

Inkoopplan
Wet Langdurige Zorg 2017
sector Gehandicaptenzorg

ZORG
KANTOOR



voor goede zorg zorg je samen

Inhoud

Voorwoord	3
1 Zorgplicht	4
1.1 Algemene ontwikkeling van de Wlz zorgvraag	5
1.2 Toekomstige zorgvraag	6
1.3 Keuze leveringsvorm	7
1.4 Wlz-behandeling	9
1.5 Toegankelijkheid op basis van wachtlijsten en wachttijden	9
1.6 Beschikbaarheidsfuncties	13
2 Kwalitatieve verbeteringen in de regio	15
2.1 Specifieke zorgvragen	16
2.2 Zorgregelingen in de Wlz	21
2.3 Aanbod voor specifieke doelgroepen	22
3 Regionale speerpunten	24
Lijst met afkortingen	27

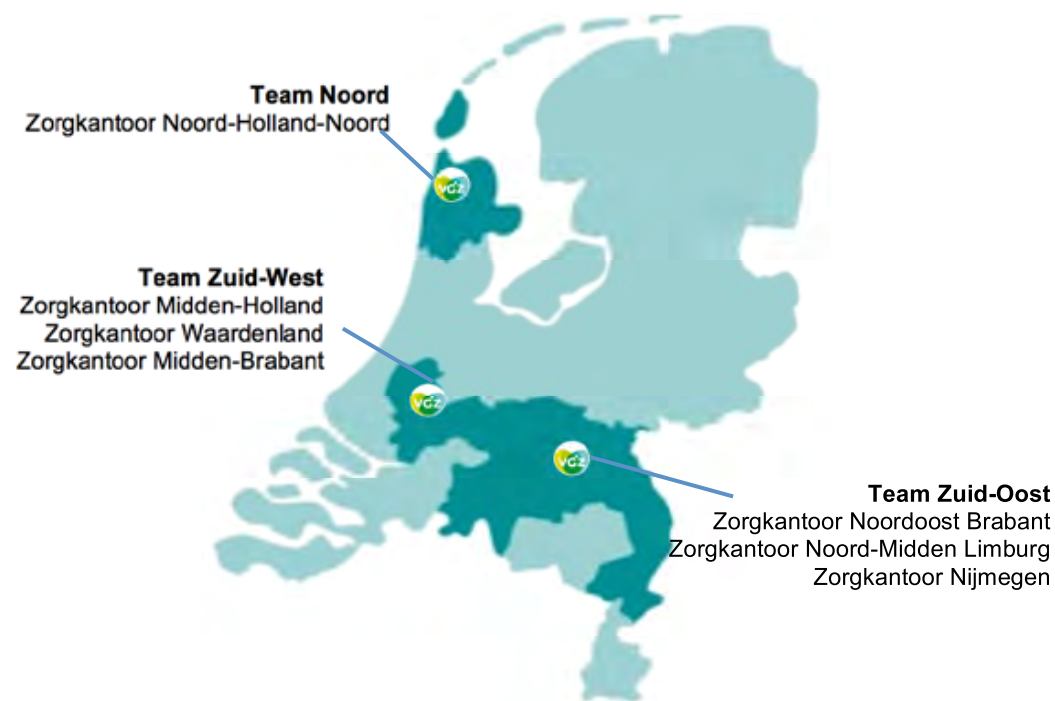
Voorwoord

Voor u ligt het inkoopplan van de Zorgkantoren Coöperatie VGZ voor de Wet langdurige zorg (Wlz), sector Gehandicaptenzorg (GZ).

De Zorgkantoren van Coöperatie VGZ zijn regionaal georganiseerd in 3 teams en voeren de Wlz uit in zeven zorgkantoorregio's.

Met de zorginkoop hebben de wij de taak om ervoor te zorgen dat cliënten de geïndiceerde Wlz-zorg kunnen krijgen waarop zij zijn aangewezen. In dit document analyseren we de Gehandicaptenzorg in de langdurige zorg voor de zeven zorgkantoorregio's van de Coöperatie VGZ, trekken daaruit enkele conclusies en benoemen de daarbij horende inkoopdoelen. Dit vormt de basis voor de inkoopgesprekken met de zorgaanbieders in onze zorgkantoorregio's.

Het volledige Coöperatie VGZ Inkoopbeleid Langdurige Zorg 2017 bestaat uit het landelijke Inkoopkader Langdurige Zorg 2017, de VGZ Inkoopprocedure 2017 en het VGZ inkoopplan sector Gehandicaptenzorg. Wij verzoeken u kennis te nemen van de inhoud van al deze documenten. U vindt al onze inkoopdocumenten op: www.vgz-zorgkantoren.nl



Disclaimer

De documenten, opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2017, zijn onder voorbehoud van wijzigend beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa). Het Zorgkantoor behoudt zich het recht voor een correctie in de inkoopdocumenten, de procedure en wijziging of aanpassing van de voorschriften van de inkoopprocedure toe te passen indien, na bekendmaking van deze documenten, maatregelen door de overheid worden getroffen die van invloed zijn op de inkoop van zorg.

1 Zorgplicht

Het zorgkantoor heeft voor alle inwoners met een geldige Wlz-indicatie in haar zorgkantoorregio's zorgplicht. Dit betekent dat wij met onze zorginkoop proberen te bereiken dat:

- Er voldoende zorg in elke regio beschikbaar is, passend bij de vraag van de cliënt.
- De ingekochte en geleverde zorg voldoet aan de in Nederland gestelde eisen.
- De cliënt bij voorkeur kan kiezen tussen meerdere zorgaanbieders.
- De cliënt kan kiezen tussen de verschillende vormen zoals de Wlz die kent; te weten MPT, VPT, ZZP en PGB.

Dit houdt in dat wij al hetgeen doen om het recht op zorg dat een cliënt toekomt op grond van de Wlz, te effectueren.

In dit hoofdstuk kijken we naar de ontwikkeling van zorgvraag en -aanbod om conclusies te trekken over de mate waarin het zorgkantoor aan haar plicht voldoet.



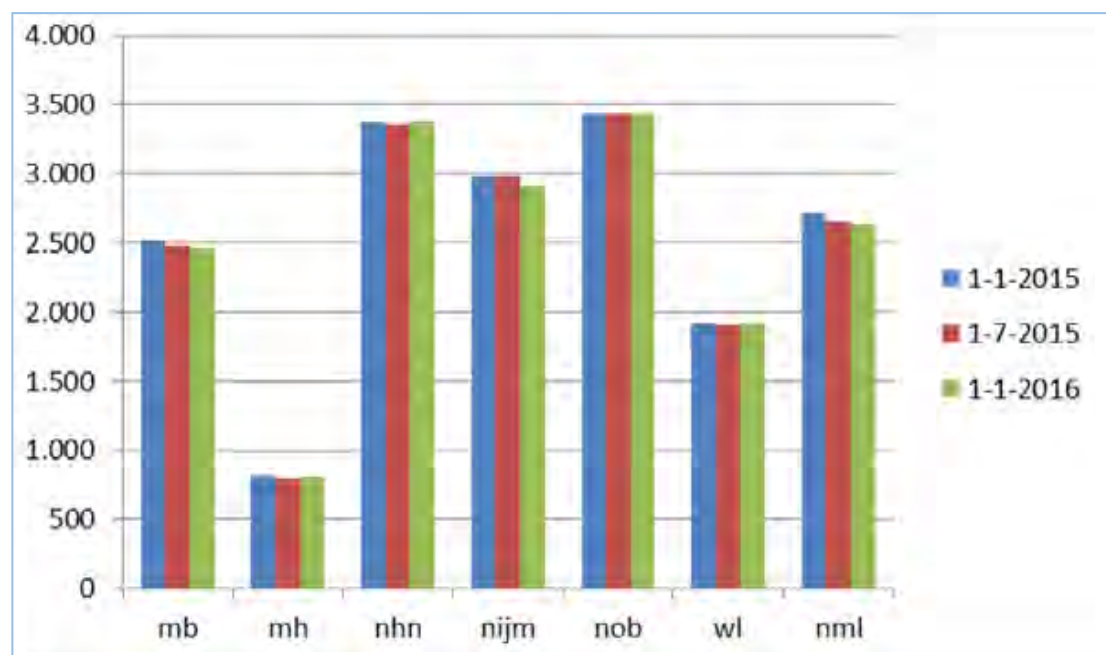
.....
**Samen zorgen
we voor goede zorg**
.....

1.1 Algemene ontwikkeling van de Wlz zorgvraag

Een eerste indicatie voor het invullen van de zorgplicht is een analyse van de ontwikkeling van de zorgvraag. In deze paragraaf geven we aan hoeveel mensen met een indicatie deze ook daadwerkelijk verzilveren. Daarnaast geven we inzicht in de mate waarin behandeling en dagbesteding worden gerealiseerd bij het verblijf van deze mensen.

In onderstaande grafiek staat het aantal cliënten met een GZ-indicatie welke hun indicatie middels VPT of ZZZP verzilveren op onderstaande peildata.

In de periode 1 januari 2015 tot 1 januari 2016 is het aantal cliënten dat de indicatie verzilvert in VPT of ZZZP in alle regio's nagenoeg gelijk gebleven.



