronic care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 21, 845 (2021).

Elias, N. Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken. *Amsterdam: Boom (2001).*

Fjeldstad, Ø.D., Johnson, J.K., Margolis, P.A., Seid, M., Höglund, P., and Batalden, P.B. Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems. *Learning Health Systems*, 1–9 (2019).

Glouberman, S., Zimmerman, B. Complicated and complex systems: what would successful reform of Medicare look like? Commission on the future of Health Care in Canada: *Discussion paper* 8, 21-53 (2002).

Hilligoss, B., Moffatt-Bruce, S.D. The limits of checklists: handoff and narrative thinking. *BMJ Quality and Safety* 23, 528-33 (2014)

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L. et al. How should we define health? *BMJ*, 343, 4163, 235-7 (2011).

Karam, M., Chouinard, M.C., Poitras, M.E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., Hudon, C. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care* 19, 21 (2021)

Mannion, R., and Exworthy, M. (Re) Making the procrustean bed? Standardization and customization as competing logics in healthcare. *International Journal of Health Policy and Management* 6, 301-4 (2017).

Meyer, J.W., Rowan, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. In W.W. Powell, P.J., DiMaggio (eds) *The new institutionalism and organizational analysis*. *Chicago / London: The university of Chicago Press (1991).*

Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Positionering behandeling voor Wlz- cliënten. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/08/21/bijlage-nza-advies-positionering-behandeling-voor-wlz-cliënten>.

Noordegraaf, M., Schinkel, W. Professional Capital Contested: A Bourdieusian Analysis of Conflicts between Professionals and Managers. *Comparative Sociology* 10, 97-125 (2011).

Saldaña, J. *The coding manual for qualitative researchers*. Sage Publications Ltd. (2021).

Salmond, S.W., and Echevarria, M. Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthop Nurs.* 36, 1, 12-15 (2017).

Schein, E.H. Organizational culture and leadership. Second edition. *San Francisco: Jossey-Bass Publishers (1992).*

Sinsky, C.A., Bavafa, H., Roberts, R.G., Beasley, J.W. Standardization vs Customization: Finding the Right Balance. *Ann Fam Med.* 19, 2, 171-177 (2021).

Star, S.L., Griesemer, J.R. Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Soc studies sci* 19(3):387-420 (1989)

Van der Scheer, W. Oratie Gedeeld leiderschap in de zorg. *Erasmus Universiteit Rotterdam (2023).* <https://ap.lc/UKmvu>

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Behandeling in de Wet langdurige zorg. Voor mensen met een beperking. *Position Paper (2018).*

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2021). Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg. <https://www.vgn.nl/leidraad>.

Williams, M., and Moser, T. The Art of Coding and Thematic Exploration in Qualitative Research. *International Management Review* 15, 45 (2019).

Windolf, P. Berufliche Sozialisation. Zur Produktion des beruflichen Habitus. *Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag (1981).*

Witman, Y. De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus. Assen: *Koninklijke Van Gorcum BV (2007).*

Lijst met afkortingen

BPSW	Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk
EMB	Ernstig Meervoudige Beperkingen
EVB	Ernstig Verstandelijke Beperkingen
GHZ	Gehandicaptenzorg
LB	Lichamelijke Beperkingen
LVB	Licht Verstandelijke Beperkingen
NAH	Niet-Aangeboren Hersenletsel
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVO	Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Psychologen
NZa	Nederlandse zorgautoriteit
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport
Wlz	Wet langdurige zorg
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 1. VIGNET EMB - Brent, man van 22 jaar (VG8)

Brent is een man van 22 jaar met ernstige meervoudige beperkingen. In goeden doen is Brent een vrolijke, goedlachse jongeman die graag in contact staat met mensen en geniet van reuring om hem heen. Als hij alert is, laat hij enig besef zien van wat er om hem heen gebeurt. Aan de hand van zijn mimiek, geluiden en (ongecontroleerde) bewegingen probeert Brent van zich te laten horen. Voor zijn omgeving is niet altijd duidelijk wat hij dan bedoelt. Als Brent erbij mag zijn, maakt dat hem tevreden. Echter is het altijd zoeken naar de balans in wat hij aankan, zowel in energie als lichamelijke mogelijkheden.

Brent is geboren in een kermisgezin. De eerste tien jaar van zijn leven heeft hij bij zijn familie gewoond en was hij onderdeel van het reilen en zeilen op de kermis. In de kleine ruimte waar hij toen woonde waren de nodige aanpassingen en hulpmiddelen nodig. Toen de zorg steeds zwaarder werd is Brent verhuisd naar een woongroep voor jongeren met EMB binnen een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. Zijn ouders zijn nog steeds veel op reis waardoor ze minder betrokken kunnen zijn bij de zorg voor Brent.

Er is bij Brent een maagsonde geplaatst omdat het eten de laatste jaren moeizamer ging. Ook was er sprake van ernstige verslikincidenten, meerdere longontstekingen en een toename van huidproblemen door onvoldoende voedingsstoffen en slechte inname van anti epileptica. De voeding gaat niet volledig via de maagsonde, op momenten van voldoende alertheid kan Brent nog wat eten.

Denk aan het moment dat er op het terrein van de zorginstelling de jaarlijkse winterfair plaatsvindt. Brent wordt meegenomen en bij de oliebollenkraam wordt hij opeens onrustig. Herkent hij de geur vanuit zijn eerste jaren op de kermis? Zijn moeder, die zijn mentor is, wil graag dat hij de oliebollen kan proeven. In de zorginstelling is er dan gesprek over wat wel of niet handig is in zo'n situatie.

Brent is volledig ADL-afhankelijk en rolstoelgebonden. Hij maakt vaak gebruik van een ligorthese omdat zitten veel energie kost. Zijn spasmen en epilepsie zorgen regelmatig voor vermoeidheid en verminderde alertheid. De verstoorde nachtrust vanwege zijn lichamelijke problemen spelen daarin ook een rol. De indruk is dat de afnemende energie en zijn beperkte lichamelijke mogelijkheden hem soms frustreren. Toen hij jonger was lukte het hem om met behulp van een hulpmiddel zichzelf enigszins voort te bewegen en ergens naar toe of vandaan te gaan. Door zijn toegenomen spasticiteit lukte dit niet meer. Als hij onrustig is, gaat hij roepen en dat geeft onrust op de groep.

Zijn IQ is niet te meten maar wordt ingeschat op lager dan 25. Brent maakt gebruik van ondersteunende communicatie hulpmiddelen. Zijn vaste begeleiders en ouders kunnen hem goed begrijpen. Brent heeft problemen met zijn visus in combinatie met sensorische informatieverwerking problematiek. Eigenlijk moet Brent een bril dragen, maar hij gooit deze regelmatig af. Wat betreft tast merken we dat Brent overgevoelig is voor aanraking. Aandacht voor het maken van en steeds afstemmen in contact is belangrijk. Vertellen, laten zien en voelen wat er gaat gebeuren en een voorspelbare volgorde in de handelingen geven herkenbaarheid en dus veiligheid. Door Brent binnen zijn mogelijkheden mee te laten doen en het geven van diepe druk, maken dat hij de vele verzorgende handelingen op een iets prettigere manier ondergaat.

Bijlage 2. VIGNET EVB – Remco, 19 jaar (VG 7)

Remco is een jongeman van negentien jaar. Hij woont sinds een jaar op locatie X, samen met vijf andere cliënten. Zijn familie komt hem een keer per week bezoeken. Remco heeft een IQ van tweeëndertig, en zijn taalproductie is groter dan zijn taalbegrip. Er is nog weinig bekend over Remco, de begeleiding heeft ook nog onvoldoende beeld van zijn problematiek.

Remco vertoont sterk externaliserend gedrag in de leefgroep. Hij bijt anderen, gooit met spullen en schopt zijn begeleiders. De begeleiding is bang voor hem. Hierdoor zit hij de hele dag in een stoel in een hoekje van de kamer en heeft hij weinig interactie met anderen. Zijn eten wordt over de vloer heen naar hem toegeschoven. Zijn gedrag is moeilijk verstaanbaar voor omstaanders. Er is nog geen structuur in Remco's leven omwille van deze problematiek, hierdoor kan volgens de begeleiders 'de basis' niet geboden worden. Hij gaat dan ook maar sporadisch naar de dagbesteding waar hij belevingsgerichte ondersteuning krijgt.

Bijlage 3. VIGNET LVB - Jan, 55 jaar, Syndroom van Down (VG 6)

Jan is 55 jaar en heeft het Syndroom van Down. Hij woont al sinds zijn twintigste levensjaar op dezelfde locatie: een kleinschalig gezinsvervangend tehuis midden in een woonwijk. Hij heeft een VG6 in verband met gedragsproblemen bij te veel prikkels. Jan gaat dagelijks naar de dagbesteding. Hij heeft twee bejaarde ouders die regelmatig bij hem op bezoek komen.

Jan had tot voor kort een leuk en zwierig leven in de woning. Hij deed veel samen met de andere cliënten, maar de laatste tijd raakt hij vaker in paniek. Hij weet soms de namen van de begeleiders niet meer, dit viel echter niet zo op omdat hij de begeleiders vaak 'schatje' noemt. Daarnaast vertoont Jan slikproblemen. Het kost hem de laatste tijd ook meer moeite om in en uit het busje van de dagbesteding te stappen, maar eenmaal daar is hij erg blij. Jan is steeds meer aan het verzamelen en heeft altijd een tas bij zich waar al zijn viltstiften in zitten met een stapel papier.

Er is vijftien jaar geleden een baseline vastgesteld op de dementieschaal in overeenstemming met de richtlijn. De conclusie van het recent verrichtte dementieonderzoek luidt dat Jan nu in het tweede stadium van dementie verkeert. Hij vertoont dan ook typische symptomen: hij zwerft, raakt snel in paniek en zijn dag- en nachtritme draait om. Deze veranderingen worden wel opgemerkt door de dagelijks begeleiders, maar de ouders van Jan herkennen deze veranderingen niet.

Bijlage 4. VIGNET LVB+ - Mustafa, 24 jaar (VG 7)

Mustafa is 24 jaar en woont sinds een jaar op een kleinschalige locatie voor mensen met een verstandelijke beperking in Rotterdam. Hij houdt van de stad en alle mogelijkheden daarvan. Mustafa komt uit een groot gezin, hij heeft nog een broer van 22 en twee zusjes van 14 en 16, die thuis bij de ouders wonen. Mustafa's moeder heeft vermoedelijk zelf ook een LVB, zijn vader regelt veel zaken voor de familie. Een oom van Mustafa, de broer van zijn moeder, ondersteunt dit gezin en staat al jaren klaar voor zijn zus die voorheen ook vaak ondersteuning nodig had bij geldzaken en het begrijpen van moeilijke brieven en formulieren.

Mustafa heeft trauma- en hechtingsproblematiek, en heeft 24 uur begeleiding per dag nodig om ervoor te zorgen dat hij niet in de problemen komt. Zo is hij een paar maanden geleden in contact gekomen met leeftijdsgenoten die hem op het verkeerde pad brachten. Zelf ziet Mustafa dat niet in, hij wil een leven leiden net als zijn vrienden, als 'gewone mensen'. Door het contact met die vrienden is Mustafa gaan experimenteren met verschillende soorten verdovende middelen. Hij is ook al eens betrokken geweest bij een overval op een sigarettenwinkel, waar hij op de uitkijk stond. Mustafa's oom en vader doen al het mogelijk om hem weg te houden van deze jongeren.

Mustafa heeft een grote gameverslaving. Hij gamet tot in de late uurtjes door. Hierdoor kwam hij vaak te laat en/of vermoeid aan op zijn werk bij een hamburgerrestaurant waardoor hij ontslagen is. Hij werd ook meermaals betrapt op gamen tijdens de werkuren. Nu hij geen werk meer heeft, is hij heel vaak thuis op de woonlocatie. Daar gebruikt hij regelmatig cannabis, dwaalt hij af en toont hij geen interesse in de activiteiten die er georganiseerd worden. Hij gamet namelijk liever en al zijn tijd en aandacht wordt daar nu aan besteed. Hij is recentelijk zelfs vijf dagen opgenomen geweest voor een detox-behandeling. Door het cannabisgebruik heeft hij een psychose gehad.

Sinds kort komen zijn vrienden uit het drugscircuit langs op de woonlocatie, ze hebben grote sporttassen mee, waarvan iedereen denkt: "Wat zit daar nou in?". Met als gevolg een locatieverbod voor zijn vrienden. Toch zien de begeleiders nog elke avond vreemde auto's geparkeerd staan voor de locatie: zouden het opnieuw deze vrienden zijn? Sinds enkele dagen staat er een bewaker voor de deur tussen 23.00 en 07.00 uur, ook voor de veiligheid van de andere bewoners.

Het team van begeleiders, gedragsdeskundigen en betrokken familieleden (oom en vader) weken goed samen om Mustafa terug op de rails te krijgen. Sinds kort is ook de wijkagent ingeschakeld, die hierin goed meewerkt.

Bijlage 5. VIGNET NAH - Majan, 31 jaar (LG4)

Majan is een vrouw van 31 jaar met niet-aangeboren hersenletsel, waarbij er op 7-jarige leeftijd een goedaardige hersentumor werd geconstateerd vlak bij de hersenstam. Het bleek een terugkerende tumor op een lastige plek, die niet in één keer kon worden weggehaald. Majan is hier driemaal aan geopereerd (in 1998, 2000 en 2005), waarbij de tumor in zijn geheel is verwijderd bij de laatste operatie.

Letselschade uit zich op cognitief vlak voornamelijk in deficiënties in het werkgeheugen van Majan; het verwerken, manipuleren en vasthouden van informatie. Daarnaast zijn er deficiënties gevonden in haar executieve functioneren, heeft ze een ernstig visuele beperking waardoor ze slechts 5% ziet en kampt ze met een depressie en laag zelfbeeld. Op emotioneel gebied functioneert Majan binnen de realiteitsbewustwordingsfase (7-12 jaar).

Majan is een kwetsbare vrouw, die zich erg afhankelijk opstelt naar begeleiding en behandelaren toe. Ze is vroeger veel gepest, wat mede heeft geleid tot een laag zelfbeeld. Haar jeugd kenmerkt zich door overvraging vanuit ouders en omgeving, waardoor ze altijd een druk schema heeft gehad. Majan uit regelmatig dat ze afhankelijk is van hulp om te kunnen functioneren. Ze gaat regelmatig naar de kerk, dagbesteding en beschikt over een groot netwerk aan familie en vrienden. Ze is bang dat haar ouders wegvallen in de toekomst en dat ze er alleen voor komt te staan.

Majan slaat de dagbesteding regelmatig over en blijft dan de hele dag in bed liggen. Ze vraagt om veel bevestiging bij de begeleiding, of zij haar wel mogen en niet vervelend vinden. De laatste tijd eet ze minder mee op de groep, maar vaker alleen in haar woning. De begeleiding merkt een bepaalde onrust, alsof Majan op haar tenen loopt.

Bijlage 6. Format voorbereidende opdracht focusgroep 1

INZET VOOR 1-OP-1 BEHANDELING

- Welke aandoeningen/indicaties leest u in het vignet waarvoor u nu in de praktijk een behandeling inzet gericht op het individu (1-op-1 behandeling)?
- Welke behandelaren zet u in per aandoening/indicatie, gericht op 1-op-1 behandeling?
- Welk soort behandeling wordt ingezet per aandoening/indicatie, gericht op de 1-op-1 behandeling? Denk daarbij ook aan hulpmiddelen, farmacie of anderszins?
- Schat in welke tijdsinzet het per behandelaar gemiddeld kost in minuten per week, gericht op 1-op-1 behandeling.

Aandoeningen / Indicaties	Betrokken behandelaren	Soort behandeling	Tijdsinzet (gemid. min pr week)

INZET VOOR LEEFSITUATIE (MEDIËRENDE AS)

- Welke aandoeningen/indicaties leest u in het vignet waarvoor u nu in de praktijk een behandeling inzet gericht op de leefsituatie (mediërende as)?
- Welke behandelaren zet u in per aandoening/indicatie, gericht op leefsituatie?
- Welke begeleiders betreft u hierin, gericht op leefsituatie?
- Welk soort behandeling wordt ingezet per aandoening/indicatie, gericht op leefsituatie?
- Schat in welke tijdsinzet het de behandelaren en begeleiders gemiddeld kost in minuten per etmaal, leefsituatie.

Aandoeningen / Indicaties	Betrokken behandelaren	Betrokken begeleiders	Soort behandeling	Tijdsinzet (gemid. min pr etmaal)

INZET VOOR LEEFKLIMAAT

- Welke aandoeningen/indicaties leest u in het vignet waarvoor u nu in de praktijk een behandeling inzet, gericht op het leefklimaat?
- Welke behandelaren zet u in per aandoening/indicatie gericht op het leefklimaat?
- Welke begeleiders betreft u hierin, gericht op het leefklimaat?
- Welk soort behandeling wordt ingezet per aandoening/indicatie, gericht op het leefklimaat?
- Schat in welke tijdsinzet het de behandelaren en begeleiders gemiddeld kost in minuten per etmaal, gericht op leefklimaat.

Aandoeningen / Indicaties	Betrokken behandelaren	Betrokken begeleiders	Soort behandeling	Tijdsinzet (gemid. min pr etmaal)

BEWEEGREDEKENEN / OVERWEGINGEN

Er kunnen verschillende beweegredenen/overwegingen zijn voor de keuze van behandeling en inzet van de verschillende professionals, zoals:

- verschillen in de aanspraak tussen verblijfsplekken mét en zonder behandeling;
- verschillen in visie (van organisaties / professionals)
- krapte
-

Deze beweegredenen kunnen vanuit de verschillende invalshoeken (soort professionals/manager) er anders uit zien of anders gewogen worden. Graag daarom deze uitsplitsen. Uw toelichting helpt om straks in de focusgroepen mogelijke vormen van praktijkvariatie beter te begrijpen.

Beweegredenen: expliciteer overwegingen voor iedere behandelaar

- Behandelaar 1:

- Behandelaar 2:

- Behandelaar 3:

- Etc...

Beweegredenen: expliciteer overwegingen voor begeleider(s)

Beweegredenen: expliciteer overwegingen voor organisatie en/of manager behandeling en/of locatiemanager

Beweegredenen: expliciteer overige overwegingen (zoals regionale situatie)

Bijlage 7-I. Format voorbereidende opdracht focusgroep 2 – inhoudelijke experts (behandelaren)

INZET VOOR 1-OP-1 BEHANDELING

- Welke aandoeningen / indicaties / behoeften leest u in het vignet?
- Welke behandelaren zou u voor deze aandoeningen / behoeften inzetten, als u het anders & slimmer mocht organiseren?
- Welke diagnostiek en/of behandeling past daarbij (NB: denk ook aan nachtzorg)?
- Wat betekent het anders & slimmer organiseren voor de tijdsinzet per behandelaar?

SITUATIE ANDERS & SLIMMER¹³

Aandoeningen / Indicaties / Behoeften	Betrokken behandelaren	Diagnostiek en / of behandeling	Tijdsinzet (gemid. min pr week)

¹³ Het gaat om het beschrijven van een situatie waarin de zorg anders en slimmer is georganiseerd. Daarbij kun je je laten inspireren door wat je tijdens de focusgroep hebt gehoord, eigen ideeën en voorbeelden van buiten. Let op: een gezonde dosis **realisme** is wel belangrijk. Houd dus rekening met organisatorische randvoorwaarden, budgettaire kaders en personele krapte.

VRAAG 1: Wat zijn uw belangrijkste veranderingen t.o.v. de huidige situatie als u het slimmer en anders kunt organiseren? U kunt hierbij denken aan *technologische mogelijkheden, taakdifferentiatie, preventie, netwerk van de cliënt, etc.* Let op: denk niet alleen pragmatisch, probeer ook tot verrassende gedachten te komen.