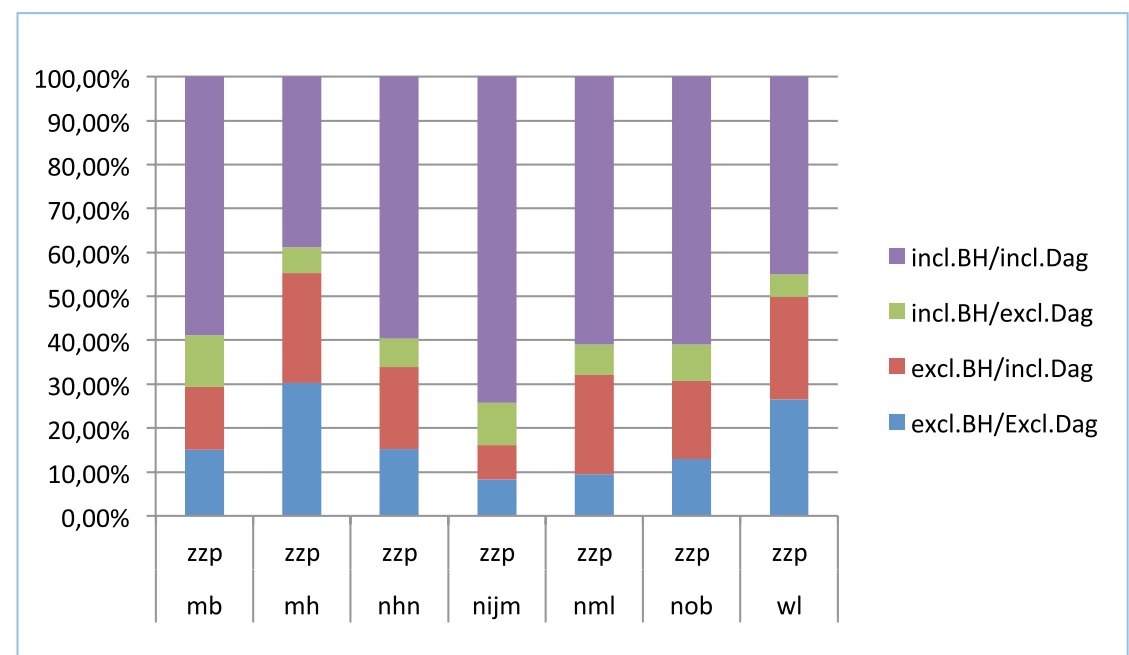
(Bron:iWlz)

In onderstaande grafiek is weergegeven voor welk percentage van de cliënten behandeling in het kader van de Wlz wordt gedeclareerd ten opzichte van cliënten zonder behandeling. Tevens is het een weergave van de verhouding cliënten die hun indicatie incl./excl. dagbesteding en behandeling verzilveren.

Conclusie

Het gemiddelde aandeel ZZZP's incl.BH is over alle regio's circa 65%. In de regio's Midden Holland en Waardenland worden relatief weinig ZZZP's incl. BH geleverd (45% resp. 50%). De regio Nijmegen realiseert bijna 85% ZZZP's incl. BH. In de overige regio's wordt gemiddeld of iets bovengemiddeld gerealiseerd.

De mate van dagbesteding is in de regio's Waardenland en Midden Holland aanzienlijk lager dan in andere regio's. In de regio Midden Holland hangt dit deels samen met de lichtere ZZZP-mix die hier gerealiseerd wordt.



(Bron:iWlz)

Inkoopdoelstelling

Het aanbod van behandeling moet aansluiten bij de vraag van de cliënt. Het uitgangspunt voor het zorgkantoor is niet de indicatie of de 'beschikbare plaatsen' inclusief of exclusief behandeling, maar de zorgvraag van de cliënt.

Het zorgkantoor zal met zorgaanbieders het gesprek voeren over de noodzakelijkheid en doelmatigheid van de inzet van Wlz-behandeling zodat cliënten niet meer, maar ook niet minder zorg krijgen dan ze nodig hebben. Daarnaast de wijze van organiseren van de functie behandeling in de regio onderwerp van gesprek. Samenwerking van partijen om deze functie beschikbaar te hebben kan een randvoorwaarde zijn in enkele regio's.

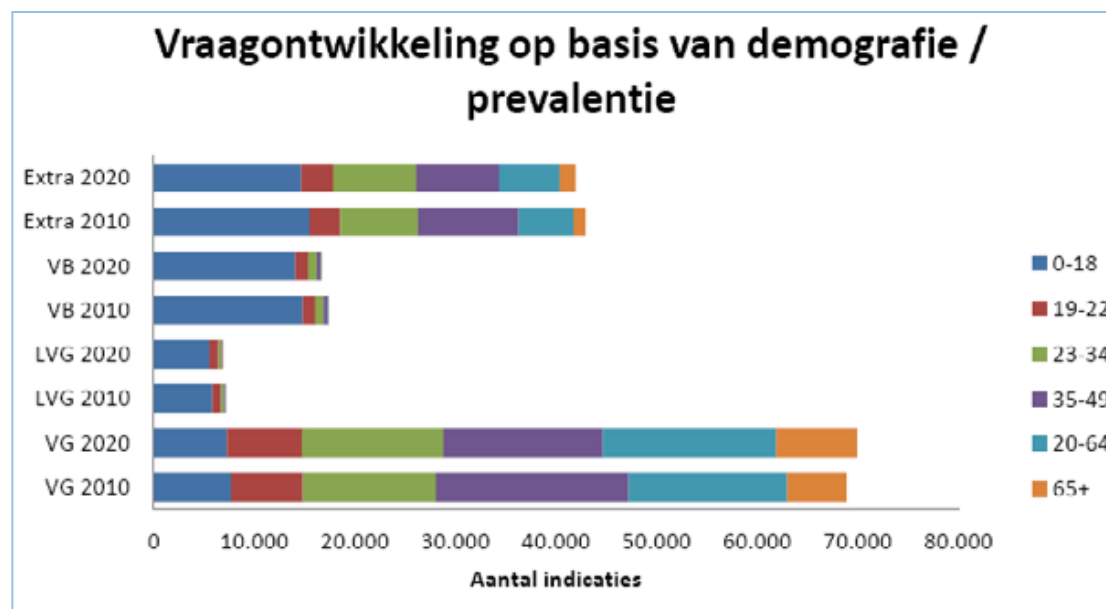
Cliënten met een indicatie voor dagbesteding hebben recht op een volledig aanbod hierop. Zorgaanbieders in regio's waar relatief weinig dagbesteding bij verblijf geleverd wordt, wordt gevraagd inzicht te geven in de aanbod.

1.2 Toekomstige zorgvraag

De toekomstige zorgvraag binnen de GZ is niet direct herleidbaar naar demografische gegevens. Bij de beschrijving van specifieke problematiek en ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg is uitgegaan van het Rapport "Trendanalyse Gehandicaptenzorg" van TNO uit 2010. De benoemde ontwikkelingen zijn toepasbaar op heel Nederland. Voor de doelgroepen LG en ZG zijn geen tendensberekeningen gemaakt zoals voor de VG. Wel heeft TNO het rapport *Behoefteonderzoek voorzieningen voor mensen met een lichamelijke beperking* opgesteld in 2010.

De ontwikkeling van de toekomstige zorgvraag GZ tot 2020 is als volgt:

- De prevalentie van mensen met diepe en ernstig verstandelijke beperkingen is toegenomen door de toegenomen levensverwachting.
- Mensen met lichte en matige verstandelijke beperkingen hebben een levensverwachting gelijk aan die van de algemene bevolking.
- Prevalentie bij mensen met Syndroom van Down is gelijk gebleven.
- Door erfelijkheidsvoorlichting, vroegdiagnostiek en prenatale screening zal het aantal mensen met aangeboren verstandelijke beperkingen afnemen.
- De prevalentie van mensen met een verstandelijke beperking is bij allochtonen waarschijnlijk gelijk aan bij autochtonen.
- Het aantal mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking jonger dan 65 jaar neemt licht af. De doelgroep 65+ binnen de LG groeit.



(TNO, Trendanalyse VG met correcties TNO, 2011)

Conclusies

- De totale vraag naar zorg op basis van een verstandelijke handicap zal nagenoeg gelijk blijven.
- De groep 0-18 jarigen wordt kleiner. Een deel van de zorg aan deze jongeren valt onder de Jeugdwet. Jongeren onder de 18 jaar met een ZZP VG3-indicatie en hoger vallen onder de Wlz. Deze groep blijft een groot beroep doen op groepsbehandeling zorg en kortdurend verblijf (logeren). Zij doen vergeleken met de andere leeftijdsgroepen het grootste beroep op de 5 zorgzwaartepakketten voor LVB-cliënten.
- Het aantal oudere mensen (ouder dan 50 jaar) met verstandelijke beperkingen in de gehandicaptenzorg neemt toe. Zij doen vooral een beroep op langdurig verblijf.
- De totale vraag naar langdurig verblijf in 2020 wordt geraamd op ca. 76.000 zorgvragers.

- Vanwege de groei van het aantal oudere mensen met verstandelijke beperkingen en het verhoogde risico van deze doelgroep op andere aandoeningen dient bij de voorzieningen rekening te worden gehouden met de aanwezigheid van cliënten met motorische beperkingen, visuele beperkingen en auditieve beperking.
- De zorgvraag van cliënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid in de komende jaren zal stijgen. Bij deze groep cliënten is steeds vaker sprake van bijkomende gedragsproblematiek, zowel bij jongeren als bij volwassenen.
- De totale zorgvraag LG zal stabiliseren.

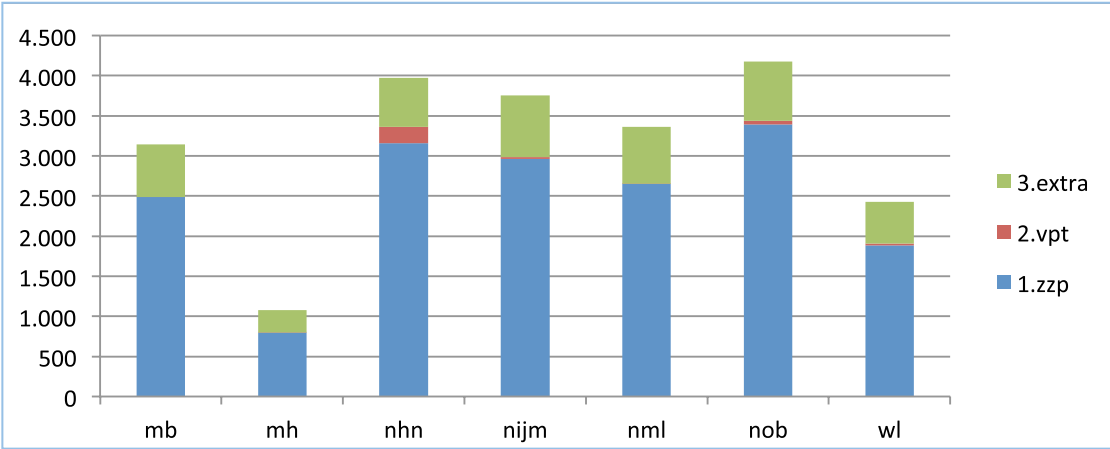
1.3 Keuze leveringsvorm

Zorgkantoren zien dat de woon- en zorgwensen van cliënten veranderen. Cliënten en hun netwerk de mogelijkheid hebben om te kunnen kiezen dat de zorg in de thuissituatie ontvangen. Ze willen meer eigen regie over hun leven voeren. De Wlz maakt dit mogelijk. De cliënt kan en mag zelf kiezen van welke leveringsvorm men gebruik wil maken en onderscheid daarin de volgende leveringsvormen:

- ZZP (zorg zwaarte pakket);
- VPT (volledig pakket thuis);
- MPT (modulair pakket thuis);
- PGB (persoonsgebonden budget).

De inkoop van 2017 staat nog meer dan voorheen in het teken van de wens van de cliënt. Het zorgkantoor wil in haar afspraken met zorgaanbieders voldoende zorg inkopen om aan haar zorgplicht te voldoen. Zij legt in de afspraken vast waar de cliënt de zorg graag wil ontvangen en legt tevens vast welke verbeteringen de cliënt graag ziet op het gebied van kwaliteit voor de bestaande zorg.

In onderstaande grafiek is de verhouding weergegeven tussen het aantal cliënten dat de indicatie verzilvert middels een ZZP (intramuraal), een VPT of MPT .



(Bron= iWlz, peildatum 01-07-2015)

Zorgkantorregio	ZZP	VPT	Extramuraal
Midden Brabant	2485	0	653
Midden Holland	798	0	276
Waardenland	1882	0	518
Noord Holland Noord	3156	615	203
Nijmegen	2964	0	768
Noord en Midden Limburg	2651	0	709
Noordoost Brabant	3392	0	740

Conclusie

Het zorgkantoor heeft als doelstelling dat elke cliënt in elke regio uit een goed en gedifferentieerd aanbod kan kiezen in de leveringsvorm die hij/zij wenst. Het aandeel van Wlz-zorg dat ‘thuis’ geleverd wordt via VPT en MPT is relatief laag tot afwezig, terwijl het los van de zorgzwaarte mogelijk moet

zijn dat deze zorg (al dan niet in een geclusterde woonvorm) thuis of buiten een instellingsterrein ontvangen wordt. Op dit moment is het aantal VPT’s klein en alleen enigszins ontwikkeld in de regio Noord Holland Noord (peildatum juli 2015). In de afspraken 2016 is in alle regio’s een kleine afspraak voor VPT gemaakt . Inzet van MPT is in de cijfers nog niet zichtbaar aangezien het de cijfers van 2015 betreft

Inkoopdoelstelling

Onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen. Daarnaast hebben we op basis van de bovenstaande analyse de volgende aanvullende doelstellingen:

1. Mensen met een Wlz-indicatie die zelfstandig kunnen en willen wonen, moeten hiertoe de mogelijkheid krijgen binnen de Wlz. Het zorgkantoor stimuleert daarom instellingen om aanbod te creëren voor cliënten die vormen van Wlz zorg in de thuissituatie en/of geclusterde woonvormen willen ontvangen als alternatief voor opname. Het zorgkantoor voorziet hierbij in een groei van MPT en VPT voor de zwaardere doelgroep als toevoeging op de keuzes voor cliënten in plaats van de reguliere intramurale setting. Hierbij kan het ook gaan om (nieuwe) geclusterde woonvormen. In de inkoopgesprekken zal hier aandacht aan besteed worden.
2. Zorgaanbieders worden nadrukkelijk verzocht cliënten objectief en goed voor te lichten over de mogelijkheden van de leveringsvormen MPT en VPT.
3. Ook nieuwe aanbieders of PGB aanbieders (bijvoorbeeld ouderinitiatieven) met een MPT of VPT aanbod in ZIN nodigen wij uit om in te schrijven voor een overeenkomst met de VGZ Zorgkantoren. Eén van de doelstellingen van het PGB is om zorg in te kopen welke door instellingen moeilijk is te realiseren, veelal in de thuissituatie.

In de Wlz zien we veel instellingen welke een min of meer regulier woon/zorgpakket leveren, wat ook mogelijk zou moeten zijn in ZIN. Zorgkantoor VGZ gaat daarom het gesprek met deze instellingen aan om als de cliënt dat wenst mogelijk in ZIN in te kopen.

4. Inzicht in actuele intramurale capaciteit in de regio. Het zorgkantoor wil inzicht hebben in de capaciteit (ontwikkelingen) in de regio om ervan verzekerd te zijn dat er voldoende aanbod is, passend bij de vraag. Tijdens de inkoopgesprekken zal daarom aandacht gevraagd worden naar de huidige en toekomstige capaciteit van de diverse leveringsvormen MPT, VPT en ZZP.

1.4 Wlz-behandeling

In de Wlz hebben alle cliënten die vanaf 1-1-2015 een indicatie hebben ontvangen ook een indicatie voor behandeling. Onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen. Dit betekent voor behandeling dat het aanbod van behandeling ten allen tijde optimaal moet aansluiten bij de vraag van de cliënt. Het uitgangspunt voor het zorgkantoor is niet de indicatie of de 'beschikbare plaatsen' inclusief of exclusief behandeling, maar de zorgvraag van de cliënt.

Er zijn diverse vormen van behandeling inzetbaar:

- Incidentele behandeling of kortdurende behandeling door bijvoorbeeld de AVG, gedragskundige of orthopedagoog.
- Continue structurele behandeling.
- Overige vormen: medebehandeling, aanvullende functionele diagnostiek en consultatie

Per cliënt kan de vraag naar Wlz-behandeling verschillend zijn. Uitgangspunt is dat cliënten niet méér maar ook niet minder zorg krijgen dan ze nodig hebben. Financieringsafspraken dienen dit uitgangspunt te faciliteren en kunnen per aanbieder variëren. Hierbij wordt tevens gekeken welke efficiency er te behalen is bij de inrichting en organisatie van deze zorg in de regio.

1.5 Toegankelijkheid op basis van wachtlijsten en wachttijden

Elke cliënt met een Wlz indicatie heeft recht op zorg. Zorgkantoren hebben de taak om cliënten binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen dan wel bij hem thuis, van zorg te voorzien.

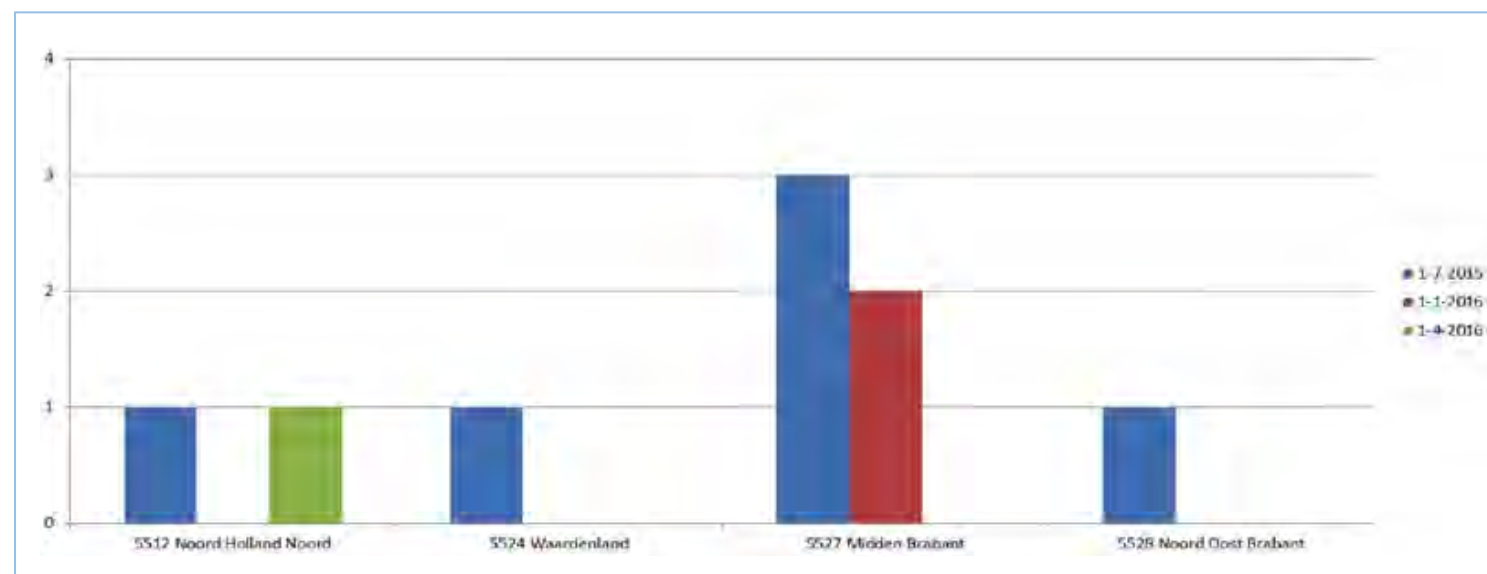
Definitie van wachtlijsten

Wachtlijsten in de langdurige zorg zijn er altijd geweest en zullen er wellicht ook altijd blijven. Toch moeten zorgkantoren en zorgaanbieders er gezamenlijk naar streven om wachtlijsten én wachttijden te minimaliseren. Zorgkantoren kennen in principe 3 groepen wachtenden:

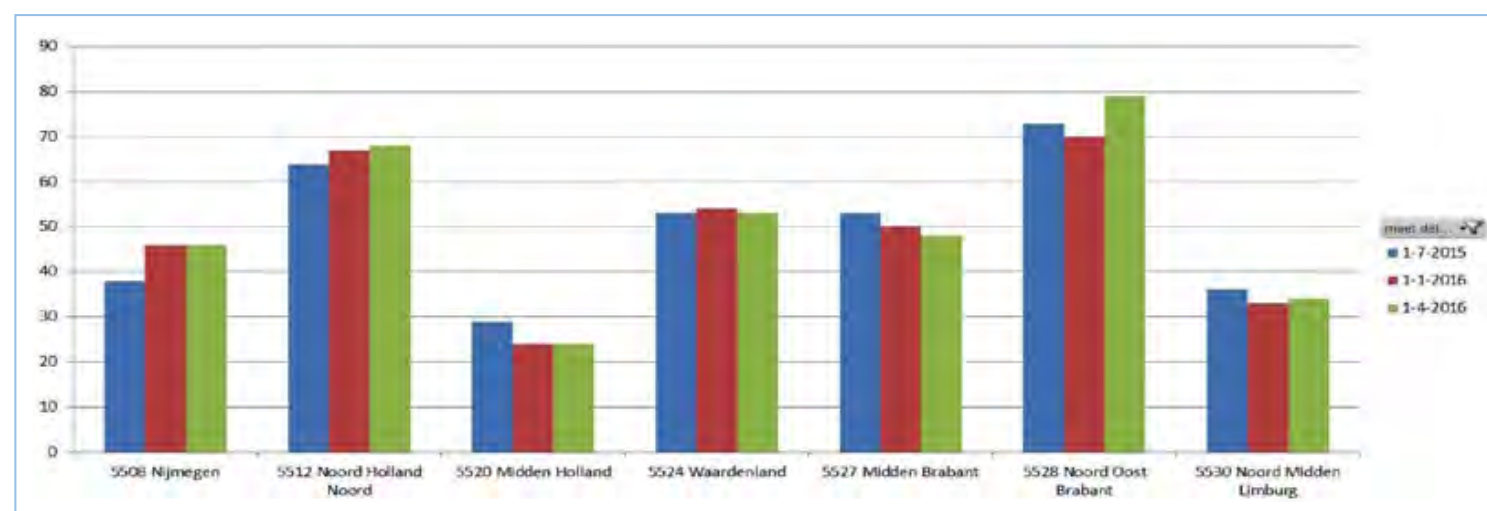
1. Actief wachtenden (AW): deze cliënten willen zo spoedig mogelijk opgenomen worden en laten dat prevaleren boven hun plek van voorkeur.
2. Wens wachtenden (WW): deze cliënten willen opgenomen worden, maar hebben een bewuste keuze voor een locatie of soms zelfs appartement. Totdat die locatie beschikbaar komt kiezen deze cliënten voor een alternatieve zorgvorm.
3. Slaapwachtenden (SW): deze cliënten hebben een Wlz indicatie maar kiezen ervoor om nog niet opgenomen te worden.

In onderstaande gegevens zijn cliënten met een zogenaamde lage ZZP niet meegenomen.

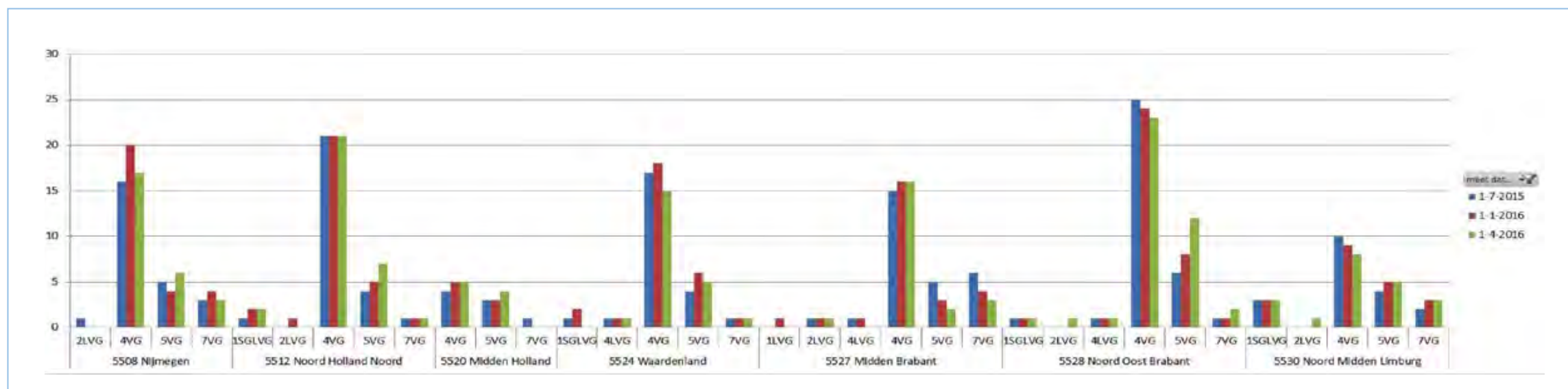
De volgende grafieken geven inzicht in het aantal actief wachtenden en wenswachtenden voor de totale sector op 3 verschillende peildata. In de regio's en/of peildata die niet in dit overzicht voorkomen zijn er geen wachtende cliënten in iWlz bekend.



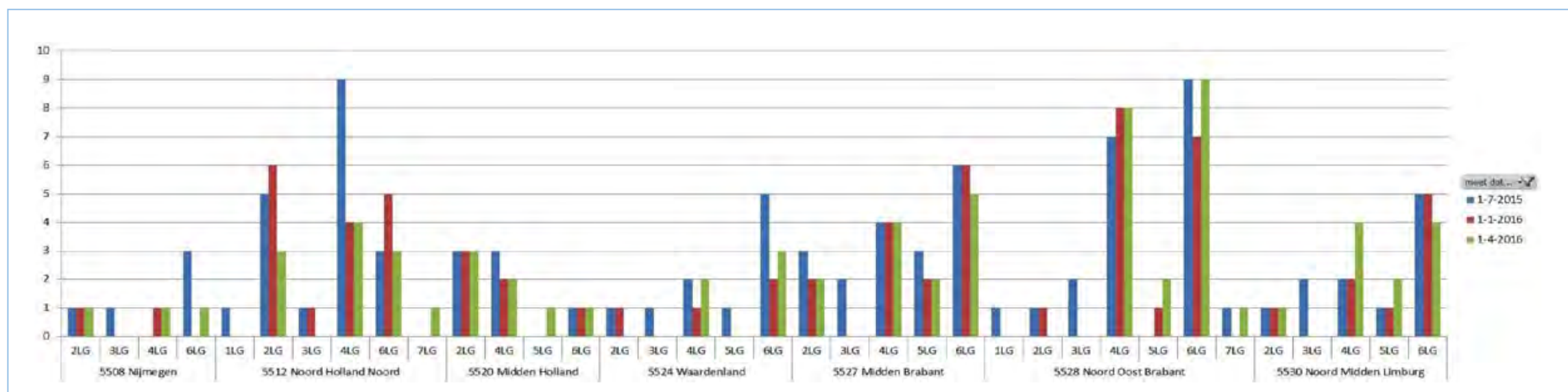
Aantal Actief Wachtenden (Bron:iWlz)



Aantal Wenswachtenden (Bron:iWlz)



Aantal Actief wachtenden en wenswachtenden naar ZP binnen VG(Bron:iWlz)



Aantal Actief wachtenden en wenswachtenden naar ZP binnen LG(Bron:iWlz)

Conclusies

Er zijn binnen de GZ geen grote groepen actief wachtenden.

In alle regio's valt op dat de wenswachtenden zich vooral bevinden bij cliënten met een ZZP VG-4 en VG-5 (in mindere mate) indicatie. Het aantal wenswachtenden binnen de LG-sector zit vooral in de ZZP's LG-4 en LG-6.

Kennelijk is het aanbod niet altijd passend bij de wensen van deze groep cliënten of er onvoldoende passend aanbod. Aanbieders wordt gevraagd om in hun offerte aandacht te besteden aan oplossingen die men hiervoor in overleg met de wachtenden treft.

Daarnaast loopt er in mei 2016 een onderzoek van onderzoeksbureau HHM in opdracht van WVV naar de achterliggende redenen voor mensen met een indicatie die hebben aangegeven te wachten op aanbod en deels voorzien zijn van overbruggingszorg. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen regionaal leiden tot inkoopdoelen.

Inkoopdoelstelling

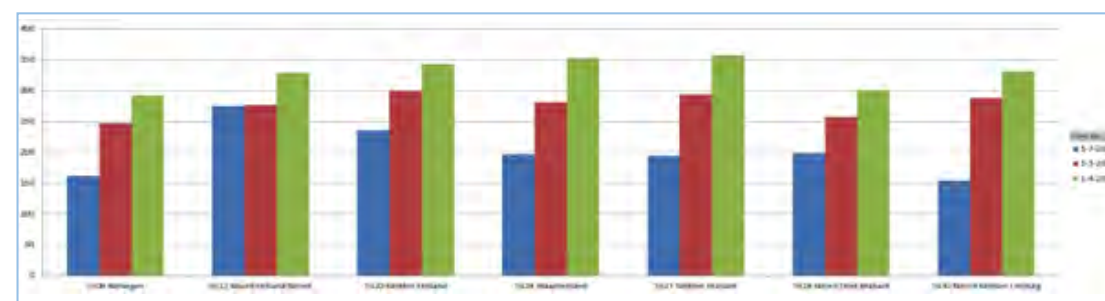
Actief wachtenden worden geholpen binnen de geldende Treeknormen of ontvangen overbruggingszorg middels bemiddeling door Cliëntadvies. Er zijn geen wachtlijsten die vragen om grote initiatieven.

De onderzoeksresultaten van HHM rond wenswachtenden kunnen leiden tot specifieke inkoopdoelen. Zorgkantoor zal z.s.m. na verschijnen van het HHM-rapport de zorgaanbieders informeren indien dit in hun regio het geval is.