VRAAG 2: Wat zijn uw overwegingen voor deze veranderingen?

VRAAG 3: Omschrijf hoe in uw ogen het team rondom de cliënt (begeleiders, netwerk cliënt, etc.) eruit moet zien in de 'situatie anders & slimmer'. Zowel in samenstelling, rol als kwaliteiten.

INZET VOOR LEEFSITUATIE (MEDIËRENDE AS)

- Welke aandoeningen / indicaties / behoeften leest u in het vignet?
- Welke behandelaren en / of begeleiders zou u voor deze aandoeningen / behoeften inzetten, als u het anders & slimmer mocht organiseren?
- Welke diagnostiek en/of behandeling past daarbij (NB: denk ook aan nachtzorg)?
- Wat betekent het anders & slimmer organiseren voor de tijdsinzet per behandelaar en /of begeleider?

SITUATIE ANDERS & SLIMMER ¹⁴

Aandoeningen / Indicaties / Behoeften	Betrokken behandelaren en/of begeleiders	Diagnostiek en/of behandeling	Tijdsinzet (gemid. min pr etmaal)

¹⁴ Het gaat om het beschrijven van een situatie waarin de zorg anders en slimmer is georganiseerd. Daarbij kun je je laten inspireren door wat je tijdens de focusgroep hebt gehoord, eigen ideeën en voorbeelden van buiten. Let op: een gezonde dosis **realisme** is wel belangrijk. Houd dus rekening met organisatorische randvoorwaarden, budgettaire kaders en personele krapte. Ook is er een kolom samengevoegd, namelijk behandelaren en begeleiders, omdat we dit geleerd hebben van de focusgroep.

VRAAG 1: Wat zijn uw belangrijkste veranderingen t.o.v. de huidige situatie als u het slimmer en anders kunt organiseren? U kunt hierbij denken aan *technologische mogelijkheden, taakdifferentiatie, preventie, netwerk van de cliënt, etc.* Let op: denk niet alleen pragmatisch, probeer ook tot verrassende gedachten te komen.

VRAAG 2: Wat zijn uw overwegingen voor deze veranderingen?

VRAAG 3: Omschrijf hoe in uw ogen het team rondom de cliënt (begeleiders, netwerk cliënt, etc.) eruit moet zien in de 'situatie anders & slimmer'. Zowel in samenstelling, rol als kwaliteiten.

INZET VOOR LEEFKLIAMAAT

- Welke aandoeningen / indicaties / behoeften leest u in het vignet?
- Welke behandelaren en / of begeleiders zou u voor deze aandoeningen / behoeften inzetten, als u het anders & slimmer mocht organiseren?
- Welke diagnostiek en/of behandeling past daarbij (NB: denk ook aan nachtzorg)?
- Wat betekent het anders & slimmer organiseren voor de tijdsinzet per behandelaar en /of begeleider?

SITUATIE ANDERS & SLIMMER ¹⁵

Aandoeningen / Indicaties / Behoeften	Betrokken behandelaren en/of begeleiders	Diagnostiek en/of behandeling	Tijdsinzet (gemid. min pr etmaal)

¹⁵ Het gaat om het beschrijven van een situatie waarin de zorg anders en slimmer is georganiseerd. Daarbij kun je je laten inspireren door wat je tijdens de focusgroep hebt gehoord, eigen ideeën en voorbeelden van buiten. Let op: een gezonde dosis **realisme** is wel belangrijk. Houd dus rekening met organisatorische randvoorwaarden, budgettaire kaders en personele krapte.

Ook is er een kolom samengevoegd, namelijk behandelaren en begeleiders, omdat we dit geleerd hebben van de focusgroep.

VRAAG 1: Wat zijn uw belangrijkste veranderingen t.o.v. de huidige situatie als u het slimmer en anders kunt organiseren? U kunt hierbij denken aan *technologische mogelijkheden, taakdifferentiatie, preventie, netwerk van de cliënt, etc.* Let op: denk niet alleen pragmatisch, probeer ook tot verrassende gedachten te komen.

VRAAG 2: Wat zijn uw overwegingen voor deze veranderingen?

VRAAG 3: Omschrijf hoe in uw ogen het team rondom de cliënt (begeleiders, netwerk cliënt, etc.) eruit moet zien in de 'situatie anders & slimmer'. Zowel in samenstelling, rol als kwaliteiten.

Bijlage 7-II. Format voorbereidende opdracht focusgroep 2 – managers

Tijdens de komende focusgroep op 22 april maken we de stap van huidige situatie naar mogelijkheden voor anders en slimmer organiseren. Daarvoor vragen we u opnieuw over *het organiseren van behandeling* na te denken, maar nu met de volgende vier vragen in het achterhoofd. In onderstaande tekstblokken vragen wij u per vraag uw antwoorden, overwegingen en mogelijke suggesties te noteren.

VRAAG 1: Vanuit een inhoudelijke visie kan er de overtuiging zijn om dat wat nodig is, in te zetten voor de cliënt. Tegelijkertijd is er vanuit bedrijfskundig perspectief ook de noodzaak om het totaal aan behandelingen aan te laten sluiten op beschikbaar budget, capaciteit, kaders en regelingen van de Wlz en de Zvw. Hoe zorgt u daarvoor? En welke werkende principes en risico's ziet u in de praktijk?

VRAAG 2: Het specificeren van tijdsinzet per behandeling bleek tijdens de focusgroep van 16 januari niet eenvoudig te zijn. Voor welke dilemma's plaatst u dat in de praktijk?

VRAAG 3: Stel, er is ruimte om de zorg anders en slimmer (toekomstbestendig, efficiënter) te organiseren. Tot welke ideeën komt u op het vlak van behandeling Wlz? Vanzelfsprekend met behoud van kwaliteit van zorg. Daarbij kun u zich laten inspireren door wat u tijdens de focusgroep in januari hebt gehoord, eigen ideeën, voorbeelden van buiten en de praatplaten die nu zijn meegestuurd. Zo zou u kunnen denken aan technologische mogelijkheden, taakdifferentiatie, preventie, netwerk van de cliënt. Creativiteit wordt gewaardeerd. Zoals dit bijv. ook in de coronatijd heeft geleid tot het invoeren van andere werkwijzen.

VRAAG 4: Transparantie lijkt vaak het toverwoord te zijn, zoals in andere lopende onderzoeken van bijv. de NZa. Hoe kijk u naar dit begrip en hoe zou u hier vorm en inhoud aan geven, als u het voor het zeggen zou hebben?

Praatplaat

Focusgroep EMB

16 januari 2024

1-op-1 behandeling (n=5)

Brent
22 jaar
EMB
(VG8)

Aandoeningen / indicaties:

- Verstoorde nachtrust (5x)
- Spasme, ligorthese, afname lichamelijke mogelijkheden (4x)
- Prikkelverwerking, sensorische informatieverwerking (4x)
- Alertheid/ Spanning (roepen) / contact maken (4x)
- Epilepsie (4x)
- Maagsonde i.c.m. soms nog zelfstandig eten (3x) incl. morele dilemma's
- Visusproblemen (3x)
- Communicatieproblemen (3x)
- Longontsteking (3x)
- Huidproblemen (3x)
- Slikproblemen (2x)
- Beperkt sociaal netwerk (2x)

- Gehoorproblemen
- Houdingsproblemen
- Disbalans in energie
- Frustratie door afnemende mobiliteit
- Zeer EVMB

Betrokken behandelaren

1. Logopedist (5x) - 10 min p/w tot 60 min eenmalig
2. Ergotherapeut (5x) - 20 min p/w tot 120 min eenmalig
3. Arts VG (4x) - 10 min tot 15 p/w
4. Gedragsdeskundige (4x) - 15 tot 30 min p/w
5. Fysiotherapeut (3x) - 42 min p/w
6. Diëtist (3x) - 5 min p/w
7. Medisch specialist, MDL-arts, neuroloog (2x) - x
8. SI-therapeut (2x) - 10 min p/w tot 120 min eenmalig
9. Verpleegkundige (2x) - 8 min p/w
10. Huisarts (2x) - x

11. Muziektherapeut / muziekcoach - 5 min p/w
12. Vak therapeut (muziek of psychomoteur therapeut) - 5 min p/w
13. Slaapteam (GDW, FT, AVG) - x
14. Bewegingsagogogen - x
15. Visio, Kentalis, SEIN - x
16. Behandelteam - x
17. Kijkteam - x

Soort behandeling:

- Onderzoek slikproblematiek (4x)
- Medisch onderzoek, uitsluiten medische problemen, doorverwijzen, (medicatie) evaluatie (4x), epilepsieprotocol
- Nagaan hulpmiddelen (w.o. ligorthese, rolstoel) (3x)
- Opstellen alertheidsfaseplan / alertheidsprofiel (3x)
- SI-onderzoek (3x)
- Fysio behandeling i.v.m. lichamelijke beperking (2x)
- Aanpassingen in inzet ondersteunde communicatie (2x)
- Dieetplan sondevoeding i.c.m. 'gewoon' voedsel (2x)
- Onderzoek rondom lighouding, bewegen, transfers (2x)
- Advies t.a.v. ethische dilemma rondom het eten
- Advies over houding tijdens het eten en drinken
- Onderzoek en advisering t.a.v. informatieverwerking
- Onderzoek energiemangement en stimulerende vrijetijdsbesteding
- Onderzoeken beïnvloeding spanning nachtrust via muziek of bewegen
- Onderzoeken voorspelbaarheid rondom nachtrust, rituelen
- Slaaponderzoek en advisering slaap hygiëne team
- Communicatieprofiel opstellen
- KOJO uitproberen; eerst actie-reactie spellen
- Eventueel gebruik maken van de Hume Biosensoren
- PEP masker overwegen en uitproberen
- Preventieve Gezondheidslijst (PGO), event. inzet arts VG
- Inventarisatie Persoonsbeeld en Gedragstaxatie Instrument
- Opstellen vast-variabel dagprogramma (event. met Activiteitenweger)
- Screening en event. vervolgonderzoek visus, auditieve problemen
- Sociaal netwerk in kaart brengen middels netwerkcirkels
- In kaart brengen gedrag
- Advisering wat betreft PEG verzorging

Mediërende as (n=5)

Brent
22 jaar
EMB
(VG8)

Aandoeningen / indicaties:

- Communicatieproblemen (4x)
- Maagsonde i.c.m. soms nog zelfstandig eten (3x)
- Spasmes, ligorthese, afname lichamelijke mogelijkheden (3x)
- Alertheid/ Spanning (roepen) / contact maken (3x)
- Verstoorde nachtrust/ lighouding (2x)
- Sensorische informatieverwerking en visusproblemen (2x)
- Epilepsie (2x)
- Longontsteking (2x)
- Huidproblemen (2x)

- Prikkelverwerking
- Verstandelijke beperking
- Slikproblemen
- Disbalans in energie
- Gehoorproblemen
- Beperkt sociaal netwerk

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdeskundige (3x) - 15 min p/etmaal tot 40 min p/w + 60 min p/jr ontwikkelfase gesprek.
2. Logopedist (3x) - 5 min p/etmaal tot 30 min p/w
3. Ergotherapeut (3x) - 9 min p/etmaal tot 15 min p/w
4. SI-therapeut (2x) - 2 min p/etmaal tot 45 min p/w
5. Arts VG (2x) - 10 min p/w
6. Diëtist (2x) - 3 min p/etmaal
7. MDL-arts, neuroloog - x
8. Fysiotherapeut (2x) - 4 min p/etmaal tot 120 min p/wk
9. Vaktherapeut - 4 min p/etmaal
10. Verpleegkundige locatie - 5 min p/etmaal
11. Visio, Kentalis, SEIN - 30 min - 1 uur per jaar
12. Bewegingsagogen - x
13. Slaapteam (GDW, FT, AVG) - x

Betrokken begeleiders

1. Coördinerend begeleider, PB'er (2x) - x
2. Hele team begeleiders (4x) - 6,25 uur (375 min) per etmaal tot continu
3. Systeem van de client - x
4. Behandelteam - 2 uur p/w

Soort behandeling:

- Uitvoeren adviezen ergotherapeut (4x)
- Adviezen logopedie opvolgen (4x), risicoafweging t.o.v. kwaliteit van leven i.o.m. ouders
- Alertheidsschema opstellen incl. passende begeleidingslijn en team hiermee leren werken (2x)
- Dagprogramma afstemmen op alertheid (2x)
- Duidelijk eet- en drinkplan (2x)
- Adviezen opvolgen Arts VG (2x)
- Observeren en rapporteren epileptische aanvallen (2x)
- Ontwikkelingsfasegesprek
- Coaching op contact maken
- Onderzoeken welke LACCS-waarden niet goed vervult?
- Uitvoeren adviezen vaktherapeut
- Aanpassen ondersteuningsplan, afsprakenkaart en behandelplan
- Beleid rondom verwisselingen van sonde
- Samen met het team een plan opstellen rondom het bieden van een goede nachtrust
- Samenwerking met team t.a.v. Hume Biosensoren → achterhalen wanneer en waardoor spanning oploopt
- Advisering over betekenis visuele en auditieve beperking in ondersteuning, implementatie adviezen
- Advisering en aansturen team wat betreft versterken, uitbreiden of behouden netwerk
- Uitvoeren en evalueren slaapadviezen

Leefklimaat (n=5)

Brent
22 jaar
EMB
(VG8)

Aandoeningen / indicaties:

- EMB (3x)
- Sensorische informatieverwerking en visusproblemen (2x)
- Maagsonde i.c.m. soms nog zelfstandig eten
- Spasmes, ligorthese, afname lichamelijke mogelijkheden
- Verstoorde nachtrust/ lighouding
- Communicatieproblemen
- Alertheid/ Spanning (roepen) / contact maken
- Epilepsie
- Onrust op de groep door onrust bij Brent
- Aansluiten bij de ontwikkelingsfase van de cliënt
- Pijn
- Sociale netwerken
- Leefklimaat
- Openheid en transparantie

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdeskundige (3x) - 15 min p/w tot 16-20 uur per jaar
2. Ergotherapeut (2x) - 16 min p/etmaal
3. Logopedist - 3 min p/etmaal
4. Diëtist - 1 min p/etmaal
5. MDL-arts, neuroloog - x
6. Verpleegkundige - 5 min p/etmaal
7. Medewerker domotica Team of Team consumententechnologie - 5 min p/etmaal
8. AVG - x
9. Fysiotherapeut - x

Betrokken begeleiders

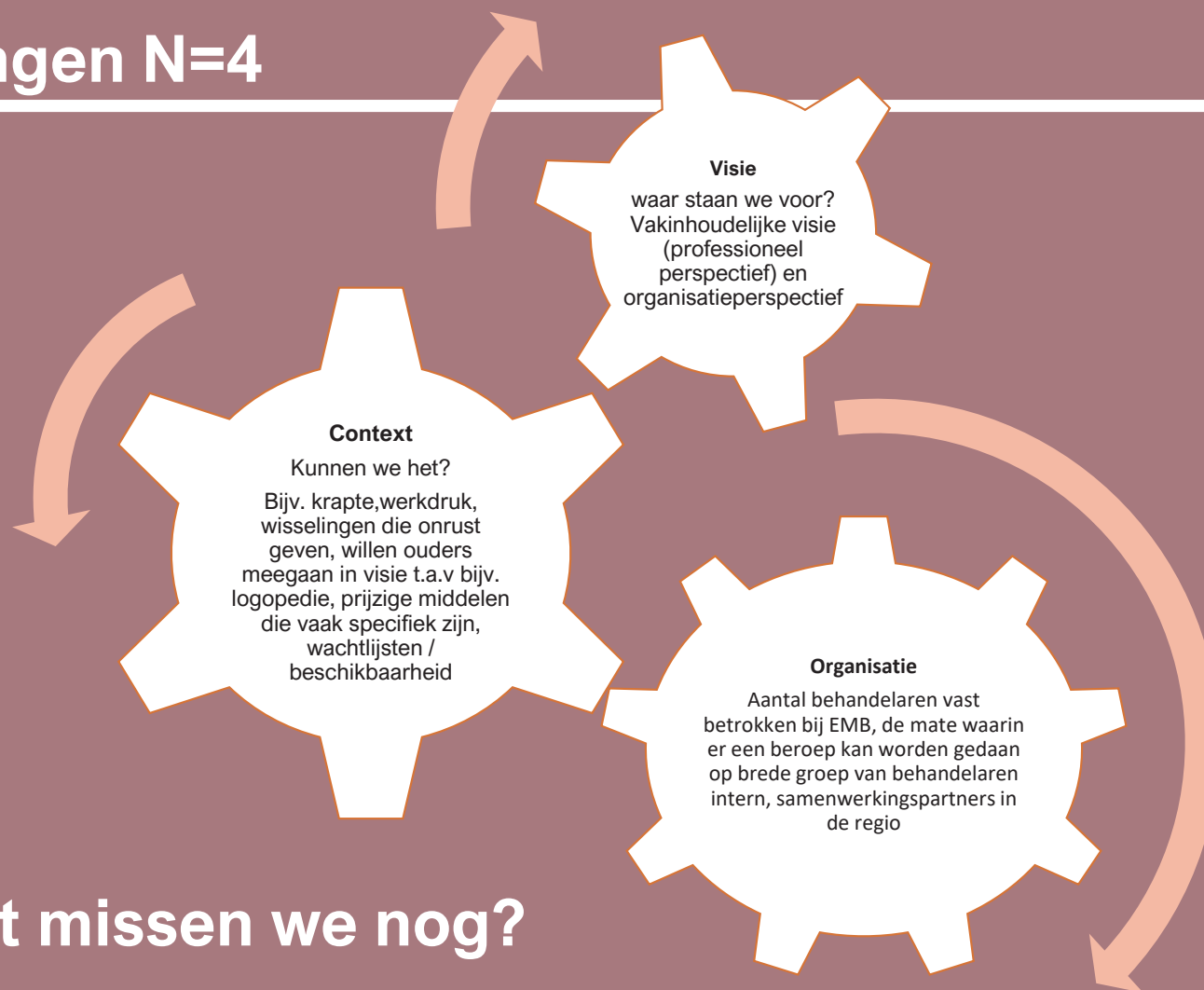
1. Coördinerend begeleider, PB'er (3x) - x
2. Hele team begeleiders (3x) - 5 min p/etmaal tot continu
3. Event. systeem van de client / alle betrokkenen (2x) - x
4. Team manager - x

Soort behandeling:

- LACCS-programma (2x)
- Aanpassingen in de woning o.b.v. zijn voorkeuren (2x)
- Middelen om sonde te vervangen
- Orthese goed plaatsen, event. andere ondersteunende middelen inzetten (moto-med)
- Psycho-educatie rondom communicatie en de ondersteunende communicatie voor team
- Epi-mat of nightwatch
- Methodiek Perspectief
- A.d.h.v. een persoonsbeeld opstellen perspectief en hoofddoel. Hoofddoel realiseren m.b.v. werkdoelen met looptijd van 6 weken
- E-learning pijnsignalering, cliënten tijdens teamoverleggen altemnerend beoordeeld mbv de POSAID
- Lichtplan installeren
- Veiligheid creëren
- Faciliteren van dagelijkse handelingen/activiteiten
- Belang van openheid en transparantie in het team t.a.v. eigen normen en waarden en de wijze waarop keuzes beïnvloedt worden in de ondersteuning

Overwegingen N=4

Brent
22 jaar
EMB
(VG8)



Wat missen we nog?

Praatplaat

Focusgroep EVB

16 januari 2024

1-op-1 behandeling (n=4)

Remco
19 jaar
EVB
(VG7)

Aandoeningen / indicaties:

- Communicatieproblemen (3x)
- Externaliserend gedrag/ begeleiders zijn bang (4x)
- Onvoldoende zicht op somatiek (3x)

- Geen contact met andere bewoners
- Geen structuur, veel loze tijd
- Onvoldoende kennis over zijn prikkelverwerking
- Hoge mate van spanning
- Pijn uitsluiten
- SI problematiek
- Beeldvormende diagnostiek
- Kwaliteit van Slaap in kaart brengen en indien noodzakelijk verbeteren
- Diagnostiek psychiatrisch problematiek. Mogelijkheden voor ondersteunende medicatie

Betrokken behandelaren

1. Logopedist (4x) - 18 min tot 1,5 uur p/w
2. Arts VG (4x) - 5 min tot 30 min p/w
3. Gedragsdeskundige (3x) - 45 min p/w tot 15 uur totaal (?)
4. SI-therapeut (2x) - 10 min tot 1 uur p/w
5. Ergotherapeut (2x) - 5 min tot 1 uur p/w
6. Regiebehandelaar/ gedragsdeskundige i.s.m. multidisciplinair team - 1,5 – 2 uur p/w
7. Psychodiagnostisch medewerker - 1 uur p/w
8. Gehoor- en Visusteam intern - 3 min p/w
9. Muziektherapeut - 30 min p/w
10. Fysiotherapeut - 7 min p/w
11. Verpleegkundige (2x) - 4 min p/w
12. Netwerk en huisarts (2x) – x
13. Psychiater

Soort behandeling:

- Diagnostisch onderzoek en beeldvorming (3x), bijv. emotioneel onderzoek, adaptief gedrag
- Communicatie onderzoek en inzetten van een passend communicatie systeem (2x)
- Observatie van gedrag (2x), analyse, en inzet passende interventies om contact te stimuleren en spanning te laten zakken.
- SI onderzoek en behandeling (2x)
- Regie voeren over alle lijnen die uitgezet worden
- Lichamelijk functioneren in beeld brengen, gedragsmedicatie bespreken (i.o.m. psychiater) (2x)
- Zicht krijgen op fysieke behoeften, uitsluiten medische/psychiatrische oorzaken voor huidig(2x) gedragsbeeld
- Visus- en gehooronderzoek doen
- Client leren kennen via Muziektherapie
- Dagprogramma maken, voorspelbaarheid waarin beweging terugkomt
- Beweegplan maken
- Inzet van de Hume (Biosensoren) om preventief te bekijken wanneer spanning oploopt
- Invullen van de Preventieve Gezondheidslijst
- Advies vragen aan arts VG
- Fysieke toestand in kaart brengen en event. gevolgen van bewegingsarmoede
- Slaap in kaart brengen, slaapdagboek
- Afname Comvoor

Mediërende as (n=4)

Remco
19 jaar
EVB
(VG7)

Aandoeningen / indicaties:

- Geen structuur / basis, veel loze tijd (3x)
- Communicatieproblemen (2x)
- Externaliserend gedrag/ begeleiders zijn bang
- Geen contact met andere bewoners
- Onvoldoende kennis over zijn prikkelverwerking (2x)
- Hoge mate van spanning (2x)
- Onvoldoende zicht op somatiek
- Pijn uitsluiten
- Grondhouding/begeleidingslijn bepalen
- Dagprogramma / inrichting van het dagelijks leven
- Kernteam van begeleiders formeren (optioneel)
- Fysieke vaardigheid en mentale weerbaarheid
- Taalproductie is groter dan taalbegrip.
- Er is nog weinig bekend over Remco, de begeleiding heeft ook nog onvoldoende beeld van zijn problematiek (2x) (sociaal emotioneel niveau, sociale redzaamheid, levensgeschiedenis etc.)

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdeskundige (3x) - Niet gespecificeerd tot 21 min p/etmaal
2. Logopedist (2x) - 3 min p/etmaal tot 4-10 uur (per week?)
3. Regiebehandelaar - x
4. Trainers - Ieder kwartaal 2 uur
5. Fysiotherapeut - x
6. Verpleegkundige - 3 min p/etmaal
7. WZD functionaris - 2 min p/etmaal
8. Maatschappelijk werker
9. Heykoopcoach
10. SI therapeut

Betrokken begeleiders

1. Persoonlijk begeleider
2. Begeleiders (4x), als onderdeel van team (incl. DVC en manager) - 270 min p/etmaal tot meerdere uren per dag
3. Verpleegkundige van de locatie - x
4. Systeem van de client (2x) - x

Soort behandeling:

- Dagprogramma met balans en structuur in activiteiten (4x), incl. ondersteunende communicatie.
- Team ondersteuning/grondhouding bepalen
- Stimuleren van contactopbouw vanuit begeleiding
- Coaching en beeldvorming en inzetten van de interventie
- Regie voeren over alle lijnen die uitgezet worden
- Veilige basis creëren die aansluit bij zijn emotionele niveau (o.a. bekende gezichten die hem kennen)
- Team bekwamen in fysiek begeleiden en handvatten geven hoe mentaal met een dergelijke casus om te kunnen gaan
- Individuele afspraken m.b.t. orthopedagogisch klimaat, uitwerken specifieke begeleidingsstijlen
- Adviezen communicatieprofiel, communicatieonderzoek en verdere beeldvorming doornemen en implementeren (begrip)
- Psycho-educatie
- Team leren werken met ondersteunende communicatie, zoals natuurlijke verwijzers.
- Uitkomsten Visus- en gehooronderzoek delen
- Ondersteunings- en behandelplan, incl. rapportagepunten
- WZD-maatregelen in kaart brengen, bespreken. Alternatieven?
- Omgangadvies en signaleringsplan opstellen
- Adviezen SI onderzoek doorvoeren en die van logopedist
- Team leren om te gaan met biosensoren en App Hume
- Afname SEO of Esseon, afname Vineland
- Dossier analyse en levenslijn maken. Ontdekkend kijken.
- Si vragenlijst invullen, analyse video-opname
- Signaleringsplan opstellen, incl. de-escalerend werken

Leefklimaat (n=4)

Remco
19 jaar
EVB
(VG7)

Aandoeningen / indicaties:

- Geen structuur / basis, veel loze tijd (2x)
- Externaliserend gedrag/ begeleiders zijn bang (2x)
- Geen contact met andere bewoners (2x)
- Communicatieproblemen
- Prikkelverwerking
- Methodisch werken
- Aanpassingen woon/leef omgeving
- Werken volgens LACCS methodiek
- Werken vanuit positief leefklimaat (volgens Jongepier)
- Geen menswaardig en betekenisvol leven
- Groepsprogramma

Betrokken behandelaren

1. Regiebehandelaar - 4 uur p/w
2. Ergotherapeut - 1 uur p/w (niet structureel)
3. SI therapeut - 1 uur p/w (niet structureel)
4. Gedragsdeskundige (3x) - 11 min p/etmaal
5. Logopedist - 5 min p/etmaal
6. Netwerk – x
7. Contextcoach

Betrokken begeleiders

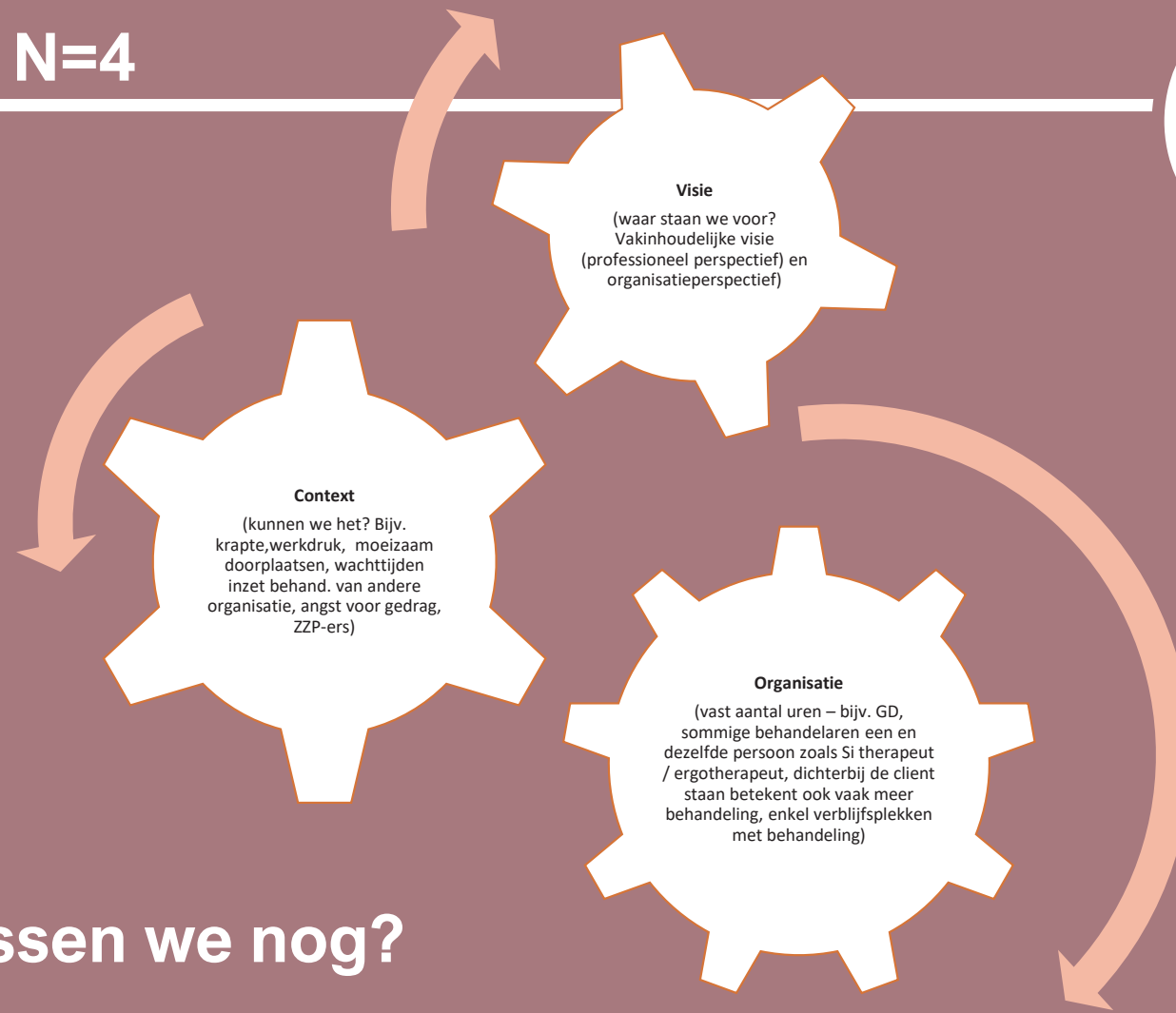
1. Persoonlijk begeleiders
2. Begeleiders (3x), als onderdeel van team (incl. manager) - 1 uur p/w
3. DVC - 4 uur p/w
4. Verpleegkundige
5. Systeem van de client

Soort behandeling:

- Stimulerende omgeving inrichten, veilig
- Woonomgeving aanpassen - veilig voor Remco en mede cliënten, voor meer bewegingsvrijheid en nabijheid te bieden
- Omgeving voorspelbaarder en veiliger maken. Bv met fotobord, foto's op kasten, teachkast. Met zachtere materialen werken.
- LACCS programma
- Vormgeven van leefklimaat
- Betekenis geven aan de situatie vanuit het behandelhuis zowel met begeleiders als met het netwerk samen
- Menselijk behoeften in kaart brengen, wensen, talenten en mogelijkheden en rekening houden met beperkingen
- Toewerken naar de onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie
- Gedrag: basale menselijke behoeften worden niet vervuld. Daarom diagnostiek om te kijken waardoor dat komt
- Orthopedagogisch klimaat neerzetten met hierin dag structuur, vast dagritme, zinvolle bezigheden, voorspelbaarheid voor de client
- Team agressiepreventie-training
- Mogelijk een timetimer (afhankelijk van niveau)
- Beweegmiddelen introduceren
- Methodiek Triple C implementeren
- Alle individuele programma's bundelen tot een dagprogramma voor de groep

Overwegingen N=4

Remco
19 jaar
EVB
(VG7)



Visie
(waar staan we voor?
Vakinhoudelijke visie
(professioneel perspectief) en
organisatieperspectief)

Context
(kunnen we het? Bijv.
krapte, werkdruk, moeizaam
doorplaatsen, wachttijden
inzet behand. van andere
organisatie, angst voor gedrag,
ZZP-ers)

Organisatie
(vast aantal uren – bijv. GD,
sommige behandelaars een en
dezelfde persoon zoals Si therapeut
/ ergotherapeut, dichtbij de client
staan betekent ook vaak meer
behandeling, enkel verblijfsplekken
met behandeling)

Wat missen we nog?

Praatplaat

Focusgroep LVB

16 januari 2024

1-op-1 behandeling (n=7)

Jan
55 jaar
LVB
(VG6)

Aandoeningen / indicaties:

- (Veranderd) gedrag / onrust / paniek (7x)
- (2de fase) dementie (7x)
- Slikproblemen (7x)
- Down syndroom + VB
- (Lichamelijke) achteruitgang / lichamelijk instappen (2x)
- Moeite dag- nachtritme
- Verschil visie ouders / begeleiders
- Slaapproblemen
- Gevaar afwenden
- Beeldvorming bijstellen
- Proactieve zorgplanning

Betrokken behandelaren

1. Arts VG (7x) - 5-30 min p/w, 1x 60 min eenmalig
2. Logopedist (7x) - 5-30 min p/w, 15 min- 6 u eenmalig
3. Gedragsdesk /systeemtherapeut (3x) - 15-28 min/w, x, 1x 2x 60 min eenmalig
4. Diëtist (3x) - 5-evt 30 min p/w
5. Psychodiagnostisch medewerker (2x) - 5min p/w, 180 min eenmalig
6. Regiebehandelaar (2x) - 15 min p/w, 6-120 min eenmalig
7. Ergotherapeut (3x) - 8 -60 min p/w, x
8. SO (2x) - 1 u eenmalig
9. Verpleegkundige - 17 min p/w, 30 min eenmalig
10. SP Verpleegkundige - 5 min p/w
11. Huisarts - x
12. Multidisc int slaapteam - 20 min eenmalig
13. Muziektherapeut - 17 min p/w
14. Fysiotherapeut - 15 min p/w
15. Begeleiding - 60 min p/w
16. WZD functionaris - 1 min p/w
17. Vaktherapeut - 15 min p/w
18. Visus en Gehoorteam, comm. mw. - 30 min eenmalig (comm. mw. + 2 en 9)
19. SI therapeut - 12 u eenmalig

Voorbeelden van soort behandeling:

- PGO invullen
- Periodiek neuropsychol. onderzoek
- Onderzoek slikfunctie, eetobservatie, opstellen protocol / slikpaspoort
- Monitoren verloop
- Medicatie overwegen
- Systeemgesprekken
- Interviëren op dag- nachtritme
- Rol muziek onderzoeken
- Transfer bus onderzoeken
- Loopfunctie / valrisico inschatten
- Zintuigonderzoek
- Spanning reguleren (muziek /spel e.a.)
- WZD procedure
- Diëtist bij verminderen gewicht
- Onderzoek integrale SI diagnostiek
- Observatie
- Overkoepelend beleid (AVG)
- HGD/psychodiagnostisch onderzoek
- Dagprogramma aanpassen
- Zorgoverleg ondersteuningsvraag

Mediërende as (n=7)

Jan
55 jaar
LVB
(VG6)

Aandoeningen / indicaties:

- Slaapprobl., dag/nachtritme (4x)
- Gedragsproblemen /paniek (4x)
- Dementie(3x)
- Toenemende verzameldrift (3x)
- Slikproblemen (2x)
- Down syndroom + VB (2x)
- Problemen bewegen (in-uitstappen busje) (2x)
- Zwerven (2x)

- (Lichamelijke) achteruitgang
- Fysieke achteruitgang
- Overgang naar dagbesteding
- Visuele / auditieve problematiek
- Psycho-educatie (betrok/ouders/team)
- Afstemming MDO

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdesk. (7x) - 3-60 min p/etmaal tot 150 min p/wk
2. Ergother. (2x) - 3 min p/etm. tot 5 min p/wk
3. Regiebeh. (2x) - 5 min p/etm. tot 30 min p/wk
4. Logopedist (2x) - 4 min p/etm. / 15 min p/wk
5. Arts VG (2x) - 15 min p/wk
6. Diëtist - x
7. Ergotherapeut - x
8. GZ-psycholoog - 10 min p/etmaal
9. WZD functionaris - x
10. Huisarts - x
11. Fysiotherapeut - 45 min p/wk
12. Visio / Bartiméus - 30 min p/wk
13. AC / audicien - 30 min p/wk
14. SO - x
15. Evt. psycho-diagnosticus

Betrokken begeleiders

1. CB, RB, PB (5x) - x
2. Team, dagelijks begeleiders (3x) - 60 min p/etm
3. Systeem van de client (3x) - x
4. Helpenden - x
5. Begeleiders dagbesteding - x
6. Teams verpleegkundigen -x

Voorbeelden van soort behandeling:

- Psychoeducatie team DS / dementie
- Psychoeducatie team slikproblemen
- Intelligentie / dementie onderzoek
- Begeleiders leren werken met visueel dagprogramma / verzameldrift
- Adviezen ri team mbt (alg/busje in- en uit)
- Aanpassen omgeving (douche / kleuren)
- EDOMAH interventies inzetten
- Behoeften cliënten reguleren zodat geen overlast, plan maken
- Omdraaien dag en nachtritme:
 - evt middelen /analyse slaappatroon (zorgcentrale, vivagohorloge, infrarood camera...)
 - Advies begeleidingsstijl naar team
- Aanreiken meth. handelen zwerfgedrag, evt uitluisteren / middelen
- Passend dieet / hulpmiddelen
- risico's zwerven in beeld / anticiperen
- Aandacht valproblematiek
- Paniek: bv medicatie / begeleidingsstijl
- Analyse behoefte/zingeving/mogelijkh.
- aanpassingen bij vis./ aud. problematiek
- Onderzoek hoe lang deze omgeving haalbaar / realistisch
- Afstemming MDO

Leefklimaat (n=7)

Jan
55 jaar
LVB
(VG6)

Aandoeningen / indicaties:

- Zwerven, paniek, (gedrag/communicatie) (6x)
- Down syndroom / dementie (4x)
- Dag en nachtritmeomkering (2x)
- Slikproblemen
- Verzameldrang / inzet onvrijwillige zorg
- Methodiek belevingsgerichte zorg implementeren
- Inzet methodiek Belevingsgerichte zorg
- Fysieke achteruitgang
- Coördinatie en aandacht voor pedagogisch klimaat

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdeskundige (4x) - 2-5 min/etmaal, 45 min eenmalig
2. Logopedist (3x) - 15 min p/etmaal- 1 u eenm
3. Regiebehandelaar (2x) - 90 min p/etmaal, 3-8 u eenmalig
4. GZ-psych. /orthoped./ gedragsdesk. (2x) - 60 min p/w
5. Ergotherapeut - 3 min p/etmaal
6. Allen - 2 min p/etmaal, 4 dagen eenm
7. SI therapeut - 3 u totaal
8. SO evt - x
9. Maatschappelijk werk evt - x
10. Teammanager - x
11. Externe trainer - x