Wachttijden

Niet alleen het aantal wachtenden is relevant, ook de wachttijd die een cliënt gemiddeld moet wachten om op de plek van voorkeur zorg te ontvangen is belangrijk. De verhouding tussen het aantal wachtenden en het aantal beschikbare plekken in een regio bepaalt de wachttijd.

Onderstaande grafiek geeft inzicht in het gemiddelde aantal kalenderdagen dat AW en WW (totaal) in de Gehandicaptensector wachten op een voor hen geschikte plaats. Doordat de peildatums in tijd oplopen, loopt ook de gemiddelde wachttijd op.



(Bron: iWlz)

Conclusie

De wachttijd betreft met name wenswachtenden. Zoals bij de conclusie over de wachtlijst benoemd, wacht het Zorgkantoor de uitkomsten van het HHM-onderzoek af.

1.6 Beschikbaarheidsfuncties

Crisis zorg

Van crisis is sprake bij situaties waar onmiddellijke verlening van zorg noodzakelijk is:

- Een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt in de thuissituatie of van de informele hulp (wegvallen mantelzorg);
- die leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg (waarbij de verzwaarde zorgbehoefte naar verwachting blijvend is);
- waarbij het noodzakelijk is om opname binnen 48 uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen.

Crisis zorg, gefinancierd uit de Wet Langdurige Zorg, is bedoeld voor cliënten die in het bezit zijn van een geldige CIZ-indicatie voor Wlz-zorg dan wel waarvan de regionale regisseur crisis zorg inschat dat CIZ een Wlz-indicatie zal verstrekken. Tevens geldt als voorwaarde dat de cliënten niet verblijven in een intramurale setting. In 2015 en het eerste kwartaal van 2016 is gebleken dat er in de regio's van de 7 VGZ-zorgkantoren op jaarbasis 21,5 crisisplaatsen daadwerkelijk bezet zijn, een groot deel van de ingekochte crisiscapaciteit is daardoor niet daadwerkelijk bezet. Een belangrijke oorzaak voor deze forse afname is de overgang van de zorg voor de jeugd naar het gemeentelijk domein. Er is dus sprake van een forse onderbezetting op de Wlz-gefinancierde crisisplaatsen.

Het zorgkantoor wil deze crisis zorg doelmatig inkopen. Crisis zorg is kortdurend en vraagt vaak een specifieke expertise. Het is van belang dat er een regionale dekking is en optimaal gebruik gemaakt wordt van de verschillende mogelijkheden om passende crisis zorg te verlenen.

Aangezien er naast de crisisregelingen voor VG-clënten ook crisisregelingen bestaan voor andere doelgroepen zal het zorgkantoor meewerken aan het aansluiten bij bestaande crisisregelingen om te voorkomen dat burgers die in crisis raken, tussen wal en schip terecht komen. Eén loket voor alle bestaande crisisregelingen kan daarbij een optie zijn.

Cliënt

Doel is dat cliënten die in crisis geraken de zorg krijgen waar zij op dat moment het meeste baat bij hebben. Dit kan bijvoorbeeld ambulante begeleiding zijn, maar mogelijk ook behandeling of uiteindelijk toch een tijdelijk opname op een crisisbed.

Kwaliteit

Het zorgkantoor stelt geen aanvullende eisen op de bestaande regelgeving. In regio's waar sprake is van één loket voor crisis zorg, opteert het zorgkantoor voor aansluiting bij bestaande crisisregelingen uit andere domeinen, zoals Wmo.

Kosten

Vanwege de sterk dalende bezetting van Wlz-crisisbedden zal het zorgkantoor kritisch omgaan met de inkoop van beschikbaarheidskosten voor deze crisisbedden.

Inkoopdoelstelling

- Afbouw van het aantal in te kopen crisisplaatsen.
- De in te kopen crisisplaatsen worden geconcentreerd bij een beperkt aantal aanbieders, waarbij borging moet zijn van de specifiek benodigde kwaliteit en expertise.
- Investering in de terugkeer naar huis na de crisisperiode.
- Bevorderen van ambulante vormen van crisis zorg en methoden ter voorkoming van crisis zorg.

Kort verblijf/logeren

Er bestaat grote behoefte aan een opvangmogelijkheid voor logeren en/of kort verblijf als respijtzorg. Hiermee kan een tijdelijke ontlasting van het systeem of de cliënt worden gerealiseerd. Op de lange termijn kan hiermee langdurige residentiële zorg worden voorkomen. Zorgaanbieders informeren het zorgkantoor over het beschikbare aanbod, en het zorgkantoor zoekt afstemming met de gemeente over de zorginkoop van deze functie. Nadrukkelijk dienen de verantwoordelijkheden in Wmo/Jeugdwet en Wlz benoemd te worden.

Inkoopdoelstelling

Zorgkantoor en zorgaanbieders maken afspraken over kort verblijf en logeren in de regio. Onderdelen die in de afspraken meegenomen worden zijn spreiding in de regio, toegankelijkheid voor doelgroepen. Het Zorgkantoor volgt nauwlettend de landelijke ontwikkelingen rond aanspraak en bekostiging voor deze functie. Afspraken hierover kunnen aangepast worden bij gewijzigd landelijk beleid.

2 Kwalitatieve verbeteringen in de regio

In het vorige hoofdstuk hebben we een kwantitatieve analyse gemaakt van de GZ-sector in de zeven VGZ zorgkantoor-regio's. In dit hoofdstuk bespreken we enkele doelgroepen uit de GZ en geven daarbij aan wat vanuit het oogpunt van Cliënt, Kwaliteit en Kosten de doelstellingen van het zorgkantoor zijn. Tijdens de inkoopgesprekken kunnen over deze onderwerpen specifieke afspraken gemaakt worden.

.....
**Samen zorgen we voor
een menselijke maat**
.....



2.1 Specifieke zorgvragen

In de volgende paragrafen hebben we enkele specifieke zorgvragen in de GZ-sector gedefinieerd. Afhankelijk van de regionale situatie kunnen er afspraken met zorgaanbieder gemaakt worden voor deze cliëntgroepen.

2.1.1 Ouder wordende cliënt met verstandelijk beperking

Cliënt

Mensen met een beperking worden eerder oud omdat zij eerder door hun reservecapaciteiten heen zijn. Hierdoor laten zij sneller ouderdomsver-schijnselen zien. Vijftigplussers met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking behoren daarom meestal tot de doelgroep ouderen.

Mensen die ouder worden krijgen over het algemeen andere behoeftes, onder andere op het gebied van wonen en dagbesteding. De combinatie van een levenslange beperking met veroudering maakt de gezondheidstoestand complex. De cliënt is extra kwetsbaar.

Onderstaande tabel is een weergave van de leeftijd van de in zorg zijnde cliëntpopulatie.



(Bron: iWlz)

Over de 7 zorgkantoorregio's van VGZ heen is gemiddeld 39% van de in zorg zijnde populatie ouder dan 50 jaar en valt strikt genomen onder de doelgroep ouder wordende VG-er. In de regio's Nijmegen, Noord- en Mid-den Limburg en Noordoost Brabant ligt dit percentage nog hoger. 90% van deze cliënten maakt gebruik van intramurale zorg.

Kwaliteit

Dit gegeven vraagt een aanpassing in de zorg op onder andere onderstaande drie domeinen:

- Lichamelijk; zoals problemen met de visus, verlies van kracht en coördinatie en slikproblemen
- Cognitief; uiteenlopend van geheugenproblemen en moeite met concentreren tot en met (beginnende) dementie
- Sociaal emotioneel; zoals meer behoefte aan rust, moeite met aanpassing aan veranderend netwerk

Met het ouder worden van de cliënten in de gehandicaptenzorg zal er tenslotte op een bepaald moment sprake zijn van zorg tijdens de laatste levensfase. Deze zorg is anders als het mensen met een verstandelijke beperking betreft omdat zij door hun lager ontwikkelingsniveau anders omgaan met het ziekte- en stervensproces.

Kosten

Verzwarende van het zorgprofiel leidt tot extra zorginzet en tot hogere kosten. Een kwalitatief aanbod voor de ouder wordende cliënt zal naast de voordelen voor de cliënt en medewerker ook leiden tot doelmatigere zorg. Zowel:

- Binnen het afgegeven zorgprofiel; betere zorg leidt tot minder escalaties of terugval en dus tot beter planbare zorg
- Tussen de afgegeven zorgprofielen; betere zorg vertraagd of verzacht het verouderingsproces waarmee in voorkomende gevallen de afgifte van een hoger zorgprofiel uitgesteld kan worden.

Inkoopdoelstelling

Zowel uit het oogpunt van kwaliteit als kosten vinden de zorgkantoren van Coöperatie VGZ het belangrijk dat zorgaanbieders beleid geformuleerd hebben rondom de zorg voor de ouder wordende doelgroep en inzicht hebben in de omvang en kenmerken van hun ouder wordende populatie. Voor de beleidsformulering kunnen zorgaanbieders gebruik maken van bestaande onderzoeken zoals Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD), het Competentieprofiel Ouderen (VGN) en de website www.ouderworden-meteenbeperking.nl. Deze onderzoeken geven aanknopingspunten voor zorgaanbieders om hiermee gericht aan de slag te gaan

2.1.2 Cliënten met Lichamelijke Handicap met Niet Aangeboren Hersenletsel

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 40.000 mensen getroffen door een beroerte of ongeval waarbij de beperkingen blijvend zijn. Het merendeel van deze mensen woont voor het NAH zelfstandig. Nadat het NAH heeft plaatsgevonden gaat ongeveer 90% direct na de ziekenhuisopname naar huis. De overige 10% gaat naar een revalidatiecentrum. Van de laatste groep

gaat ook weer het grootste deel terug naar huis. Mensen die niet naar huis kunnen omdat de beperkingen zo groot zijn krijgen een Wlz-indicatie.