Betrokken begeleiders

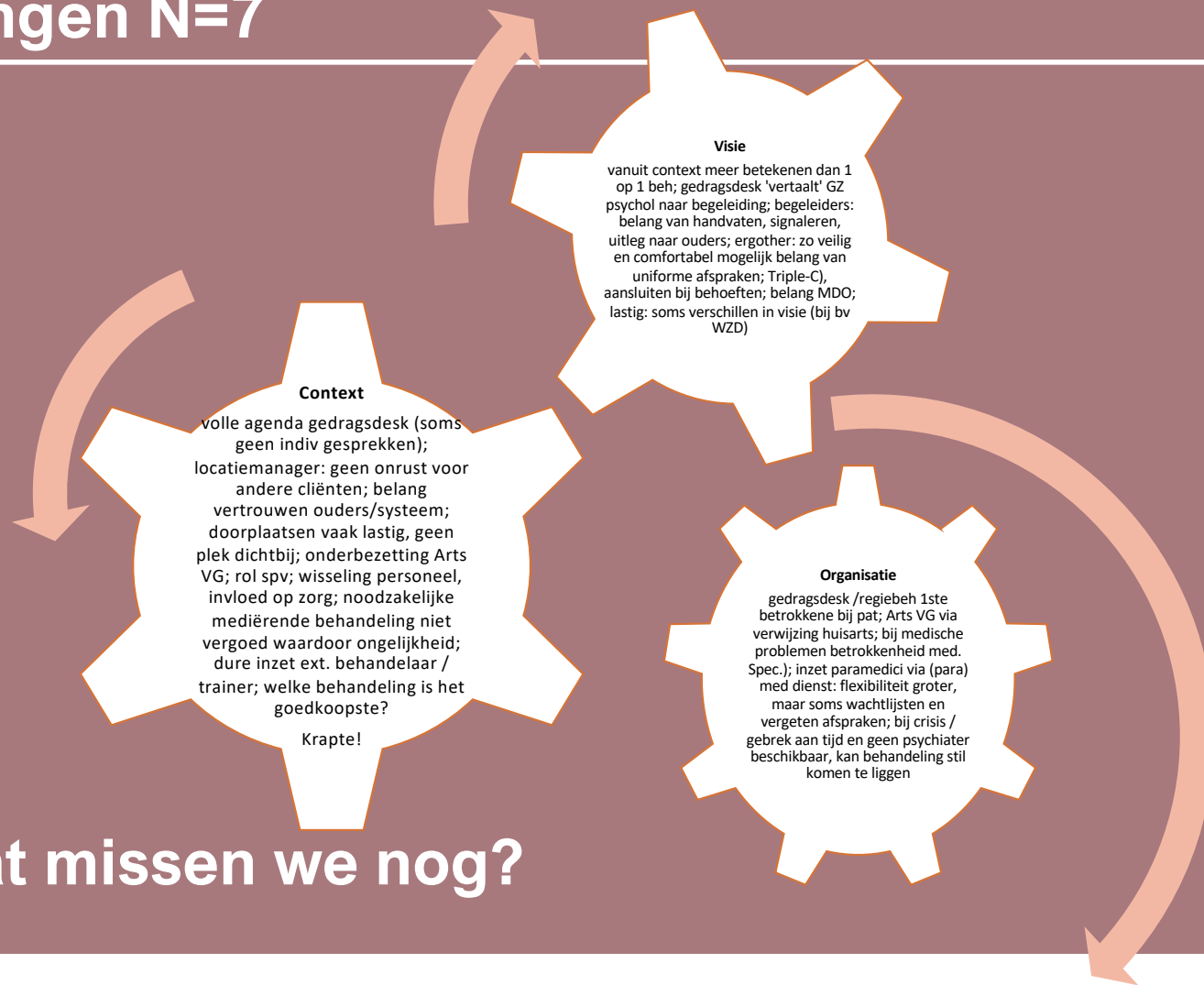
1. Begeleiders -wonen / DB - (5x) - x - 6 dagen eenmalig
2. Coördinerend / regiebegeleider (2x) -x
3. PB - x
4. Verpleegkundige - x
5. Teamleider - x
6. Netwerk - x

Voorbeelden van soort behandeling:

- Training belevingsgerichte zorg
- Dag. werken met belevingsgerichte zorg
- Benodigde aanpassingen, hulpmiddelen, kleurenspeel in woning, lichtplan maken
- Multidisciplinair overleg
- Uitleg ouders
- Uitleg diagnostiek / aanpassing methodiek
- Methode Urlings
- Training WZD
- Implementatie diagnostiek / handvatten dagelijkse praktijk
- Slikprotocol implementeren / evalueren
- Onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie vormgeven bij veranderende behoefte
- Klinische lessen
- Regiefunctie op alle vormen van behandeling, integratieve benadering
- Psychoeducatie mbt dementie
- Optimaliseren woonomgeving / dagbesteding, bv signaleringsplan
- Nadenken over alternatieve woonvorm / dagbesteding zo nodig
- kort lijstje cliënten, dagstructuur, betrekken bij groepsmomenten

Overwegingen N=7

Jan
55 jaar
LVB
(VG6)



Wat missen we nog?

Praatplaat

Focusgroep LVB+

16 januari 2024

1-op-1 behandeling (n=5)

Mustafa
24 jaar
LVB+
(VG7)

Aandoeningen / indicaties:

- Gameverslaving / stoornis gebruik middelen (4x)
- Traumaproblematiek (4x)
- Psychotische (kwetsbaarheid) (2x)
- Sensorische informatieverwerking
- Communicatievraagstuk
- Beeldvorming completeren
- Zinnige dagbesteding
- Actief bewegen / energimanagement
- Lichamelijk welzijn bevorderen
- Wens om als vrienden te zijn
- Intelligentie en co-morbiditeit
- Werkloosheid / geen interesse in activiteiten
- Geen

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdesk /regiebeh./GZ psychol (4x), 29 – 180 min/w, 12 u eenmalig
2. Arts VG (3x), 4-x min p/w,
3. Psychiater (2x), 60 min p/w - 12 u eenmalig
4. Jobcoach (2x), 60-120 min p/w
5. Behandel. 'take it personal' - 120 min p/w
6. Psychiatrisch vpk -x
7. Vertrouwenspersoon -x
8. SI-therapeut - 60 min p/w
9. Logopedist - 8/28 min p/w
10. Ergotherapeut - 7 min p/w
11. Muziektherapeut - 45 min p/w
12. Verpleegk. - 8 min p/w
13. Trainer 'sterker dan de kick' - 30-60 min p/w
14. Ervaringsmw - 15 min p/w
15. Trauma beh, EMDR therapeut - 30-60 min p/w, (1-1 ½ jaar)
16. Vaktherapeut - 60 min p/w duur '17'

Voorbeelden van soort behandeling:

- CGT (module verslaving)
- Sterker dan de kick (training)
- Take it personal
- Psychoeducatie psychose – cannabis
- Traumabehandeling, oa EMDR / muziektherapie)
- Vaktherapie (emotieregulatie)
- Praten acceptatie handicap / Psychoeducatie 'weet wat je kan'
- Beeldvorming / intelligentie onderz (evt ASS / ADHD)
- Observatie gedrag
- Medische problematiek?
- Medicatie overwegen
- Onderzoek talenten / interesses
- Ondersteuning interventies in groep
- Onderzoek sensorische info-verwerking
- Communicatieniveau in kaart brengen
- Inzet peop model
- Beweegprogramma
- Richtlijn / protocol verslaving
- Behandeling / evt opname detox
- Vragenlijst PGO
- HGD/psychodiagnostisch onderzoek

Mediërende as (n=5)

Mustafa
24 jaar
LVB+
(VG7)

Aandoeningen / indicaties:

- Trauma- hechtingsproblematiek (3x)
- Beeldvorming Mustafa (2x)
- LVB+ / VG07 (2x)
- Middelengebruik (2x)

- Onveiligheid tgv vrienden drugscircuit in groep
- Verschuiven dag- nachtritme
- Gebrek aan weerbaarheid
- Laag zelfbeeld
- Communicatievraagstuk
- Zinnige dagbesteding
- Actief bewegen / energiemangement
- Lichamelijk welzijn bevorderen

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdesk / regiebegel. /psychol. (5x), 15-60 min p/w – 8 u eenmalig
2. AVG / huisarts (2x), 30 min p/w -1 u eenmalig
3. Vaktherapeut / muziek (2x), 5 min p/etmaal - x
4. Team consult / adv LVB+ - x
5. Regiebehandelaar - 2-4 u eenmalig
6. Casemanager - x
7. Ervaringsmw - 1 u / 2md
8. WZD-functionaris - x
9. Logopedist - 2 min/etmaal
10. Jobcoach - x
11. Ergotherapeut - 2 min p/etmaal
12. Psychiater consult evt. - x
13. Verpleegk. - 1 min p/ etmaal

Betrokken begeleiders

1. Team begeleiders (4x), 30 min p/etmaal - x
2. PB, CB, regiebegel (3x), x
3. Systeem van de client (3x), x
4. Digicontact mw. - x
5. Wijkagent, evt. - x

Voorbeelden van soort behandeling:

- SEO / adapt. vaardigh. in beeld brengen
- Begeleidingsplan / protocollen opstellen
- Med. problematiek algemeen?
- Traumasensitief werken / uitleg
- Psycho-educatie trauma / hechting en verslaving
- Evt intervisie handelingsverlegenheid
- Implementatie communicatie adviezen e.a. op werkvloer en systeem client
- Ergother / jobcoach overleg
- Werken aan dagbesteding / m.b.v. inzet digicontact mw
- Richten op betrouwbaarheid m.b.v. oa voorspelbaar dagritme / structuur
- Beweegprogr implementeren / aansturen
- Team leert muziek inzetten
- Ondersteuningsplan mbt verslaving Team / client / systeem)
- Evt inzet slaapmedicatie
- Evt inzet onvrijwillige zorg
- Evt bv Rots en Water training
- Evt CPMT / beeldende therapie, COMET
- Houdings- en omgevingsvoorwaarden / signaleringsplan opstellen met begel.

Leefklimaat (n=5)

Mustafa
24 jaar
LVB+
(VG7)

Aandoeningen / indicaties:

- Vrienden uit drugscircuit komen langs op woonlocatie / veiligheid / samenwerking fam. / wijkagent (3x)
- Kleinschalige woonlocatie (2x)
- Hechttingsproblematiek (2x)
- Trauma (2x)

- Communicatievraagstuk
- Bewegen en energiemangement
- Verslaving
- Methodiek
- Gezonde sociale rollen versterken
- Gewone leven ervaren
- Activiteiten ondernemen

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdesk. (4x) - 5 min/etmaal - x
2. Allen (2x), 16-24 u training Triple-C
3. Dienstverl. coördinator (2x), x
4. Logopedist - 1 min p/etmaal
5. Ergotherapeut - 1 min p/etmaal
6. Muziekcoach - 1 min p/etmaal
7. Psychodiagnosticus - 3 u eenmalig
8. Integraal coaches - x
9. Verpleegkundige - 1 min p/etmaal
10. Manager woning - x

Betrokken begeleiders

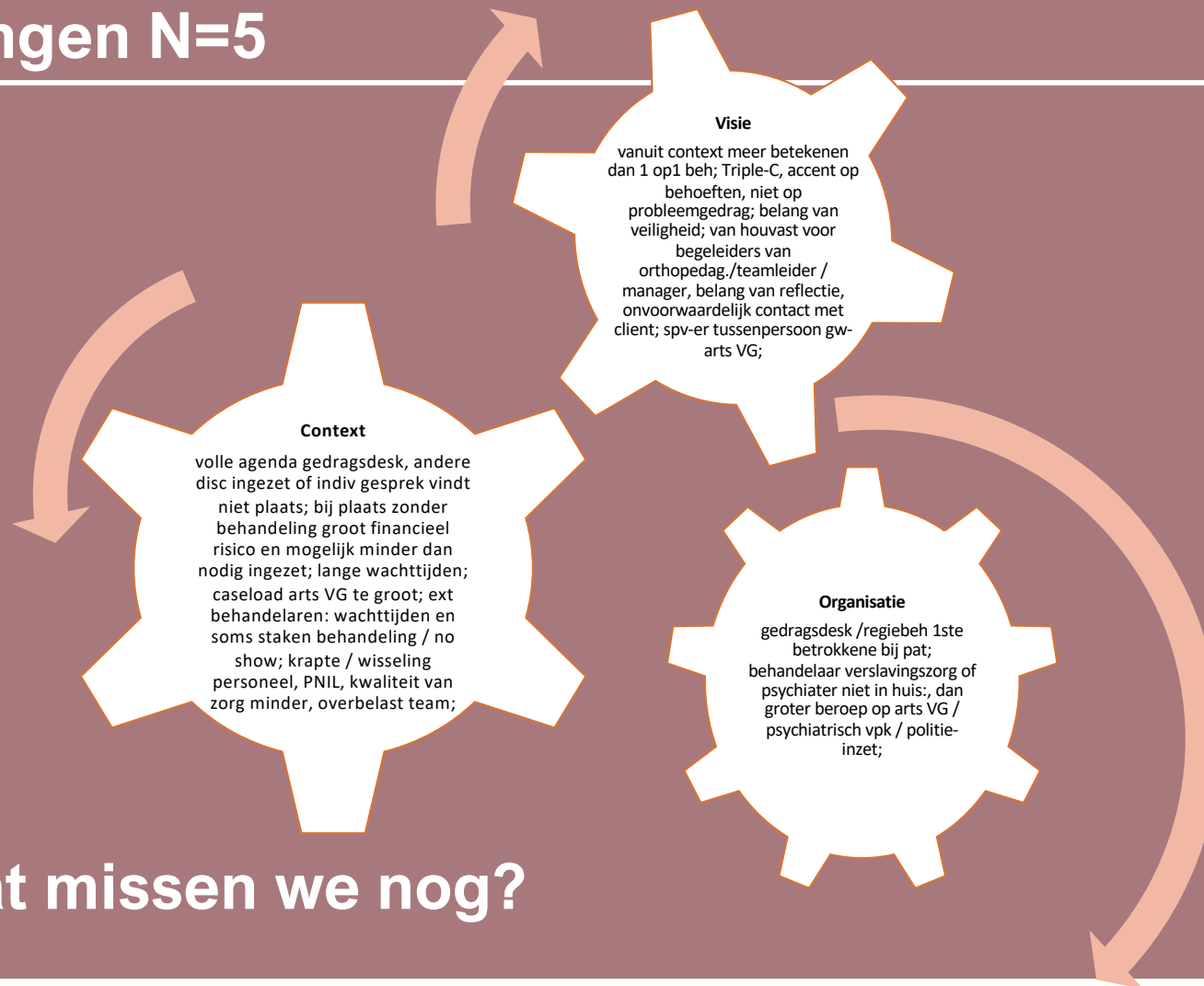
1. Teambegeleiders (4x), 180 min p/etmaal -x
2. PB (2x), - x
3. Bewaker - 480 min p/etmaal
4. Systeem client - x
5. Verpleegkundige - x
6. Jobcoach - x

Voorbeelden van soort behandeling:

- Scholing begeleiding in Triple-C
- Onderzoeken talenten / interesses werk / dagbesteding
- Onderzoek passende wooncontext / begeleidingscapaciteiten
- Afname SEO
- beeldvorming
- inclusie gericht werken
- Toekomst plan
- Ondersteunende communicatiemiddelen in dagprogramma verwerken / team
- Zorgen voor fitnessmogelijkheden
- Locatie dealervrij krijgen / samenwerking manager / wijkagent
- Bewaking veiligheid client en andere bewoners

Overwegingen N=5

Mustafa
24 jaar
LVB+
(VG7)



Wat missen we nog?

Praatplaat

Focusgroep NAH

16 januari 2024

1-op-1 behandeling (n=3)

Majan
31 jaar
NAH
(LG4)

Aandoeningen / indicaties:

- Depressie & isolatie / contact met naasten (3x)
- Depressie & onrust (3x)
- Trauma uit het verleden? (2x)
- Laag zelfbeeld(2x)

- Pestgedrag? Oplopen NAH?
- Rouwverwerking
- Beperkte executieve functies
- Lichamelijke beperking
- (werk) geheugen
- EF
- Visuele beperking
- Energiebalans

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdeskundige (2x) - 60 min p/w tot ±10-20 uur totaal
2. Art VG (2x)
3. Logopedist (2x) - 10 min p/w
4. Fysiotherapeut - 30 min p/w tot eenmalig 10-20 uur
5. Ergotherapeut - Eenmalig advies 10-20 uur
6. (GZ) psycholoog - Eenmalig 40 uur
7. Orthoptist - Eenmalig paar uur
8. Bartimeus / Visio - Eenmalig paar uur
9. PB'er - Wekelijks contact met naasten
10. Innovatie / domotica - Eenmalig contact innovatie/gedragswetenschapper/PB'er van 2 uur
11. Huisarts - 15 min per consult, check-ups 4 min

Soort behandeling:

- Cognitieve Gedragstherapie (2x) – Kristal Module Verbeter je zelfbeeld en Module depressie / COMET zelfbeeldtraining
- Medicamenteuze behandeling (2x), na multidisciplinair overleg
- Psychoeducatie omtrent rouwverwerking: 'Rouw & Verlies bij NAH'
- Hersenz behandeltraject
- Verwijzing Poli → Traumaverwerking
- Trainen vaardigheden executieve vaardigheden
- Verwijzerssysteem o.i.d., aanbieden informatie zodat ze het vasthoudt (evt verbaal ivm visus)
- NPO om IQ, aandacht, geheugen, EF etc in kaart te brengen. Behandeladvies zodat begeleiders weten hoe ze haar hierin kunnen ondersteunen
- Onderzoek en adviezen visus. Lichtplan
- Dagindeling die ze kan vasthouden qua ritme en evt aanpassingen in de woning
- Onderzoek naar energie. Vertalend naar passende daginvulling
- Evt EMDR, evt psychofarmaca, evt PMT/Haptotherapie. Afhankelijk van de uitkomst.
- Regelmatig overleg met systeem
- Nachtzorg via domotica en zorgen voor herkenbaarheid in de woning

Mediërende as (n=3)

Majan
31 jaar
NAH
(LG4)

Aandoeningen / indicaties:

- Werkgeheugen (2x)
- EF/ daginvulling/begeleidingsstijl (2x)
- Afhankelijk opstellen naar begeleiding/ behandelaren (2x)
- Visuele beperking, vrijheidsbeperkende gevolgen
- Beperkt vermogen tot communiceren
- Structurele daginvulling ontbreekt, regelmatig afzeggingen
- Overvraging vanuit omgeving
- Verminderd zelfbeeld
- EO op realiteitsbewustwordingsfase

Betrokken behandelaren

1. Ergotherapeut (2x) - 20-30 min p/w
2. Logopedist (2x) - 15 min p/w tot 60 min p/w
3. Gedragsdeskundige (2x) - Eenmalig 240 min tot 2 uur p/w
4. Gedragsdeskundige maatschappelijk werk - Eenmalig 120 min
5. Visio, Bartimeus - x
6. Neuropsycholoog/GZ/OG – x
7. Regiebehandelaar – 67 min p/etmaal

Betrokken begeleiders

1. Team van begeleiding - x
2. Persoonlijk en coördinerend begeleiders - x
3. Team van agogisch geschoolde begeleiders – 4 uur per dag

Soort behandeling:

- Structureren weekplanning / 'Mijn eigen plan', ter bevordering agendamanagement (2x) en communicatie algemeen
- Inzet hulpmiddelen, ter bevordering zelfstandigheid
- In kaart brengen wensen en behoeften; waarna organiseren passende structurele daginvulling / gesprek voeren huidige dagbesteding
- Psychoeducatie ouders
- Klinische les voor begeleiding
- Logopedist leert begeleiders hoe informatie aan te bieden. Begeleiders doen dit meermalen per dag
- Behandelaar schrijft behandeladvies en leert de begeleiders hoe ze de client moeten aansturen/benaderen
- Opstellen van houdingsvoorwaarden

Leefklimaat (n=3)

Majan
31 jaar
NAH
(LG4)

Aandoeningen / indicaties:

- Afhankelijk opstellen naar omgeving, afzeggen dagbesteding, laag zelfbeeld (2x)
- Apathie, somberheid, depressie (2x)
- Sociale isolatie
- Deficiënties executieve functioneren
- Algemene beeld situatie en achteruitgang
- Sociaal-emotioneel jong (mis info IQ)
- Geheugen en EF
- Visusfunctionering van 5%