Uit de cijfers blijkt duidelijk dat het grootste gedeelte van de mensen met een Wlz-indicatie terug willen naar hun eigen huis en familie. Toch wordt het merendeel van deze doelgroep opgenomen in een intramurale setting, omdat de zorg thuis niet passend ingericht kan worden. De cliënt en de mantelzorger worden met problemen geconfronteerd die zij niet kunnen oplossen. Deze liggen op het gebied van psychisch, emotioneel en fysieke beperkingen. Ook de samenwerking met gemeenten m.b.t. tot woningaanpassing is van groot belang. Cliënten kunnen niet naar huis terug als de aanpassingen niet zijn uitgevoerd.

Cliënt

De cliënt wil veelal liever in de eigen vertrouwde omgeving blijven wonen. De cliënten met lichamelijke beperkingen zijn in staat om een leven op te bouwen vanuit eigen regie en zelfstandigheid.

Kwaliteit

Met goede zorg, ondersteuning en behandeling kan de zorg en ondersteuning thuis worden geboden. Hieraan wil het zorgkantoor actief invulling gaan geven.

Kosten

Door (jeugdige cliënten) te leren zelfstandig te leven wordt een doelmatige inzet van de Wlz-middelen gerealiseerd omdat veel cliënten na de training geen uitgebreide zorg en ondersteuning meer nodig hebben.

Inkoopdoelstelling

Het zorgkantoor wil alternatief aanbod voor verblijf stimuleren zodat de cliënt deze keuze kan maken. Dit is mogelijk door het inzetten van VPT en MPT met daarnaast extramurale behandeling.

Daarnaast ziet het zorgkantoor initiatieven voor zelfstandigheidstraining van (jeugdige) thuiswonende LG-cliënten als een waardevolle uitbreiding van het zorgaanbod. Deze zelfstandigheidstraining krijgt vorm op basis van (tijdelijk) verblijf voor maximaal twee tot drie jaar.

2.1.3. Cliënten met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB)

Cliënten met een Licht Verstandelijke Beperking (veelal jongeren) hebben te maken met een handicap als gevolg van omgevingsfactoren gecombineerd met een laag intellectueel functioneren. Er kan sprake zijn van leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen of een psychiatrische stoornis. Deze problematiek komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik. De doelgroep kan gedefinieerd worden als jongeren die een verstandelijke beperking hebben met beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Daarnaast is sprake van bijkomende problematiek als psychiatrische problemen, sociale problemen en lichamelijke problemen. Er is sprake van vertonen van ernstige gedragsproblemen.

Daarnaast blijkt uit recent onderzoek van VWS dat het binnen deze doelgroep soms lastig is passende zorg te realiseren. Het vraagt van alle betrokken partijen inventiviteit en durf om tot passende zorg te komen. Uit het onderzoek blijkt dat casussen met complexe problematiek vaak opgelost kunnen worden door samenwerking en het delen van kennis.

Cliënt

De doelgroep jongeren met LVB is bij uitstek een groep binnen de gehandicaptenzorg waar een alternatief arrangement voor verblijf gegeven kan worden. Of waar een alternatief geboden kan worden als vervolg op een intramuraal verblijf. Dit bevordert de eigen regie en eigenwaarde van de cliënt.

Daarnaast is passende zorg bij complexe problematiek essentieel. Het betreft hier met name de dubbele grondslag VG/GGZ. Alle betrokken partijen dienen hierop over de eigen belangen heen te stappen.

Kwaliteit

In het veld is er inmiddels aandacht voor certificering van alternatieve arrangementen. Zorgkantoor ondersteunt die initiatieven waar de kwaliteit middels certificering getoetst wordt.

Kosten

Door voorkomen of uitstellen van verblijf, is het mogelijk met een gelijk budget meer cliënten van zorgaanbod te voorzien.

Inkoopdoelstelling

- Ontwikkelen van alternatief ambulant zorgaanbod zoals behandelings-/begeleidingsmethodieken in de thuissituatie. Hierbij dient samenhang te zijn tussen alle relevante leefgebieden van de cliënt (trajectbegeleiding; casemanagement) en in samenhang met voorzieningen die uit Wmo- of welzijnsmiddelen/Jeugdwet worden gefinancierd. Concepten als (f)ACT voor LVB en MST voor LVB worden door het zorgkantoor gestimuleerd.
- Aandacht in de begeleiding en behandeling voor aanwezigheid van een netwerk van de cliënt.
- Terugdringen instroom orthopedagogische behandelcentra (daarbij spelen vroegtijdige onderkenning en het tijdig inzetten van kennis en expertise van behandelinstellingen een cruciale rol). De lead hiervoor ligt bij de gemeenten. Instellingen dienen aantoonbaar te maken te zorgen voor een continuüm in zorglevering voor en na het 18e levensjaar.
- Verkorten behandelduur (zoals eerdere afstemming met vervolgzorg/verblijf zodat “warme overdracht” tot stand komt).
- Bevorderen doorstroom naar vervolgzorg (zoals het omzetten van beschikbare verblijfs capaciteit in capaciteit voor doorstroming vanuit LVB-behandelcentra).

- De dagbesteding invullen vanuit het ontwikkelingsperspectief van de jongvolwassenen. Hierin zal grotendeels opleiding en toeleiding naar werk een belangrijk onderdeel moeten zijn.
- Ten aanzien van passende zorg bij complexe problematiek vragen we zorgaanbieders met het zorgkantoor in gesprek te gaan voor een platform voor informatie- en kennisdeling, mogelijkheden voor opschalingsnetwerken.
- We vragen aanbieders in breed verband te zoeken naar oplossingen voor woonvragen.

2.1.4 Cliënten met een Ernstig meervoudige beperking (EMB)

De cliënten zijn ernstig meervoudig complex gehandicapt. Ze hebben een ernstige tot zeer ernstige verstandelijke beperking. Daarnaast zijn ze lichamelijk beperkt. Zelfstandig voortbewegen is niet of nauwelijks mogelijk. Vaak hebben ze ondersteuning en hulpmiddelen, zoals een rolstoel, nodig. De meeste cliënten kunnen slechts liggen of met veel steun zitten. Vaak is er ook sprake van zicht- of gehoorstoornissen en epilepsie. Eet- en voedingsstoornissen komen veelvuldig voor bij deze cliënten. Vaak hebben zij luchtweginfecties. De cliënt communiceert niet of nauwelijks met woord of gebaar.

Huidige situatie

Het betreft een heel brede groep in leeftijd, beperkingen en gewenste ondersteuning. Cliënten wonen thuis met veel en speciale ondersteuning, maar zijn uiteindelijk vaak aangewezen op Wlz-zorg met verblijf. Vaak is sprake van dubbele diagnostiek en multiproblematiek waardoor ondersteuning wordt gegeven door een combinatie van meerdere disciplines zoals huisarts, specialist, Gz-zorg en Wmo. Ondersteuning van ouders en mantelzorgers middels casemanagement is vaak noodzakelijk om de zorg vol te houden.

Cliënten bezoeken soms speciale dagbesteding waarvoor (aangepast) vervoer noodzakelijk is. Ook wordt speciale dagbesteding gegeven in de thuis-situatie.

In het geval van al deze mensen met EMB zijn ouders en andere familieleden betrokken. Afhankelijk van de leeftijd van de persoon met EMB spelen zij een belangrijke rol in de zorg. Zij zijn de enige constante factor in hun leven.

Cliënt

Omdat cliënten ernstig meervoudig beperkt zijn, hebben zij veel begeleiding, volledige verzorging en verpleging nodig.

Een deel van de cliënten met EMB woont nog thuis. Deze mensen ontvangen veelal begeleiding en behandeling vanuit de Wlz en Zorgverzekeringswet.

Kwaliteit

Veiligheid, betrouwbaarheid en voorspelbaarheid zijn ook van grote waarde voor cliënten met een ernstige meervoudige beperking, maar kunnen dit niet of nauwelijks voor zichzelf creëren. Ze begrijpen of overzien vaak de gewone, dagelijkse situaties niet. Ook kunnen zij zich vaak niet of nauwelijks uiten door middel van taal, waardoor ze hun wensen en behoeften niet duidelijk kunnen maken. Deze cliënten zijn door hun beperking dus volledig afhankelijk van anderen om veiligheid en betrouwbaarheid in hun leven aan te brengen. Elke mens is hierin uniek. Het is belangrijk dat de zorgverlener de client als het ware kan lezen, zodat hij/zij weet wat de client gelukkig maakt.

Over het algemeen zijn cliënten met EMB gebaat bij een ruime woonomgeving en waar de benodigde hulpmiddelen voorhanden zijn. Daarnaast is een huiselijke sfeervolle omgeving belangrijk waar iedere cliënt de mogelijkheid heeft zijn eigen invulling aan het leven te geven.

Cliënten hebben zinvolle dagactiviteiten nodig met voldoende mogelijkheden tot rustmomenten. Vaak zijn dit belevingsgerichte activiteiten.

Onder het motto Samen naar School zijn er initiatieven gestart om kinderen met EMB in contact te brengen met andere kinderen. Veelal zijn de (speciale) voorzieningen apart gehuisvest en is er geen contact, daarom zijn er projecten gestart waarin de ruimte voor deze kinderen is ondergebracht in een gebouw waarin ook scholen en andere voorzieningen zijn ondergebracht. Kinderen met EMB nemen zo onder begeleiding deel aan het onderwijs en de schoolkinderen nemen deel aan activiteiten van de EMB-groep.

Kosten

Cliënten worden veelal geïndiceerd voor zorgzwaartepakket VG-08. Dit geldt ook kinderen en jongeren. Tot het jaar 2015, de transitie van de Awbz naar de Wlz beschikten cliënten over een Ciz-indicatie met extramurale functies. Op grond van de transitieregeling zouden deze cliënten in 2015 overgaan naar de Wmo, hoewel er sprake is van een zware zorgbehoefte. Gezien hun zorgzwaarte zouden deze cliënten in aanmerking kunnen komen voor een Zorgzwaartepakket.

Na amendementen in de Tweede Kamer is ervoor deze groep een overgangsregeling afgesproken: de regeling Wlz-indiceerbaren.

De cliënten behouden tot 2017 het recht op zorg vanuit de Wlz op basis van hun oude indicatie in extramurale functies. In de loop van 2016 zal het Ciz vaststellen of de zorgvraag in de Wlz (op basis van Zzp) of in de Wmo, Jeugdwet of zorgverzekeringswet thuis hoort.

Deze initiatieven dienen gezien het succes navolging te krijgen,

Inkoopdoelstelling

- Het zorgkantoor wil nieuwe kleinschalige initiatieven die inspelen op de vraag in de regio naar ontmoeting van schoolkinderen en kinderen met EMB honoreren. Ook kunnen bestaande Orthopedagogische Dag Centra (ODC) deze vorm dagactiviteiten aan hun bestaande aanbod toevoegen.
- Zorgaanbieders geven aan op welke wijze zij inzicht krijgen in de wens van deze cliënten

2.1.5 Cliënten met een zintuiglijke beperking

Cliënt

Zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG) omvat multidisciplinaire zorg aan mensen met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Bij cliënten die gebruik maken van intramurale zorg speelt vaak nog bijkomende problematiek waarbij veelal ook sprake is van een tweede grondslag.

Kwaliteit

De ZG zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de cliënt zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Samenwerkende belangenverenigingen in de zorg voor doven en mensen met TOS, zoals de FODOK en Hoormij, hebben voor de doelgroep doven met een meervoudige handicap een checklist opgesteld waarin zij aangeven welke aspecten zij in de woonzorg voor deze doelgroep belangrijk vinden. Naast algemene punten wordt ook aangegeven wat zij belangrijk vinden op het gebied van wonen, werken en dagbesteding en vrije tijd.

De zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking is een specialisme en vereist specifieke en hoogwaardige kennis bij de begeleiders, verzorgers en behandelaars. De regio Noordoost Brabant kent van oudsher een rijk aanbod in deze gespecialiseerde intramurale zorg en hebben een bovenregionale functie. Niet alle cliënten kiezen er voor om op grote afstand te gaan wonen van hun verwanten en netwerk. In de zeven VGZ regio's wonen ongeveer 250 cliënten met een tweede grondslag ZG bij een reguliere GZ aanbieder. In de regio Noord Holland Noord verblijven ook enkele cliënten met een eerste grondslag ZG bij een reguliere instelling.

Kosten

De kosten binnen de ZG worden in dit inkoopplan niet verder uitgewerkt. Voor de doelgroep ZG geldt dat bepaalde vormen van behandeling en diagnostiek vallen binnen de aanspraak Zvw.

Inkoopdoelstelling

Enkele ZG aanbieders beschikken over een outreachend aanbod en kenniscentra. De zorgkantoren moedigen niet-gespecialiseerde zorgaanbieders aan gebruik te maken van dit aanbod.

2.1.6 Ervaringsdeskundigheid

Zorgkantoren van Coöperatie VGZ vinden het belangrijk dat ervaringsdeskundigheid een plaats heeft in het zorgaanbod.

Ervaringsdeskundigheid stimuleert en motiveert cliënten. Daarnaast richt het zich op herstel, ontwikkeling, ontplooiing van de cliënt.

De ervaringsdeskundigheid kan gerealiseerd worden door iemand die zelf zorg heeft ontvangen, maar kunnen ook mantelzorgers zijn die ervaringen met andere mantelzorgers delen,

Ook als er minder sprake is van herstelmogelijkheden, zien we wel de mogelijkheid tot cultuurverandering om cliënten/-systemen (en medewerkers) in eigen kracht te zetten. Eventueel kan ervaringsdeskundigheid bijdragen aan deze cultuurverandering.

Inkoopdoelstelling

Zorgkantoren Coöperatie VGZ zouden graag ervaring opdoen in de Wlz als het gaat om ervaringsdeskundigheid en nodigt partijen uit om samen met ons te onderzoeken of ervaringsdeskundigheid ook in de GZ geïmplementeerd kan worden.

2.2 Zorgregelingen in de Wlz

In deze paragraaf bespreken we het beleid dat de zorgkantoren voeren bij enkele regelingen in de Wlz.

2.2.1 Meezorg

Het CCE heeft eind 2014 het initiatief genomen om samen met Zorgkantoren, VGN en in overleg met cliëntenvertegenwoordigers te zoeken naar een andere manier van invulling van de meezorgregeling die meer de nadruk legt op kwaliteit en daarbij kijkt naar de cliënt in zijn context. Verbetering voor een cliënt berust ten slotte meestal op een mix van cliëntgerichtheid en een omgevingsgerichte aanpak.

Cliënt

In een tiental landelijke proeftuinen wordt het accent verlegd naar betere uitkomsten voor de cliënt, zo ook in de proeftuinen van VGZ. Uit deze proeftuin blijkt dat het effectiever kan zijn om te investeren in de randvoorwaarden en de omgeving van de cliënt in plaats van het leveren van (nog) meer zorg. Essentieel is het gesprek tussen professionals en de focus op ontwikkeling en perspectief voor de cliënt. In de proeftuinen wordt daar meer ruimte voor gemaakt.

Kwaliteit

In de nieuwe werkwijze is tevens intercollegiale samenwerking geborgd omdat de overtuiging is dat door middel van samenwerking meer bereikt kan worden. Door ten slotte het budget flexibeler te kunnen besteden kan er meer maatwerk voor de cliënt geboden worden en geïnvesteerd worden in duurzame oplossingen voor de cliënt. Het doel van de investering is om progressie (of soms stabilisatie) te boeken op 5 uitkomstindicatoren: toename van het welbevinden, terugdringen van vrijheidsbeperking, toename

van participatie, uitbreiding van het sociaal netwerk en als laatste terugdringen van gedragsproblematiek.

Kosten

Door de proeftuinaanpak werken aanbieders, zorgkantoor, cliëntvertegenwoordigers en het CCE samen aan duurzaamheid op de lange termijn voor deze doelgroep. Waar voorheen de beleving soms was dat de focus binnen Meezorg lag op het 'labelen' van cliënten om zo de benodigde extra middelen te verwerven, wordt het accent verlegd naar betere uitkomsten voor de cliënt. Doelmatigheid is een bijvangst bij deze cliëntgerichte aanpak waar ontwikkeling centraal staat: zowel de ontwikkeling van de cliënt als de ontwikkeling van de zorgaanbieder en de keten van zorgaanbieders.

Inkoopdoelstelling

De uitgangspunten in de nieuwe werkwijze worden in elke VGZ regio met de daar aanwezige zorgaanbieders besproken. Indien passend binnen de 'couleur locale' zal de methodiek zoals ontwikkeld binnen de proeftuin verder worden uitgerold.

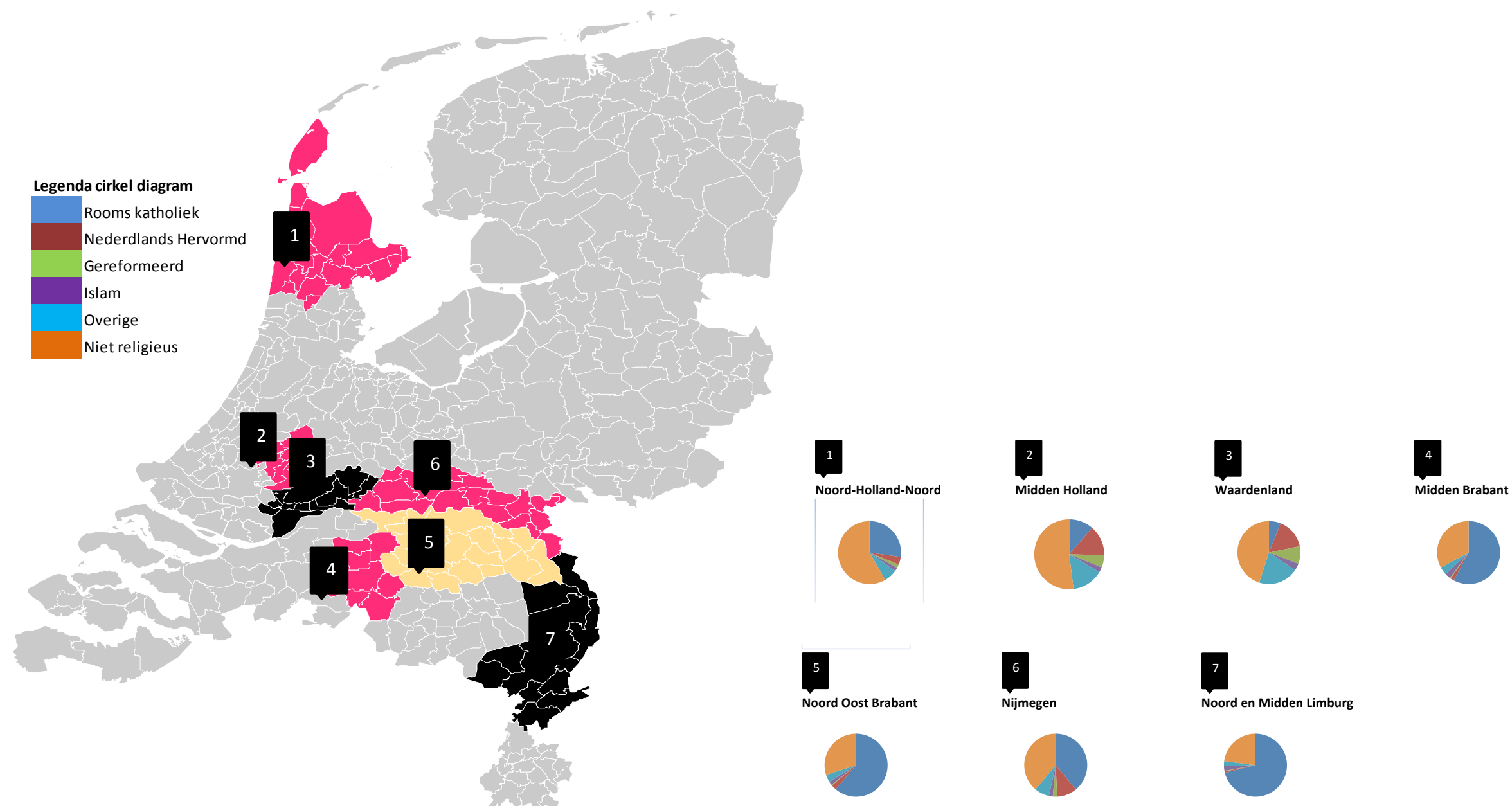
2.3 Aanbod voor specifieke doelgroepen

Geloofsovertuiging

Volgens steekproeven van het Centraal Bureau van de Statistiek gaf in 2014 49 procent van de volwassen bevolking (ouder dan 18 jaar) aan niet-godsdienstig te zijn. Dit is een stijging van 3 procentpunt ten opzichte van 2010. 24 Procent van de volwassen gaf aan katholiek te zijn een daling met 3 procent ten opzichte van 2010. 16 procent beschouwde zich protestant (hervormd, gereformeerd of PKN), 5 procent beschouwde zich als Islamiet en 6 procent rekende zich tot een andere religie (hindoes, boeddhisten, joden etc.).