Betrokken behandelaren

1. Gedragsdeskundige (2x) - 60 min p/etmaal
2. Arts VG (2x) - 60 min halfjaarlijks
3. Logopedist - 60 min halfjaarlijks
4. Ergotherapeut - 60 min halfjaarlijks
5. Regiebehandelaar – 32 min p/etmaal

Betrokken begeleiders

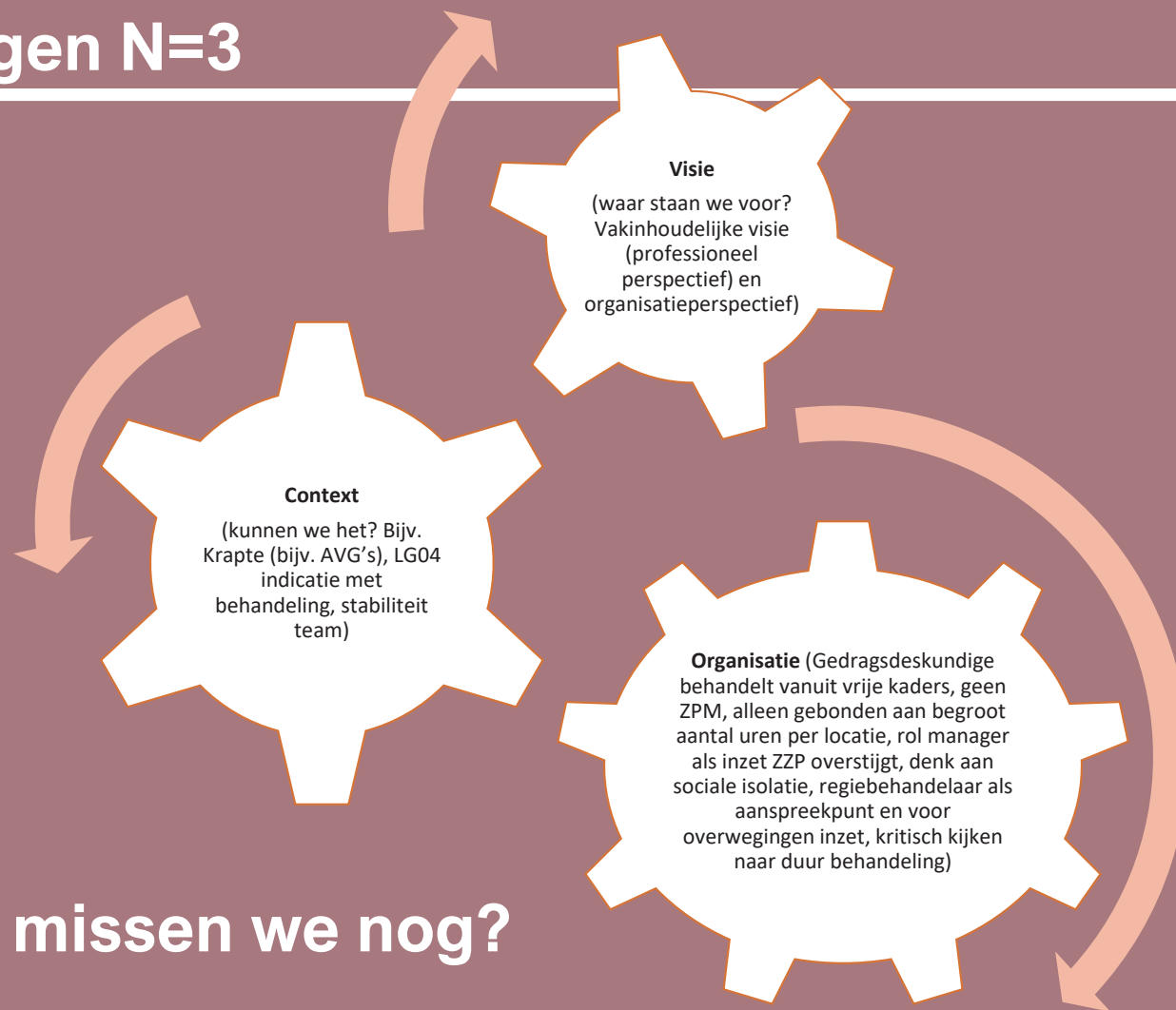
1. Team van begeleiding dagbesteding en woning - x
2. Persoonlijk en coördinerend begeleiders - x
3. Team van agogisch geschoolde begeleiders - zie mediërende as

Soort behandeling:

- Opschalen contactmomenten, invoeren wekelijkse PB-gesprekken
- Cliëntbespreking teamoverleg:
- Psychoeducatie letselschade en gevolgen, omgaan met
- Cliëntbespreking teamoverleg: Begeleidingsadvies, bespreken bejegeningwijze, casusbespreking
- Halfjaarlijks multidisciplinair overleg, bij voorkeur met cliënt en familie erbij; afstemmen passende zorg
- Leefklimaat gericht op sociaal-emotionele ontwikkeling en Triple C.
- Samen succeservaringen opdoen in dagelijks leven
- 9 dagdelen dagbesteding als ze dat aankan qua energie in een setting die aansluit bij interesses. Tevens zinvolle daginvulling in avond en weekend. Uitgaande van Triple C
- Begrijpelijke daginvulling
- Aanpassen van woonomgeving zoals betere lichten, meubels op een vaste locatie
- Omgeving opgeruimd houden zodat alle spullen op een vaste plek liggen

Overwegingen N=3

Majan
31 jaar
NAH
(LG4)



Wat missen we nog?

Tabel: Overzicht financiering van prestaties per leveringsvorm/woonsetting conform de beleidsregels

Aanspraak	Verblijf		Extramuraal			
	Incl. BH	Exc. BH ¹	VPT Incl. BH	VPT Excl. BH ²	MPT	PGB ³
	Historische plek met behandeling ⁴	Historische plek zonder behandeling				
Verpleging en persoonlijke verzorging: Zorg die gericht is op het ondersteunen bij activiteiten van het dagelijks leven (bijvoorbeeld hulp bij eten, wassen en aankleden).	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz
Dagbesteding: Activiteiten gericht op het invullen van de dag, zoals dagbesteding op maat voor mensen met een verstandelijke beperking.	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz
Begeleiding: het bieden van begeleiding en ondersteuning bij dagelijks functioneren.	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz
Specifiek medische zorg: medische zorg, door arts VG, die specifiek nodig is vanwege de beperking van de cliënt.	Wlz: financiering via integraal budget gebaseerd op indicatie	Wlz: Financiering dmv urendeclaratie bij zorgkantoor per aparte geleverde prestatie	Wlz	Wlz: Financiering dmv urendeclaratie bij zorgkantoor per aparte geleverde prestatie	Wlz	Wlz
Gedragsmatige ondersteuning: Behandeling en ondersteuning gericht op het omgaan met gedragsproblemen en het creëren van een veilig leefklimaat.	Wlz: financiering via integraal budget gebaseerd op indicatie	Wlz: Financiering dmv urendeclaratie bij zorgkantoor per aparte geleverde prestatie	Wlz	Wlz: Financiering dmv urendeclaratie bij zorgkantoor per aparte geleverde prestatie	Wlz	Wlz
Specifiek paramedische zorg⁵: zorg, o.a., door een fysiotherapeut, ergotherapeut of diëtist	Wlz: financiering via integraal budget gebaseerd op indicatie	Wlz: Financiering dmv urendeclaratie bij zorgkantoor per aparte geleverde prestatie	Wlz	Wlz: Financiering dmv urendeclaratie bij zorgkantoor per aparte geleverde prestatie	Wlz	Wlz
Medicijnen: Medicatie die wordt voorgeschreven voor behandeling van medische aandoeningen.	Wlz	Zvw Eigen bijdrage (Verplicht eigen risico)	Zvw Eigen bijdrage (Verplicht eigen risico)	Zvw Eigen bijdrage (verplicht eigen risico)	Zvw Eigen bijdrage (verplicht eigen risico)	Zvw Eigen bijdrage (verplicht eigen risico)
Revalidatie: Revalidatiezorg bij bijvoorbeeld herstel van letsel of na een operatie, die tijdelijk van aard is en gericht is op het bevorderen van herstel.	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw
Medisch specialistische zorg: Zorg van medische specialisten in ziekenhuizen, zoals behandeling door een neuroloog, orthooped, of psychiater, wanneer deze zorg gericht is op herstel of genezing.	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw
Huisartsenzorg: Consulten en behandelingen bij de huisarts.	Wlz: financiering via integraal budget gebaseerd op indicatie	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw
Tandheelkundige zorg: zorg geboden door een tandarts of mondhygiënist	Wlz	Zvw/aanvullende verzekering	Zvw/aanvullende verzekering	Zvw/aanvullende verzekering	Zvw/aanvullende verzekering	Zvw/aanvullende verzekering

¹ Als een instelling geen behandeling biedt, maar de aanspraak valt wel onder de Wlz, dan kan deze aanspraak door een andere aanbieder vanuit de Wlz geboden worden door het declareren van een losse MPT prestatie naast het ZZP/VPT.

² Als een instelling geen behandeling biedt, maar de aanspraak valt wel onder de Wlz, dan kan deze aanspraak door een andere aanbieder vanuit de Wlz geboden worden door het declareren van een losse MPT prestatie naast het ZZP/VPT.

³ Behandeling kan nooit vanuit het PGB bekostigd worden, wel kunnen er naast het PGB losse MPT's in rekening gebracht worden door dezelfde of een andere aanbieder, dan die de woonzorg biedt.

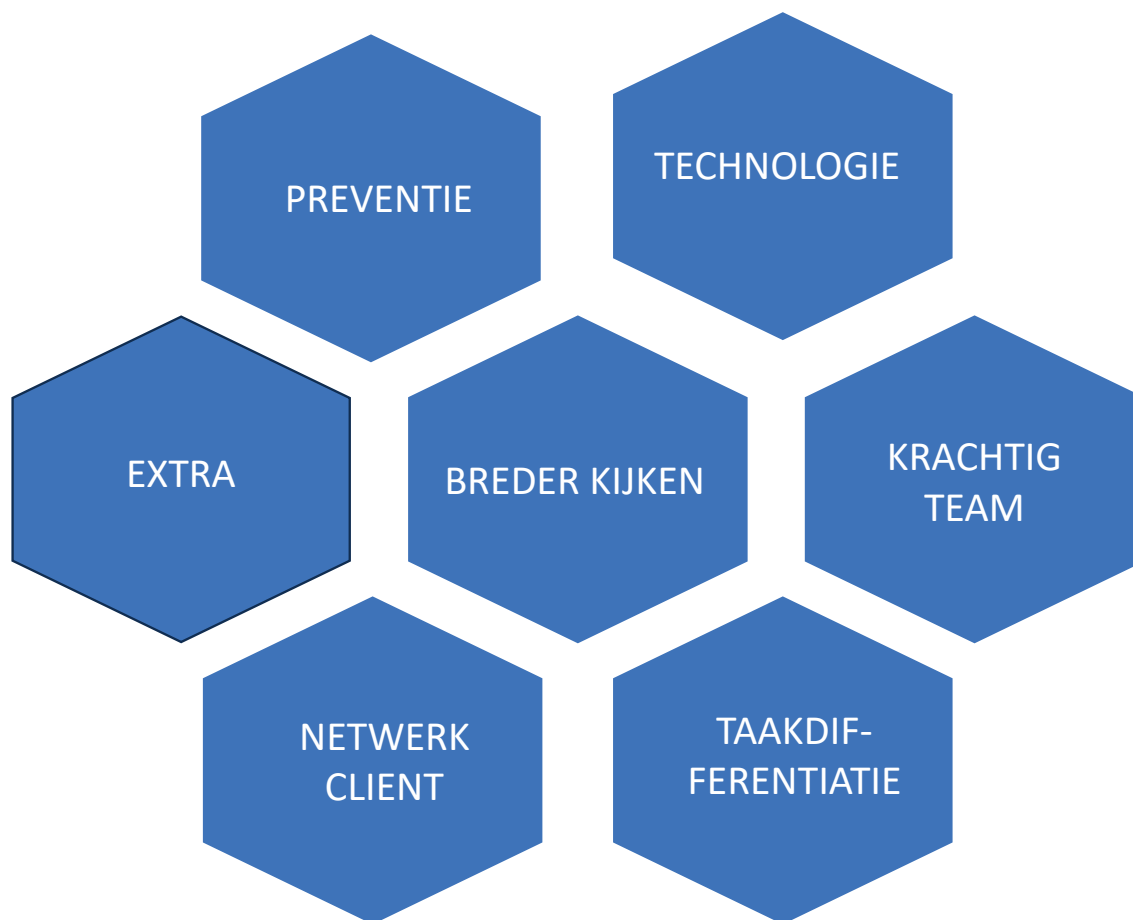
⁴ Praktijksituatie, dit onderscheid wordt in de beleidsregels niet gemaakt

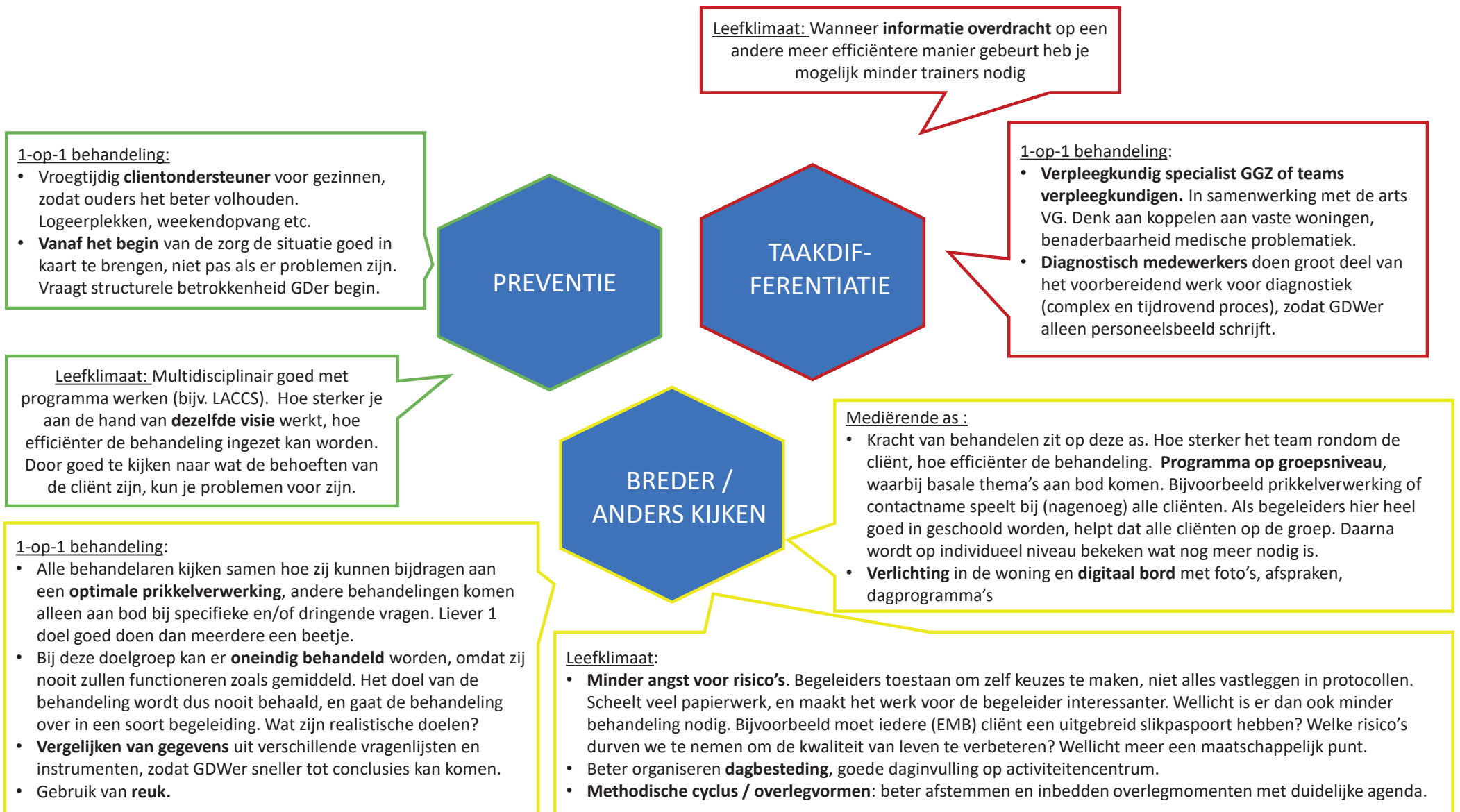
⁵ Er is alleen sprake van specifiek paramedische zorg binnen de Wlz als er specifieke kennis van de doelgroep nodig is en/of de paramedische zorg onderdeel is van de integrale zorg die de instelling biedt. In andere (beperkte) gevallen valt de paramedische zorg onder de Zvw.

- Er bestaan vanuit de historie vastgestelde **plekken met en zonder behandeling**;
- De - vanuit de historie vastgestelde - **plekken met behandeling** zitten vooral bij de (al langer bestaande) ‘grote terrein’ organisaties; later ontstane organisaties – met bijvoorbeeld meer kleinschalige woonvormen hebben meer - vanuit de historie vastgestelde - **plekken zonder behandeling**;
- Op een – vanuit de historie vastgestelde – **plek zonder behandeling** kunnen cliënten zitten met dezelfde indicaties (ZZP’s) en dus behoeften / noodzaak tot behandeling als op – vanuit de historie vastgestelde - **plekken met behandeling**;
- Ook komt het voor dat sommige instellingen de lage ZZP’s (ZZP 3&4) standaard zonder behandeling bieden en hogere ZZP’s (ZZP 5 en hoger) standaard met behandeling
- Door dit verschil:
 - Krijgen organisaties voor een client op een – vanuit de historie vastgestelde - **plek met behandeling** een integraal budget op voorhand, ongeacht de inzet (dat achteraf hoogover – op organisatieniveau door de NZA of het zorgkantoor via een materiële controle wordt gecheckt); zij hoeven de verschillende prestaties niet apart te declareren;
 - Moeten organisaties voor een vergelijkbare client met dezelfde aanspraak / indicatie op een – vanuit de historie vastgestelde - plek **zonder behandeling** de verschillende geleverde inzet / prestaties apart administreren en declareren bij het zorgkantoor; waarbij – door de ingewikkelde administratie en regelgeving **alleen 1-op 1 behandeling en niet indirecte inzet t.b.v. mediërende behandeling en leefklimaat te declareren valt**;
 - Is de aanspraak dus gelijk maar de wijze waarop deze verzilverd / gefinancierd wordt, verschilt;
 - Ontstaat er in de praktijk **ongelijkheid in de zorg**

Praatplaten focusgroepen april 2024

Gedeelde ideeën over hoe het anders en slimmer kan – EMB (n=4)





Mediërende as:

- **Interdisciplinair** werken, aan dezelfde overkoepelende doelen
- Sterk inzetten op invoeren en borgen van **methodische werkwijze** waarbij overkoepelende LT doelen behaald worden (werkplezier) door monodisciplinair te werken aan reeks KT doelen (max. 6 wk).

1-op-1 behandeling:

- Vaste kern. **Samenwerking** begeleidingsteam en betrokken disciplines. samenwerking woonbegeleiding en dagbesteding en woonbegeleiding en nachtzorg: veel in te verbeteren.
- Toevoegen aan team (incl. ouders): **clientondersteuner en diagnostisch medewerker.**

1-op-1 behandeling:

- Meer **zorgtechnologie**, zoals Hume, slim horloge of dingen die het contact stimuleren, zoals Cred. Om te signaleren wat begeleiders anders niet zouden zien
- Pijn, alertheid en spanning op **objectievere manieren meten** (bijv. slimme sok) aanvullend op observatie en interpretatie van mensen die de client goed kennen. Vroeg stadium behandelen.
- Inzet van een systeem dat mensen van **houding laat wisselen** in de nacht, oplossing voor slaapproblemen als gevolg van ongemak liggen in dezelfde houding.
- Gezin met kind met EMB al vroeg in het leven **digitaal systeem** waarin alle betrokkenen informatie kunnen zetten, zodat er minder risico op dubbelingen, betere info overdracht, meer regie ouders.

Leefklimaat:

- Managers moeten **vertrouwen** uitstralen in de begeleiders en kaders bieden waarbinnen zij zelf beslissingen mogen maken, en daarmee soms ook fouten mogen maken.
- Meer **samenwerken**, minder losse teams. Meer begeleide intervisie.

KRACHTIG
TEAM

TECHNOLOGIE

Mediërende as: technologie bij **verzorging**, zoals overgevoeligheid bij afdrogen.

NETWERK
CLIENT

1-op-1 behandeling:

- **Sociale netwerk kind** versterken, behouden en eventueel uitbreiden, participatie mogelijkheden.
- Met netwerk **teruggaan** naar de situatie waaruit Brent is gekomen (slapen, eten): wat is passend binnen de cultuur?

Leefklimaat:

- Vernieuwende manieren **kennisoverdracht**. Bijv. leeromgeving voor alle betrokkenen, i.c.m. fysieke trainingen en training on the job.
- Technologie woon-en dagbestedingsomgeving **ontwikkeling actief stimuleren** (wachtijd / leegte / onderprikkeling). Auditief, tactiel, visueel interessanter

Mediërende as: Betere samenwerking met ondersteunende diensten en netwerk van de cliënt. Welke taken kunnen **overgenomen** worden om ervoor te zorgen dat begeleiders zich kunnen richten op de uitvoering van behandeling?

Netwerk:

- Onduidelijkheden in verantwoordelijkheden, moeizame samenwerking. De **mindset** zowel van het netwerk als van begeleider moet veranderen om de samenwerking met het netwerk tot stand te brengen. Begeleiders moeten taken uit handen (durven) geven.
- Structurele betrokkenheid van de familie aan het begin, vraagt **extra inzet**.

Krachtige team:

- **Begeleiders** willen/kunnen niet zelf de verantwoordelijkheid dragen. Zij willen graag dat duidelijk is wat tot in detail van ze verwacht wordt. Zijn vaak bang voor wat er mogelijk kan gebeuren.
- Er zijn ook **weinig vaste medewerkers begeleiders**, vaak werken we met uitzendkrachten.
- **Structurele inzet van de GDer** vanaf het begin is een uitdaging

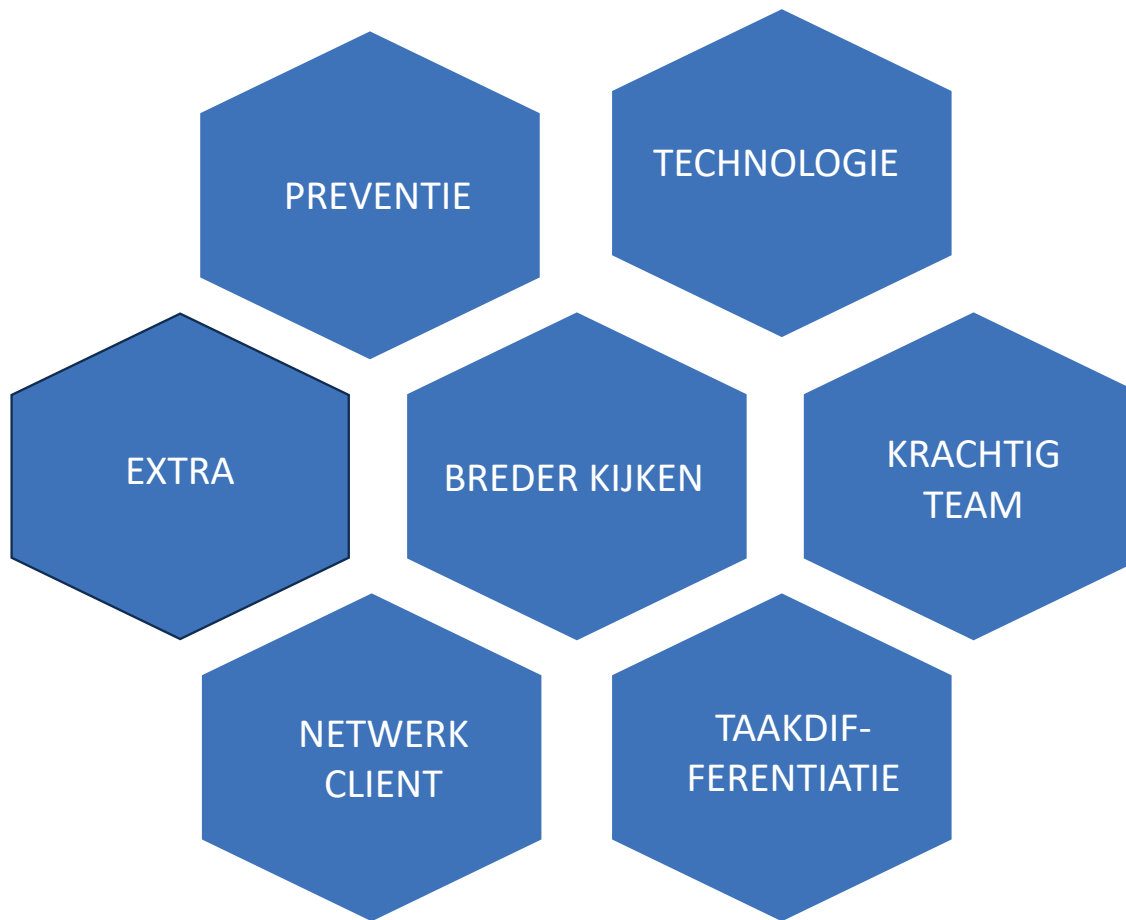


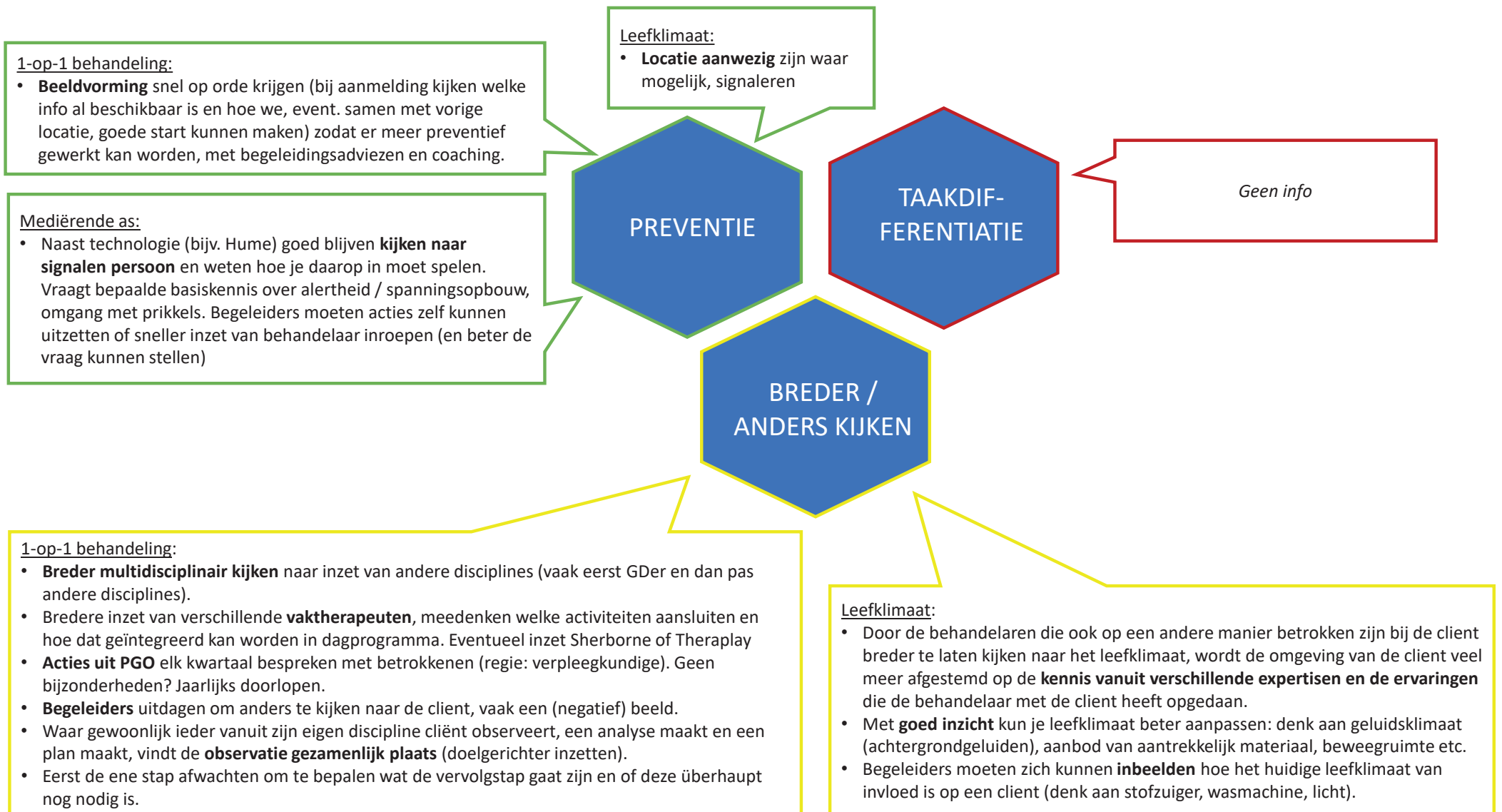
Technologische hulpmiddelen:

- Zorgtechnologie is erg **duur**. Maar ook **spannend** voor begeleiders om in te zetten. In eerste instantie moet je investeren voor het iets oplevert.
- **Goed evalueren** van gebruik is ook belangrijk, zodat middelen die niet meer functioneel blijken voor client anders ingezet kunnen worden.

Implementatie en borging: Niet zomaar vernieuwingen doorvoeren, maar **gedegen, doordacht en goed ingebed**. Denk aan obstakel dat begeleiders dagbesteding vaak niet aanwezig kunnen zijn bij planbesprekingen, wat interdisciplinair werken lastiger maakt. En teammanagers zijn vaak niet bij trainingen, daardoor lastig sturen op processen.

Gedeelde ideeën over hoe het anders en slimmer kan – EVB (n=3)





Mediërende as:

- **Zorgondersteuners:** collega's die de meer huishoudelijke taken overnemen, waardoor inzet flex medewerker verlaagd kan worden
- **Bredere scholing,** basisprogramma (bijv. prikkelverwerking, communicatie, WZD). Belangrijk om behandelaren hierin mee te nemen
- Nog niet alle behandelaren worden ingezet in deze as, veel meer **gebruik maken van elkaars expertise.** Bijv. met vaktherapeut Alertness Regulation Observation Scale (AROS) gebruiken.
- Goed vertalen **van adviezen op papier naar praktijk,** samen met begeleiders (naast ze staan en voor te doen)

1-op-1 behandeling:

- **Zuiver houden taak van de begeleider** en ureninzet directe zorg. **Planschrijvers** op een groep: die zorgen ervoor dat alle administratie rondom de client op orde is, welke logistiek kan worden overgenomen, zodat Pber zich kan richten op de zorg voor de client en het uitzetten van de lijnen
- Door **snelle beeldvorming en inzet passende behandeling** steun je het team en gaan begeleiders in hun kracht staan.
- **Structuur en voorspelbaarheid** zijn belangrijk: vaste gezichten, zichtbaar wie wanneer werkt, duidelijke routine, duidelijke begeleidingsafspraken
- Het **team is breed opgezet:** directe begeleiding, team goed kent en in de coachende rol is, regiebehandelaar, arts, logopedist en waar nodig casemanager/ fysiotherapeut. Na de eerste analyse kan er worden **afgeschaald.** De regiebehandelaar houdt in beeld, wie, wanneer alsnog betrokken moet worden

1-op-1 behandeling:

- Er zijn tijdens het dagelijkse werk met de cliënt beelden gemaakt (d.m.v. **google glass brillen** die begeleiders kunnen dragen). Deze beelden worden vertoond en het gehele multidisciplinaire team sluit aan.

Leefklimaat:

- Aanpassingen (verrijken) in **activiteiten aanbod, toezicht houden** (beter beeld, afname van angst team), **behandeling** en andere **interventies** verder vormgeven (denk aan VR, middelen om contact te maken evt. meer op afstand).
- **Sensortechnologie:** zicht op wanneer cliënt stress ervaart (focus en objectiever). Daardoor gericht kijken naar oorzaak. Ook voor stressmomenten bij begeleiders Daardoor gericht coachen en waar nodig aanpassingen doen.

Algemeen:

- Werken vanuit **gezamenlijke (digitale) plek** waar hulpvragen binnenkomen en worden verdeeld onder juiste disciplines, afgestemd op bevoegdheden, interesses en expertise per persoon.

1-op-1 behandeling:

- Op het moment van aanmelden en plaatsen meer kijken wat er **preventief of vanuit thussituatie** gedaan kan worden (client zelf → technologie → netwerk/mede-cliënten, vrijwilligers → professional). Netwerk kent de persoon het langst en geeft nuttige informatie.
- Na de eerste analyse en maken van plan van aanpak, sluit het netwerk aan en krijgen ze de **terugkoppeling over het gehele plan** van aanpak.

Krachtige team en taakdifferentiatie:

- Taken begeleiders en ondersteuners goed blijven **differentiëren**.
- Hoog **verloop / wisselingen** teams (denk aan scholing)
- Wie voert de **regie** in een casus, wie evalueert, wie borgt acties, is de lijn te volgen ook voor nieuwe medewerkers?
- Niet teveel een **keurslijf**, er moet ook geëxperimenteerd kunnen worden door team en client.

Te **snel willen gaan en stappen overslaan** (om op KT tijd en kosten te besparen). Neem de tijd om de client zelf te zien d.m.v. observatie, gesprekken met betrokkenen.



Technologische hulpmiddelen:

- **Financiële** impuls voor nodig
- **Client** sensoren laten dragen zal een uitdaging zijn. Ook van **teams** vraagt dit iets, men moet er voor open staan om dit te laten meten

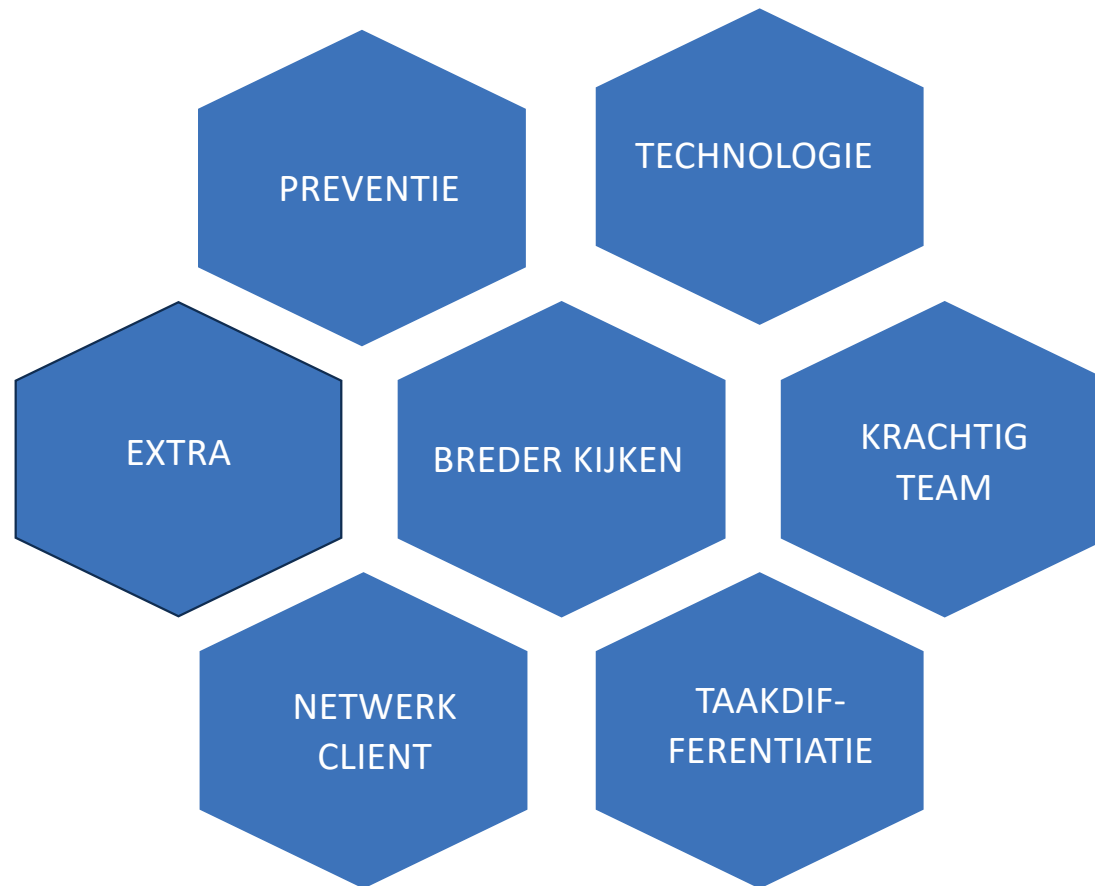
In de **drukke van alle dag** is er weinig ruimte om stil te staan bij leefklimaat op een woning. Daarnaast vraagt iedere bewoner weer eigen afstemming. Dit moet bij samen gebracht worden tot 1 geheel en dat vraagt tijd.

Bij bijv. aanpassen **huisvesting** zijn er ook andere belangen dan enkel inhoudelijk (denk aan gemeenten, bestemmingsplan)

Vertraging wanneer blijkt dat andere stappen toch nodig zijn. In de huidige situatie zetten we vaker vanuit meerdere behandelaars in, wanneer dit stapsgewijs plaatsvindt, kan het zijn dat je een interventie later invoegt die toch de juiste bleek te zijn.