De VGZ Zorgkantoren proberen zo veel als mogelijk rekening te houden met een passend zorgaanbod, waarbij ook de geloofsovertuiging een rol speelt. Hiervoor is het voor zorgkantoren en zorgaanbieders belangrijk inzicht te hebben hoe spreiding van de verschillende godsdiensten in de regio is. Wij constateren dat gezien het specifieke aanbod in de diverse regio's er voldoende passend aanbod in de regio's is, rekening houdend met de geloofsvoorkeur van cliënten. Ook uit gesprekken met cliëntenraden komen geen signalen dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met geloofsovertuiging bij zorgaanbieders.

Daarnaast constateren we dat bij niet-religieuze zorgaanbieders cliënten hun overtuiging en levenswijze kunnen uitoefenen.



Bron: CBS - Kerkelijke gezindte en kerkbezoek in 408 gemeenten, 2010-2013 (18 jaar en ouder)

3 Regionale speerpunten

In voorgaande hoofdstukken is inzicht gegeven in de kwantitatieve en kwalitatieve zorg en behoeften binnen de VGZ zorgkantoren. Daarbij hebben we aangegeven dat onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen.

In dit hoofdstuk worden de algemene en specifieke inkoopdoelen per regio puntsgewijs benoemd.

.....
**Aandacht voor de
regionale situatie**
.....



In de vorige hoofdstukken specifieke inkoopdoelstellingen benoemd bij specifiek doelgroepen. Deze gelden voor alle regio's. Hierna staan per regio de highlight nogmaals benoemd.

Voor alle regio's:

- Continuïteit van zorg voor bestaande cliënten met een ZZP-indicatie.
- Continuïteit van zorg voor Wlz-indiceerbaren.
- Actief wachtenden worden geholpen binnen de Treeknormen of ontvangen overbruggingszorg middels bemiddeling door Cliëntadvies. Er zijn geen wachtlijsten die vragen om grote initiatieven.
- Stimuleren alternatieven voor verblijf op basis van wens cliënt die langer thuis wil blijven wonen. Aanbieders bieden cliënten mogelijkheden om deze wensen te realiseren d.m.v. VPT of MPT met – indien nodig - daarnaast extramurale behandeling.
- Doelmatige inzet functie behandeling bij verblijf.
- Aandacht voor bij elkaar brengen kennis GZ en GGZ bij meervoudige zorgvragen.
- Nagaan op welke wijze ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden in het zorgaanbod.

Regio Midden Brabant

- Verbreden alternatieven voor verblijf met concepten als (f)ACT en MST voor cliënten met ZZP-VG6 en ZZP-VG7 en (SG)LVG.
- Vergroten kwaliteit en ontwikkelen van de keten voor de ouder wordende VG cliënt.
- Het aantal in te kopen crisisbedden in 2017 zal worden afgestemd op de huidige vraag binnen de Wlz naar crisisbedden. Gemeenten zullen indien zij gebruik willen maken van het meldpunt acute zorg hiervoor zelf (financiële) afspraken moeten maken.
- Betrekken cliëntvertegenwoordigers in nieuwe werkwijze Meerzorg.
- Behoud van mogelijkheden van respijtzorg/ logeeropvang.

Regio Waardenland

- Vergroten kwaliteit en ontwikkelen van de keten voor de ouder wordende VG cliënt.
- Verbreden aanbod (f)ACT en MST voor cliënten met ZZP-VG6 en ZZP-VG7 en (SG)LVG.
- Terugdringen instroom orthopedagogische behandelcentra (daarbij spelen vroegtijdige onderkenning en het tijdig inzetten van kennis en expertise van behandelinstellingen een cruciale rol). De leidende rol hiervoor ligt bij de gemeenten.
- Behoud van mogelijkheden van respijtzorg/ logeeropvang.
- Zorgaanbieders geven inzicht in de omvang en passendheid van dagbesteding bij verblijf.
- Betrekken cliëntvertegenwoordigers in nieuwe werkwijze Meerzorg.

Regio Midden Holland

- Behoud van mogelijkheden van respijtzorg/ logeeropvang.
- Zorgaanbieders geven inzicht in de omvang en passendheid van dagbesteding bij verblijf.
- Alle aanbieders met Meerzorgafspraken sluiten aan op de lijn zoals in de proeftuinen van VGZ Zorgkantoren beschreven is.
- Vergroten kwaliteit en ontwikkelen van de keten voor de ouder wordende VG cliënt.

Regio Noord Holland Noord

- Creëren van 'nieuw' aanbod op basis van wens cliënt voor jongeren met EMB, die samen naar school willen met leeftijdsgenoten.
- Terugdringen instroom orthopedagogische behandelcentra (daarbij spelen vroegtijdige onderkenning en het tijdig inzetten van kennis en expertise van behandelinstellingen een cruciale rol). De leidende rol hiervoor ligt bij de gemeenten.

- Zorgaanbieders die meerzorg leveren zullen in 2017 gaan werken op basis van de methodiek zoals deze is ontwikkeld binnen de proeftuinen meerzorg. Doel structureel en kwalitatief meerzorg te kunnen blijven leveren binnen de voor de regio vastgestelde budgettaire ruimte.
- Het aantal in te kopen crisisbedden in 2017 zal worden afgestemd op de huidige vraag binnen de Wlz naar crisisbedden. Gemeenten zullen indien zij gebruik willen maken van het meldpunt acute zorg hiervoor zelf (financiële) afspraken moeten maken.

Regio Nijmegen

- Het zorgkantoor verwacht van aanbieders initiatieven die ertoe leiden dat het de zorg zo doelmatig mogelijk wordt geleverd en verwacht in dat kader van aanbieders actief beleid om het relatief hoge aantal ZZP's mét Behandeling te verminderen (zie paragraaf 1.1), te streven naar zorgverlichting (herindicatie naar lagere ZZP) en het beroep op meerzorg zoveel mogelijk te beperken.
- Vergroten kwaliteit en ontwikkelen van de keten voor de ouder wordende VG-cliënt.
- Het aantal in te kopen crisisbedden in 2017 wordt afgestemd op de huidige vraag binnen de Wlz naar crisisbedden.
- Stimuleren van een passend aanbod in de Wlz voor cliënten rond het 18^e levensjaar met een resterende zorgvraag (na afloop van de zorg in de Jeugdwet).
- Behoud van mogelijkheden van respijtzorg/ logeeropvang.

Regio Noord Oost Brabant

- Verbreden alternatief aanbod voor verblijf aanbod voor cliënten met ZZP-VG6 en ZZP-VG7 en(SG)LVG.
- Vergroten kwaliteit en ontwikkelen van de keten voor de ouder wordende VG cliënt.

- Het aantal in te kopen crisisbedden in 2017 zal worden afgestemd op de huidige vraag binnen de Wlz naar crisisbedden.
- Stimuleren van een passend aanbod in de Wlz voor cliënten rond het 18^e levensjaar met een resterende zorgvraag (na afloop van de zorg in de Jeugdwet).
- Behoud van mogelijkheden van respijtzorg/ logeeropvang.

Regio Noord- en Midden-Limburg

- Het zorgkantoor verwacht van aanbieders initiatieven die ertoe leiden dat het de zorg zo doelmatig mogelijk wordt geleverd en verwacht in dat kader van aanbieders actief beleid om het relatief hoge aantal ZZP's mét Behandeling te verminderen (zie paragraaf 1.1), te streven naar zorgverlichting (herindicatie naar lagere ZZP) en het beroep op meerzorg zoveel mogelijk te beperken.
- Verbreden van een alternatief aanbod voor cliënten met ZZP-VG6 en ZZP-VG7 en(SG)LVG.
- Vergroten kwaliteit en ontwikkelen van de keten voor de ouder wordende VG cliënt.
- Het aantal in te kopen crisisbedden wordt afgestemd op de huidige vraag binnen de Wlz naar crisisbedden.
- Stimuleren van een passend aanbod in de Wlz voor cliënten rond het 18^e levensjaar met een resterende zorgvraag (na afloop van de zorg in de Jeugdwet).
- Behoud van mogelijkheden van respijtzorg/ logeeropvang.

Lijst met afkortingen

CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GZ	Gehandicaptenzorg
iWLZ	informatiesysteem Wet langdurige zorg (voorheen AZR)
MPT	Modulair Pakket Thuis
PGB	Persoonsgebonden budget
V&V	Verpleging en Verzorging
VPT	Volledig pakket thuis
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIN	Zorg in Natura
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZK	Zorgkantoor
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket
WLZ	Wet Langdurige Zorg
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
VG	Verstandelijk Gehandicapten
LG	Lichamelijk Gehandicapten
ZG	Zintuigelijk Gehandicapten
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
MST	Multi Systeem Therapie
TOS	Taalontwikkelingsstoornis
FODOK	Landelijke vereniging van ouders van dove kinderen