Netwerk: **Overbelasting**

Gedeelde ideeën over hoe het anders en slimmer kan – LVB (n=3)



PREVENTIE

1-op-1 behandeling:

- **in vroeg stadium samen naar levensloopbestendigheid woonplek / context kijken**

Mediërende as:

- **preventief MDO's inplannen** met betrokkenheid familie over optreden dementie en signalen, waardoor eerder alert en anticiperen

TECHNOLOGIE

1-op-1 behandeling:

- **muzikspelers / beamers**, bij paniek en bij overgangen
- **domotica: zorgrobot, slaaprobot, valmatten**
- **nachtzorg**, slimme sleutelsystemen, zodat iemand vrij kan dwalen zonder overlast en zonder wzd
- **meer bekendheid over inzet domotica en uitleenbank**, evt spreekuur arts / psychiater hierover

Mediërende as:

- **3D voedsel printen** (gepureerde wortel als wortel, **VR bril** voor onrustvermindering bij overgangen, **slimme luier** voor efficiënter verschonen
- **snoezellamp / knuffel met hartslag / muziek**

Leefklimaat / leefsituatie:

- inzet **zorgtechnologie**

BREDER / ANDERS KIJKEN

1-op-1 behandeling:

- **breder kijken naar behoeften**, met groot MDO (AVG, logopedist, ergother, orthopedag, begeleiders wonen / dagbesteding en ouders)
- **meer uniformiteit bij gedragsdesk** door dagdeel tijd om standaard diagnostiek te doen / en voor intercollegiaal contact.
- **Ondersteuning expertise gedragsdesk**. door Kennisnetwerk / databank en relatie geriater mbt ouder wordende doelgroep
- **ouderenspecialist als regie behandelaar**
- **zorg passend maken, creëren toekomstbestendige woonplekken** (tilliften, trapliften, rolstoel toegankelijk) met toekomstbestendige teams

Mediërende as:

- **mix formeel en informeel netwerk, zinvolle dag invulling** waarin wonen en dagbesteding in elkaar verweven worden
- op groepen **eigen busjes** zodat begeleider meerrijdt met cliënten die angsten hebben
- **woningen naast elkaar** zodat je verbindingen in bewegingsdrang en onrust kunt maken in bv looproutes
- **passend vastgoed**

Algemeen: inzetten op behoud medewerkers door scholing aan te bieden, bonus

1-op-1 behandeling:

- **team gericht geschoold**, extra aandacht dementie door gedragsdesk op teamvergaderingen, **referaten organisatiebreed, vanuit management makkelijk scholing** aanbieden
- **dakpansgewijs roosteren** bi 24-uurszorg, bv vroege dienst start om 6 u

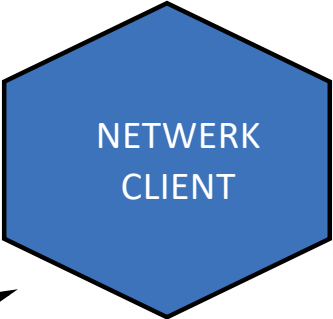


Mediërende as:

- **standaard powerpoint voor team met stroomschema over dementie** hoe te handelen in welke fase
- **expertise bundelen, kennis en diversiteit team vergroten**

1-op-1 behandeling en leefklimaat:

- **mix formeel (team) en informeel (netwerk client)**
- **standaard pakketten voor gedragsdesk** te gebruiken voor psycho-educatie voor client, verwanten en team



Mediërende as:

- **preventief MDO's inplannen** met betrokkenheid familie over optreden dementie en signalen, waardoor eerder alert en anticiperen



Geen info

leefklimaat: **aanleunwoningen met ouders**: als zij zorg nodig hebben kan die ook geboden worden aan kind

EXTRA /
VRAGEN

1-op-1 behandeling: bekijken of **VG opgehoogd** kan worden

Geschikt vastgoed: gebrek aan geld en locatie

Grootste uitdaging: continuïteit / behoud van personeel

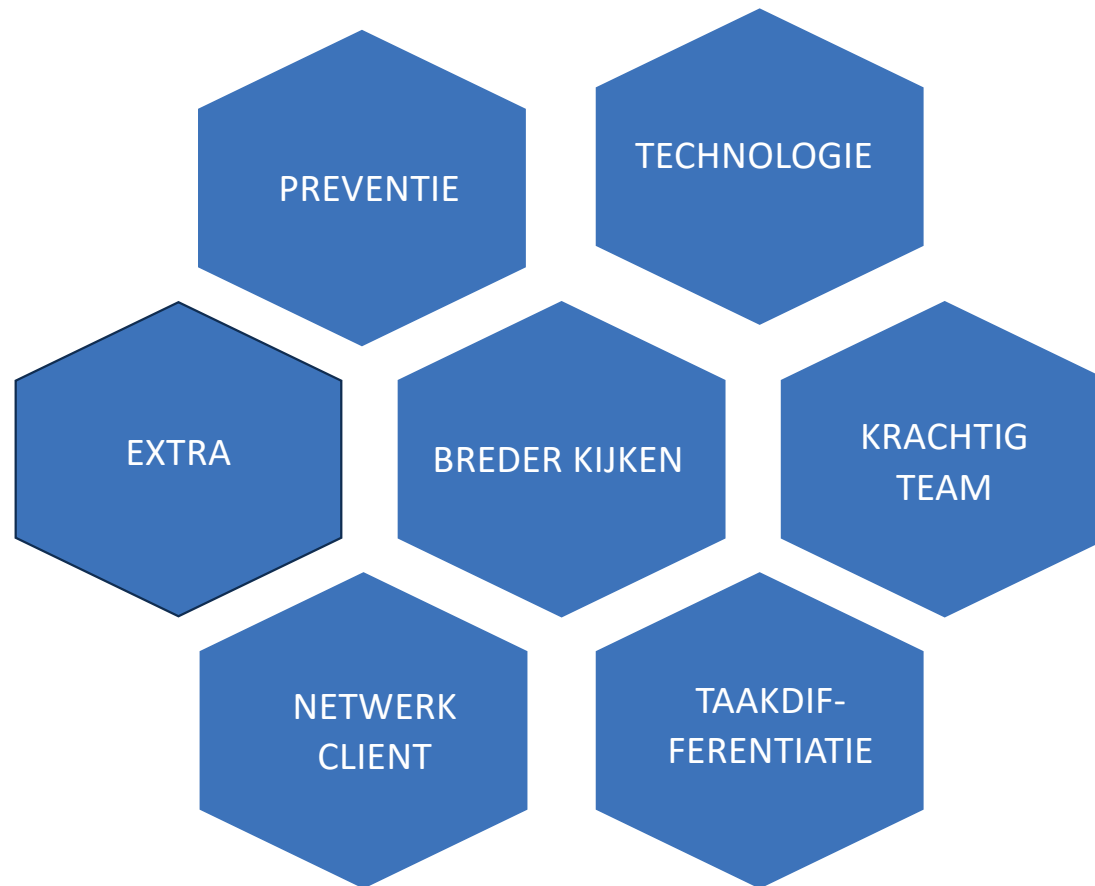
Technologie: team meekrijgen en trainen in gebruik levert toch vaak weerstand op



Out of the box denken: nodig, maar zowel niet makkelijk voor begeleiders als Jan

Technologische hulpmiddelen: gebrek aan geld en beschikbaarheid van mensen en middelen.

Gedeelde ideeën over hoe het anders en slimmer kan – LVB+ (n=5)

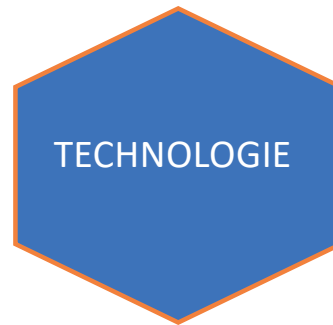


1-op-1 behandeling:

- inzet **buddy / trajectcoach** die snel kan anticiperen bij uitval / overvraging
- Inzet **beveiliging om vroeg beïnvloeding** te signaleren en te kunnen ingrijpen

Mediërende as:

- **aan voorkant investeren door contact wijkagent / buurtcoach** mbt onveiligheid



1-op-1 behandeling:

- **VR bril** bij behandeling verslaving
- **serious gaming** als psychoeducatie
- **online trainingen** (take it personal)
- **Spanningsregistratie via sok** (onderzoek)

Mediërende as:

- inzet **tijdklok** cq wifi uitzetten bij gaming

Leefklimaat:

- **camerabewaking**



1-op-1 behandeling:

- **behandelaren slimmer / taakgerichter inzetten**
- **gedragsdesk als regiebehandelaar**
- **groepstherapie / lotgenoten** contact
- **Breed expertiseteam** inzetbaar over instellingen heen
- **vast coord. begel. coacht** begeleiders, in afstemming met gedragsdesk
- **beschikbaar expertise** in- of extern
- geen indicatie

Mediërende as:

- **breed netwerk betrekken**, multidisciplinair aanpak verslaving, gedragsdesk regie proces, coord. begel. uitvoerend
- inzet **ervaringsdeskundigen**
- **taken en functies samengevoegd**, werken vanuit 1 plan
- vooral **behoefte aan structureren / organiseren dag**
- **alternatieve werkplek** bij uitval client op werkplek /
- **inzet meer fysieke activiteiten** / snelle toegankelijkheid
- **ontwikkelen zorgpaden in VG sector** (+ trainingen)

Leefklimaat:

- **instellingsbreed met 1 methode werken** (bv Triple C)
- zo nodig **wpd**: leren van successen ipv falen
- **client tijdelijk uit context halen** / in andere setting plaatsen
- **jobcoach / sportvereniging**
- **Groepsdynamiek woning** gebruiken

KRACHTIG TEAM

Mediërende as:

- **krachten bundelen in team**, taken en functies samengevoegd, Coördinator meer prominente rol
- **kwaliteit team verhogen** mbt motiveren / verleiden
- **scholing begeleiders** voor inleving in emotionele ontwikkeling en verslaving als ziekte

Algemeen:

- **inzetten op behoud medewerkers** door scholing aan te bieden, bonus (na 3 jaar?)

NETWERK CLIENT

1-op-1 behandeling en leefklimaat:

- **intensieve traumabehandeling met ook ondersteuning ouders**

Mediërende as:

- **inzetten gezond netwerk** / behoefte erbij te horen

leefklimaat:

- **Ouders betrekken** bij dagritme / weekprogramma van Mustafa

TAAKDIF- FERENTIATIE

1-op-1 behandeling:

- **inzet HBO-therapeuten**

Kleine doelgroep om dure mediacontent te ontwikkelen

Personeel onder druk door personeelstekort: oplossingsgericht denken en met een brede blik kijken nemen dan af

Te weinig vergelijkbare cliënten om groep te starten

Werken met HBO werkers nog niet gewoon in GZ, vergt aanpassing structuren, risico vertrek GZ psycholoog

Grootste uitdaging: gebrek aan tijd, geld en personele inzet, expertise, mogelijkheden

Risico bij investeren aan de voorkant: **financiën pas als client in zorg is**



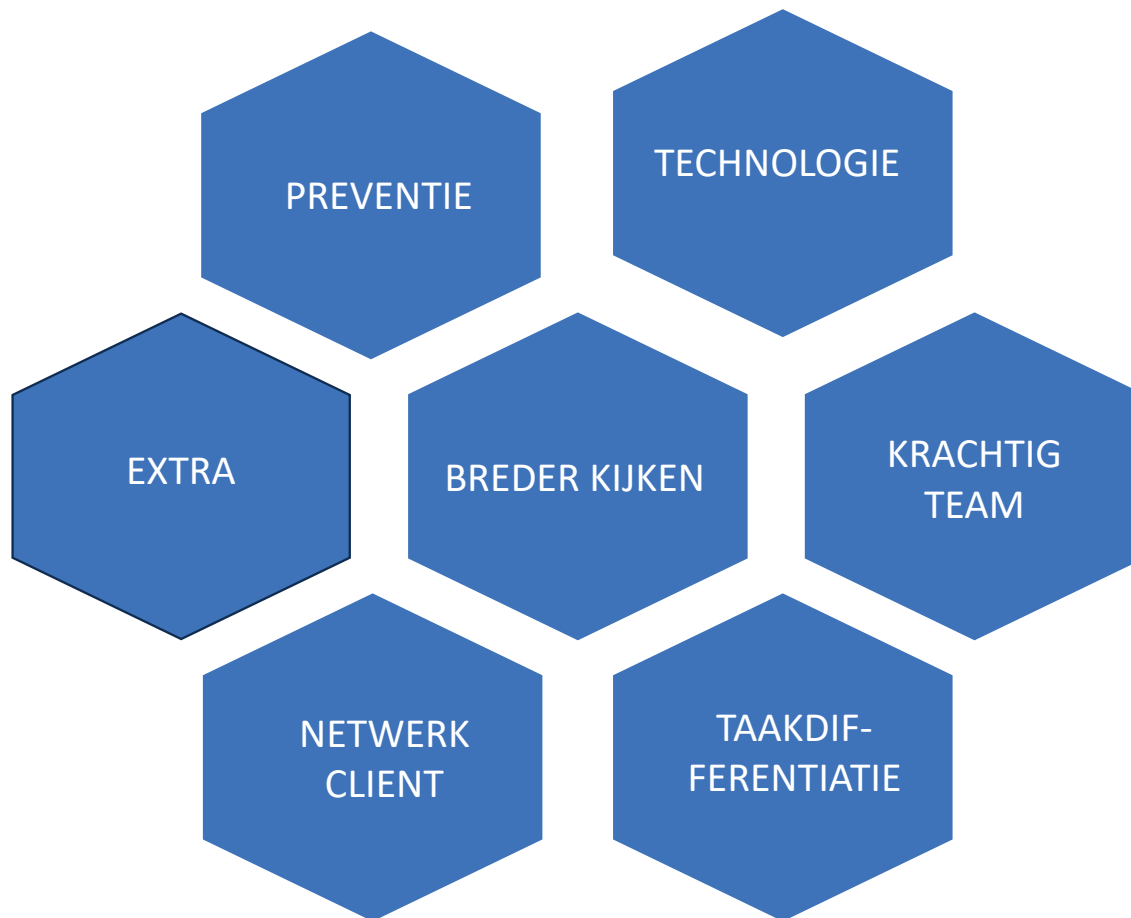
Vinden goede vrienden (geen vrijwilliger) niet makkelijk, faciliteren daarvan wordt vaak niet als verantwoordelijkheid zorg gezien

Technologische hulpmiddelen: **gebrek aan geld en beschikbaarheid van mensen en middelen.**

Grote uitdaging voor 1 onderling afgestemd behandelplan: om dit op inhoud goed te bespreken en te blijven volgen en in tijd op elkaar af te stemmen.
Overdracht met digi-begeleiders ook van belang.

Uitdaging voor team en ouders om uit te gaan van menselijke behoeften en vanuit de context, en niet van probleemgedrag

Gedeelde ideeën over hoe het anders en slimmer kan – NAH (n=3)



1-op-1 behandeling: **verschuiving** van 'probleemklachten verminderen/veranderen' naar preventie met bijv. maatschappelijk werk, dier ondersteunende interventie.



Leefklimaat: Inzet **auditief technisch hulpmiddel**, namelijk Tessa Robot



1-op-1 behandeling:

- Significant meer gebruik maken van **technologische hulpmiddelen**
- In elektronisch cliëntdossier kunnen signaleren wanneer inzet discipline nodig is, bijvoorbeeld door een discipline aan te vinken waardoor de gekoppelde behandelaar een mail ontvangt. M.a.w., het **systemisch vormgeven** kan menselijke **fouten preventief verhelpen**.

1-op-1 behandeling:

- **Stapsgewijs werken.** Alleen doen als voorgaande niet werkt. Bijv. energiebalans alleen als NPO en structuur onvoldoende tot verbetering leidt.
- **Andere blik.** Bijv. behoefte gezien te worden. Interventie meer in dagelijkse gesprekjes, complimenten, activiteiten vrijwilligers. Ook: behoefte aan structuur, stemmingsklachten gerelateerd aan seizoen
- In de NAH doelgroep is het **verleden en het leven voor NAH** zeer van belang voor het vormgeven van de toekomst / zorg, vaak ontbreekt die kennis en overzicht. Actie: Overdracht ziekenhuis naar revalidatie naar woonvorm chronische fase overzichtelijker
- Momenteel is er geen gemakkelijke wijze om **multidisciplinair te overleggen met een medisch deskundige**, binnen of buiten de organisatie. Actie: Sneller contact met Arts VG of met medisch deskundige anders vormgeven



Mediërende as:

- De grootste verandering is dat i.p.v. allemaal verschillende facetten en gedeeltes er met 1 middel wordt gewerkt. Dit middel is de **hermeneutische cirkel**.
- **Contact en transparante communicatie** tussen woning en andere instanties (lees: Bartimeus, Visio, Huisarts, etc.). Vaak wordt er door de drukte/waan van de dag weinig aandacht gegeven aan de samenwerking binnen en (met name) buiten de organisatie.

Leefklimaat: **Coördinerend begeleider** die geen 'eigen PB-cliënten' heeft, meer de focus kan leggen op coördineren van de zorg en signaleren indien er meer nodig is (bv. GD).

Mediërende as:

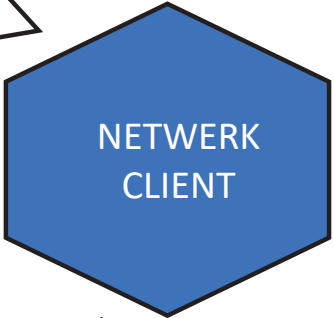
- **4-ogen principe** hanteren collega (regie)behandelaar en/of GZ-psycholoog, bijv. middels een halfjaarlijkse/jaarlijkse casusbespreking
- **(persoonlijke) begeleiders** relatief meer tijd investeren in begeleiding (zoals het helpen opzetten/behouden van daginvulling) dan in ADL taken.



1-op1 behandeling:

- **Lotgenotencontact** organiseren voor rouwverwerking en tegen sociale isolatie. Binnen organisatie en gemeente zijn er (te) weinig initiatieven gaande voor lotgenotencontact, en/of er is weinig naamsbekendheid. Kloof tussen bewoners binnen een beschermde woonvoorziening, ambulante cliënten. Het in meerdere mate organiseren van lotgenotencontact kan cliënten helpen ervaringen te delen en van elkaar te leren.
- **Familie meer betrekken** in vormgeven ondersteuning omtrent zorgbehoeften. Zoals het organiseren van een MDO waarbij familie, andere instanties en evt. wettelijke vertegenwoordiging standaard wordt betrokken.

Algemeen: **heldere dagstructuur en behandeladvies** kan ook door invalkrachten en ZZP'ers zonder al te veel in te werken gevolgd worden.



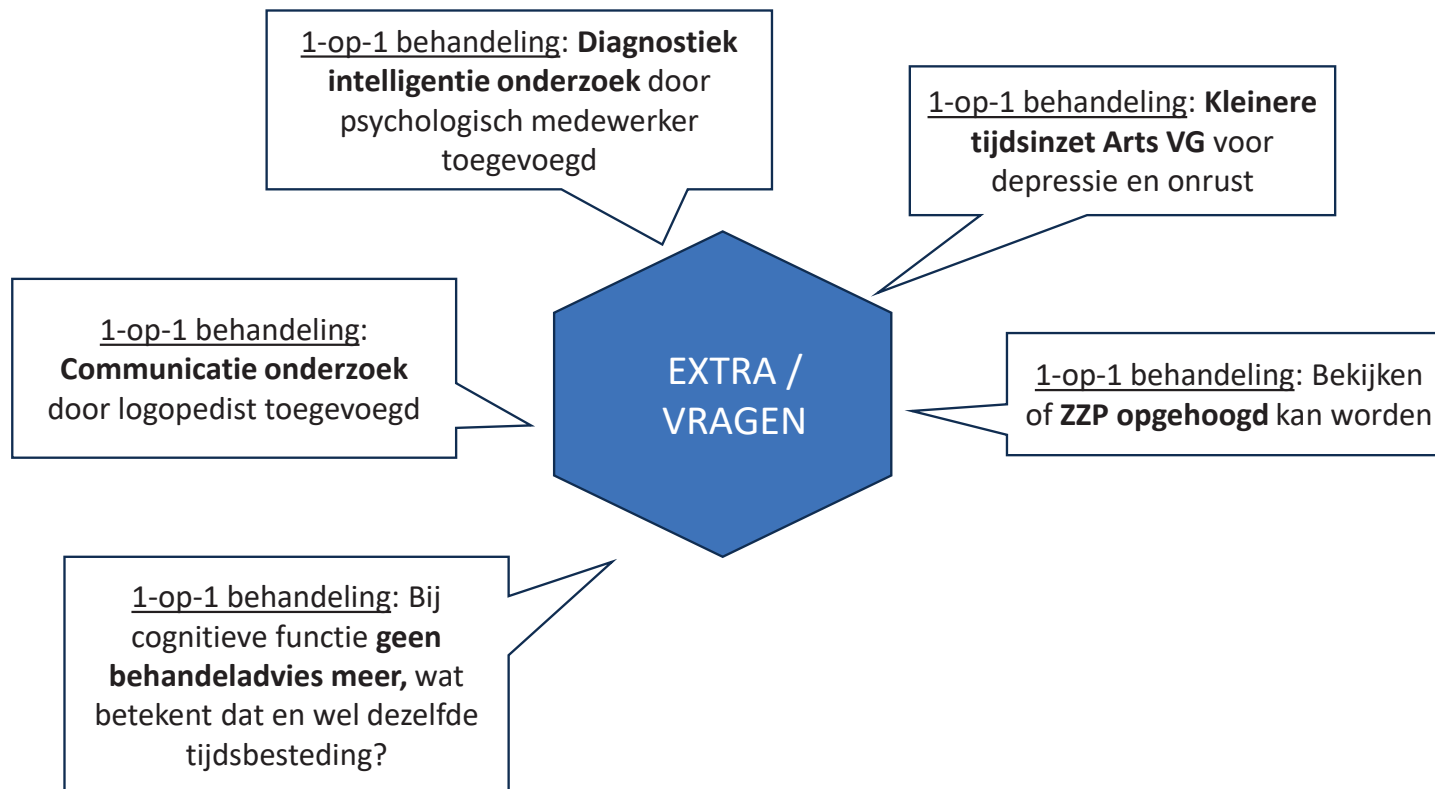
Leefklimaat:

- **Lotgenotencontact** (zie 1-op-1 behandeling)
- **Gemeenschap** vanuit de kerk ondersteuning laten bieden. Het geloof gaat een grotere rol spelen in het contact met de cliënt, hierdoor wordt op een belangrijk en positief aspect van haar leven ingestoken. Dat betekent dat de begeleiding een wat kleinere rol gaat spelen op dit aspect, waardoor er meer tijd overblijft voor andere dingen.

1-op-1 behandeling: **gedragswetenschapper** verzamelt alle informatie bij start zorg en komt tot een goed behandeladvies en dagritme. Diegene bespreekt dat in de teamoverleggen, voorkomen van dubbelrol voor gdw, logo en ergo

Algemeen: Info uit behandeladvies en dagritme **delen met het netwerk van de client**, zodat zij dit kunnen meenemen in bv de weekenden familie betrekken bij avond/weekend, inzet vrijwilligers.

Mediërende as: NPO deels door **gedragsdeskundige** (HBO geschoold) i.p.v. door (GZ)psycholoog of neuropsycholoog



Krachtige team en taakdifferentiatie: lastig haalbaar i.c.m. landelijke personeelstekort. Niet eenvoudig om **goed geschoold, sterk in begeleiden en stabiel team** te krijgen.

Cliënten motiveren en ondersteunen in de start van nieuwe initiatieven (zoals lotgenotencontact). Onderzoeken mogelijkheden, tijd voor vrijmaken.

In team **de neuzen dezelfde kant** op te krijgen.

De uitdaging zit in het vormgeven van een systeem waarbij contact tussen instanties **vanzelfsprekend is, maar niet verplicht** is.



Netwerk actief betrekken: **kost energie en is een diepte investering**. Resultaat vaak pas zichtbaar op lange termijn. Daarnaast de verbinding aangaan en blijven behouden tussen netwerk cliënt en woonlocatie

Technologische hulpmiddelen: is **prijzig** en kost m.n. aan het begin veel **moeite** (scholen personeel, extra tijd begroten). Vergt een verandering die middels ICT dient te worden uitgevoerd en dient te worden goedgekeurd door het bestuur v.d. organisatie.

Netwerk: niet elke naaste is even sterk/vaardig, soms **overbelast**. Ze kunnen vaak wel iets met degene waarbij zij betrokken zijn, maar niet altijd met andere cliënten. **Teveel gezichten** op een groep geeft ook onrust en onvoorspelbaarheid.

**1. Verbinding inhoudelijke visie en
bedrijfskundig perspectief**

Hoe zorgt u daarvoor? En welke werkende principes en risico's ziet u in de praktijk?

**2. Specificeren van tijdsinzet per
behandeling**

Voor welke dilemma's plaatst u dat in de praktijk?

***4 thema's om met
elkaar te
bespreken***

3. Zorg anders en slimmer organiseren

Tot welke ideeën komt u op het vlak van behandeling Wlz?

4. Transparantie als toverwoord (of niet)

Hoe kijk u naar dit begrip en hoe zou u hier vorm en inhoud aan geven, als u het voor het zeggen zou hebben?

1. Verbinding inhoudelijke visie en bedrijfskundig perspectief

Hoe zorgt u daarvoor? En welke werkende principes en risico's ziet u in de praktijk? (n=5)

"Ingewikkeld vraagstuk, in de praktijk moeilijk te realiseren."

HOE, SYSTEMATIEK, VISIE

"Stepped care i.p.v. matched care"

"Vanuit behandelbudget interne verdeling en op locatieniveau sturen op de kosten en inzet."

"Collectiviteitsprincipe. Oplopende wachtlijsten → indicatie voor herverdeling. Zwaardere doelgroep en verloop begeleiders: investeren basisklimaat."

"Meer focus op het versterken van de begeleiders en context i.p.v. 1 op 1 behandeling van de cliënt."

"Risico bij vertrekken van financieel oogpunt: krapte arbeidsmarkt en onvoldoende relatieopbouw client - begeleider"

GESPREK, DUALITEIT

"Werken vanuit driehoek (orthoped./ meewerkend teaml./ manager(evt + arts VG)."

Behandelaren elkaar laten opzoeken / tellen en vertellen / niet te snel veranderen van achter de management tafel"

*"Duaal leidersch orthopedag / manager
Verbindend organiseren met kaders vanuit WLZ en budget. Inhoud leidend."*

"Werkend principe in de praktijk: vertrekken vanuit de inhoud is gunstig is voor kwaliteit en budget."

"Betrekken inhoudelijke professionals bij dit dilemma en transparant maken knelpunt in budget, capaciteit en kaders waardoor invloed behandelaar op bedrijfskundig perspectief"

"En als organisatie zelf kijken wat voor extra werkdruk en belasting zorgt. Aansluitend gesprek over definitie eenheden in bedrijfskundig perspectief; door eenduidige afspraken kan zuivere discussie gevoerd worden."

LEREN, VERANDEREN

Middelen reflectie / leren / verbeteren: systemetrie en teamreflector."

"Ruimte geven / experimenteren / op zoek gaan naar gebruikte en ongebruikte mogelijkheden"

1. Verbinding inhoudelijke visie en bedrijfskundig perspectief

Hoe zorgt u daarvoor? En welke werkende principes en risico's ziet u in de praktijk? (n=4)

HOE, SYSTEMATIEK, VISIE

“Werken met de klaver (4 vragen): 1. Wat kan de client zelf of kan hij/zij leren; 2. Waar kan technologie helpend zijn; 3. Wat kan het netwerk/vrijwilligers/medecliënten betekenen; 4. Wat moet door professionals gedaan worden en door welke?”

“Werken per voorziening met een positief leefklimaat.”

“Vooral denken in mogelijkheden, vanuit verschillende perspectieven kijken helpt. Best practices ophalen zowel binnen als buiten eigen organisatie ”

“ Uitgangspunt: doen wat nodig is. Bij budgetoverschrijding client, tijdelijk van andere client. Stichting kan zelf prioriteren. Overschrijdt groepsvraag totale budget, urgentieprincipe: wat moet echt, wat kan wachten. Zn elders zoeken of overleg zorgkantoor”

Risico urgentieprincipe: uitgestelde vragen verergeren, kosten later hoger, alleen brandjes blussen

“Principes:

- * Van individueel naar groep georiënteerd*
- *Zoeken van alternatieve, bv beweegkisten*
- * Inzet van familie, vrijwilligers, netwerk”*

GESPREK, DUALITEIT

“Realistisch dilemma, zoals meerzorg: enerzijds inhoudelijk nodig, anderzijds van capaciteit en bedrijfskundig oogpunt niet wenselijk/mogelijk. Kijken naar de context, wat kan hierin aangepast worden. Inzet op preventie.”

“Mogelijkheden van meerzorg (individueel / groep) bespreken en eventueel aanvragen ”

“Hoe kun je vanuit waarden vanuit de organisatie en de structuur toch naar schaalgrootte kijken.”

LEREN, VERANDEREN

“Waar nodig met elkaar meekijken (4-ogen principe). Hoe kan het ook anders?”

“Uitwisselen van ervaringen (good/best practices) ”

RISICO'S

- *Administratie gaat ten koste van behandeling*
- *Onvoldoende capaciteit voor individuele hulpvragen*
- *Focus op reactief ipv proactief / preventie*
- *Binnen ZG neemt druk op behandelcomponent verder toe*
- *Toetsingskader IGJ gaat uit van voldoende capaciteit (behandelaren / mw), verhoudt zich niet tot praktijk.*

2. Specificeren van tijdsinzet per behandeling

Voor welke dilemma's plaatst u dat in de praktijk (n=5)?

DILEMMA, VRAGEN

*“Hoeveel tijd wil je stoppen in **betrouwbare registratie** van geleverde zorg? Achten wij in de Wlz niet noodzakelijk; gekozen om oude normenkader NZA (2013) te blijven hanteren, wetende dat we daarmee mogelijk niet alles optimaal hebben ingericht”*

“Dilemma bv:

- *Handig **extra begeleider** in groep waarbij client regelmatig escaleert, maar zonde om deze altijd in te zetten en voor welke periode dan?*
- *Client moet om 8 u medicatie hebben, maar andere client vraagt aandacht, begeleider wil **lijntje niet verbreken**, wat doe je dan?”*

MAATWERK, VISIE

*“Bij mediërende behandeling werk je **locatie/groepsgericht** en schrijf je tijd niet toe naar een individuele cliënt.*

Dit vraagt afstemming tussen behandelaren t.a.v. werkdruk, werkverdeling, vitaliteit en het stellen van prioriteit.”

*“Tijdsinzet ondersteuningsvraag of hulpvraag cliënt **niet altijd van tevoren in te schatten.***

*Teamprocessen vragen **verschillende tijdsinzet**, afhankelijk van moment, ondersteuningsvraag van het team en verschillende behoeften en/of emoties.”*

*“Maatwerk en wanneer effect behandeling zichtbaar wordt is moeilijk in te schatten en daarmee wat **behandelduur** is.”*

*“Zodra wachtlijsten oplopen gaan we met elkaar **prioriteit** stellen en op basis van evaluatie kijken we naar effect. Is het effect kleiner dan stoppen we en pakken nieuwe dringendere casus op waar **effect van behandeling** als groter wordt ingeschat.”*

*“Lastig: **medewerkers woning** ook ingezet op behandeling”*

*“**Werken niet** met 1 op 1 begeleiding”*

*“ orthopedagoog **standaard** 0,5 u / week / client*

2. Specificeren van tijdsinzet per behandeling

Voor welke dilemma's plaatst u dat in de praktijk (n=4)?

DILEMMA, VRAGEN

“Capaciteit versus vraag”

“Vooral een inhoudelijke vraag voor de behandelaars ”

“Afhankelijk van wat je in huis hebt, zet je in (vaak gebaseerd op inhoudelijke ontwikkelingen).”

“Meetbaarheid van effectiviteit van verschillende behandelaars is minimaal”

“De vooraf ingeschatte behandeltijd is meestal te positief ingeschat: er is vaak meer nodig. Dat maakt het lastig anticiperen. Soms is er al een toezegging gedaan aan een andere cliënt/verwant (“in maand x starten we met jouw behandeling”) die dan alleen tegen hogere kosten kan worden nagekomen.”

MAATWERK, VISIE

“Richttijden beschreven voor inzet van bv GK; dit is echter richtinggevend.

Afspraken voor andere behandelaars: behandeling heeft kop en staart (zorgmodules) ”

“ Onvoldoende kaders voor behandelaars: hoe lang mag een behandeling duren? Richtlijnen – zorgprogramma's voor deze doelgroep zijn zeer beperkt waardoor weinig standaardisatie en veel maatwerk.”

3. Zorg anders en slimmer organiseren

Tot welke ideeën komt u op het vlak van behandeling Wlz (n=5)?

TECHNOLOGIE *"Inzet van Hume, Vivagohorloge en andere domotica / technologie"*

Zorgtechnologie door inzetten slimme sensoren (waterslot / ruimte)"

"Belangrijk om inzet domotica en zorgtechnologie door te ontwikkelen"

TAAKDIFFERENTIATIE

"Principe voor functionaris (taakdifferentiatie): Zo licht als mogelijk, uitgebreider indien noodzakelijk. Dit betekent: inzetten op stepped care (op inhoud en functieniveau). Bijv. verpleegkundige i.p.v. arts."

"Meer onderzoek laten doen door psychodiagnostisch medewerker i.p.v. gedragsdeskundige."

NETWERK

"Netwerk client meer betrekken zoals in ouderenzorg"

"Inzet van netwerk kan nog meer binnen de langdurige zorg (vanuit andere historie) ontwikkeld worden"

KRACHTIG TEAM

"Goed opgeleide begeleiders die op basis van mediërende behandeling de behandeling kunnen voortzetten."

"Begeleiders meer bekwamen in WZD en hier uitvoer aan geven in de praktijk."

BREED KIJKEN

"Sprakgericht rapporteren (rapportage/verantwoording afleggen)."

"Toe naar model zoals Zvw? Geen integraal budget, maar passende zorg leveren en uren declareren die nodig zijn."

"Vooral investeren in de driehoek manager, DVC, gedragsdeskundige om mediërende behandeling nog beter vorm te geven, Keuzes maken wat wanneer nodig is. Focus op goed dagprogramma."

"Ondersteunende dienst op registratie/ondersteuning/planning"

"Met elkaar komen tot behandelprogramma/lijnen die praktisch based of evidence based zijn."

"Veel investeren op de missie (Triple C) bij iedereen om te komen tot ander cultuur/klimaat en dit erkennen als behandeling."

"Kwaliteit meer vaststellen door het voeren van de dialoog met betrokkenen i.p.v. kwantitatieve cijfers"

"Het hebben van kaders/richtlijnen wat goed zorg/ goede behandeling is? Is dat wat we nu bieden een 10 of een 6? Het kan namelijk altijd meer. Of de kwaliteit van leven altijd toeneemt is de vraag."

"PDCA cyclus strakker doorlopen en zicht krijgen op het effect van de behandeling. Het lef hebben om te stoppen met behandeling."

"Groepsaanbod ontwikkelen"

3. Zorg anders en slimmer organiseren

Tot welke ideeën komt u op het vlak van behandeling Wlz (n=4)?

TECHNOLOGIE

“Technologische ontwikkelingen, zowel in individuele mogelijkheden als in groepsverband. Denk aan aanpassingen in bv douchen (bed in bad systeem), drogers, robotica en domotica.”

“Gebruik technologie op gebied van fysiotherapie / ergotherapie (om fysieke handelingen weer mogelijk te maken, maar ook instructiefilmpjes voor oefeningen. Misschien ook bij eenzaamheid en vergroten zelfredzaamheid.”

TAAKDIFFERENTIATIE

“Grotere rol voor studenten.”

““Stepped care in medisch domein breed inzetten om capaciteit VG arts te verdelen.”

NETWERK

“Inzet van vrijwilligers / netwerk.”

“Netwerken van cliënten aan laten sluiten vanaf het begin”.

KRACHTIG TEAM

“Toerusten van medewerkers zodat minder snel geëscaleerd wordt naar duurdere professionals (hier is wel voldoende capaciteit voor nodig, is er nu niet / onvoldoende)”

BREED KIJKEN

“Thema: samen anders doen; terug naar de bedoeling. Geldt voor alle medewerkers en op alle gebied. Bv: competentiegericht opleiden, andere deskundigheden binnenhalen, zorg anders organiseren, werken met lege canvas. Werken met ambulante zorgteam voor ondersteuning in piekuren. Zelf roosteren.”

“Structurele samenwerkingen met regio (bv voor beweegactiviteiten)”

“Gebruik ervaringsdeskundigen.”

“Administratief is er nu veel werk; welke afspraken (op landelijk niveau) kunnen we met elkaar maken om dit terug te dringen?”

“Op cliëntniveau veel administratie, maar ook daar buiten: kwalificatiesystemen, certificering, meerzorg aanvragen.”

“Samenwerking VG in de regio (oa project toekomst bestendige zorg VGU)”

“Inzetten op cultuurverandering (gericht op samenwerking, niet meer alles kunnen) van professionals, oa artsen, beginnend in opleidingen”

“Elkaars kennis en kunde inzetten in de regio”

“Meer georganiseerde samenwerking, delen beleidsstukken / werkprocessen, zo ook efficiëntere ondersteunende diensten. Rol gehandicaptenplein?”

“Inzet op meer reële beeldvorming ri cliënten / verwanten ea (als VG / Den Haag)”

“Meer groepsgerichte behandeling is mogelijk in aantal groepen / aandoeningen, leidt tot meer efficiency (kosten en inhoud). Bv Hersenz. Groepen ook buiten eigen locatie / organisatie.”

3. Zorg anders en slimmer organiseren

Welke risico's ziet u (n=9)?

*“Preventie is essentieel, maar vaak moeilijk om het **effect van aan te tonen.**”*

*“Zorgtechnologie is vooral gericht op **proces na de behandeling**, niet zozeer op **behandeling**”*

Alles wel in relatie tot dat mensen mensen nodig hebben. Menselijke zorg is niet volledig te vervangen.”

*“Technologie, taakdifferentiatie en groepsgewijs werken zijn hierin cruciaal. Organiseren op **toegevoegde waarde en kwaliteit** moet leidend zijn in het toekomstbestendig organiseren.”*

*“Digitale mogelijkheden zijn weliswaar ook af en toe **belastend voor de cliënten in de Wlz**, maar we zien dat men hier zeker voor open staat.”*

*“**Belang van nabijheid**, belangrijke voorwaarde voor communicatie om verandering te laten slagen.”*

4. Transparantie als toverwoord (of niet)

Hoe kijk u naar dit begrip en hoe zou u hier vorm en inhoud aan geven, als u het voor het zeggen zou hebben (n=9)?

“Definitie transparantie en voor wie?”

“Als transparantie betekent: communiceren, inzichten geven en verwachtingen managen, is dat de bedoeling; het is belangrijk om duidelijkheid te bieden over de context, niet alles is mogelijk”

*“Transparantie vraagt met name om **goede definitie** waarover we transparant willen zijn en dus ook verantwoording willen afleggen en dus ook communicatie.*

Op elk individueel cliënt niveau transparant zijn en afgerekend worden op uitkomsten is niet productief en niet haalbaar. Duidelijk uitleggen aan bewoners en verwanten stuit nogal eens op onbegrip omdat daar in het verleden afspraken over gemaakt zijn of onduidelijk over is gecommuniceerd.”

*“Blik naar binnen in wat niet goed gaat en daarvan leren met elkaar. Een zoektocht naar ‘**best practices**’ legt focus op wat wél goed gaat, minder op de soms weerbarstige werkelijkheid.”*

“Geen verborgen agenda’s”

“Delen van documenten”

*“**Vertrouwen** op deskundigheid van behandelaren, met elkaar dialoog en reflectie over kwaliteit en wat optimaal mogelijk is binnen de (financiële) kaders i.p.v. protocollering.”*

“Meer gelijkwaardig samenwerken en daarin leren van elkaar (ipv concurreren)”

“Transparantie is belangrijk en ook de wijze waarop dit wordt gedaan. Hoe communiceer je, wat communiceer je en wanneer.”

“Cliënten/verwanten meenemen in de dilemma’s die er zijn in de zorg (zoals de schaarse middelen). Bv in cliëntenpanels (dus voor de groep) en tijdens MDO’s of andere 1-op-1 gesprekken.

*“Waar het kan, is delen van actualiteiten of processen goed. Belangrijk dat dit **onder bepaalde controle gebeurt**, omdat dit ook voor ruis kan zorgen. Ook hierbij is het belangrijk om een goede inschatting te kunnen maken waar de behoefte ligt om geïnformeerd te worden.”*

Voorlichtingsbijeenkomsten over nieuwe technologie, behandelmogelijkheden etc voor professionals, cliënten en verwanten gezamenlijk (dus niet meer differentiëren naar doelgroep).”