

Groei in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Onderzoek naar de ontwikkeling van het aantal mensen met een indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 2012 tot en met 2016

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Langdurige Zorg

Auteurs

Datum
02.06.2017

Status
Definitief

Klant
Ministerie VWS

www.rebelgroup.com
KvK 24 40 42 27
IBAN: NL23 ABNA 0240 3889 41

T 010 275 59 90
F 010 275 59 99
info@rebelgroup.com

RebelGroup Executives bv
Wijnhaven 23
3011 WH Rotterdam

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	4
2	Inleiding	9
2.1	Onze opdracht, uw vraag	9
2.2	Onze aanpak	9
2.3	Toelichting op de scope van het onderzoek	10
2.4	Toelichting op gebruikte bronnen voor kwantitatieve analyse	11
2.5	Opbouw van de rapportage	11
3	Leeswijzer	12
4	Cijfermatig overzicht langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg	13
5	Algemene ontwikkelingen in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg	14
5.1	Groei van het aantal cliënten met een indicatie	14
5.2	Differentiatie tussen zorgprofielen en perioden	15
5.3	Verandering in verzilvering met PGB en VPT	16
5.4	Verandering in cliëntenpopulatie	17
6	Dominante ontwikkelingen nader onderzocht	19
6.1	De groei in het aantal mensen met een indicatie voor VG3 en VG6 in de periode voor 2015	19
6.2	De daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode vanaf 2015	22
6.3	De 'opleving' van het aantal mensen met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016	24
6.4	Het sterk toegenomen gebruik van het Persoonsgebonden Budget (PGB)	25
6.5	De inhaalslag van de niet-westerse allochtoon	27
7	De cliënt achter de cijfers	29
7.1	De licht verstandelijk beperkte (LVB-er) met gedragsproblematiek	29
7.2	De extramuraal instromer	32
7.3	De budgethouder	33
7.4	De niet-westerse allochtoon	34

8	Verklarende factoren achter de dominante ontwikkelingen per cliëntgroep	35
8.1	Verklaringen voor de sterke groei voor 2015 en daling van die groei na 2015 van VG3 en VG6 door de cliëntgroep LVB	35
8.2	Verklaringen voor de opleving van de zorgprofielen VG4 en VG5 na 2015 door de extramurale instromer	37
8.3	Verklaringen voor de toename van PGB-gebruik	37
8.4	Verklaringen voor inhaalslag niet-westerse allochtoon	38
9	Conclusies en aanbevelingen	39
9.1	Conclusies	39
9.2	Aanbevelingen	40
	Bijlage 1 – Overzicht gesproken experts en deelnemers werksessies	42
	Bijlage 2 – Geraadpleegde literatuur en gebruikte databronnen	43
	Bijlage 3 – Opdrachtomschrijving	44

1 Samenvatting

In de periode 2012 tot en met 2016 is het aantal mensen met een indicatie voor de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg gestegen. Het aantal cliënten met een indicatie voor VG3 t/m VG8 is gegroeid van 65.545 naar 92.916¹, een stijging van 42%. Deze groei verloopt grillig. Dat wil zeggen dat de groei zich niet gelijkmatig ontwikkelt over de verschillende zorgprofielen en ook niet over tijd. Gedurende de jaren 2012 tot en met 2016 zijn er verschillende periodes waarbij specifieke zorgprofielen of cliëntgroepen nadrukkelijk meer of minder groeien dan de sector als geheel. In dit onderzoek zijn vijf dominante ontwikkelingen uit deze periode nader onderzocht. Het gaat daarbij om:

1. De sterke groei van het aantal indicaties in de zorgprofielen VG3 en met name VG6 in de periode 2012 t/m 2014.
2. De daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode vanaf 2015.
3. De opleving van het aantal indicaties in de zorgprofielen VG4 en VG5 na 2015.
4. Het toegenomen gebruik van het Persoonsgebonden Budget.
5. De inhaalslag van de cliënt met een niet-westerse achtergrond.

In deze samenvatting worden de hierboven genoemde ontwikkelingen nader toegelicht. De achterliggende cliëntgroep wordt beschreven, de verklarende factoren en conclusies worden benoemd.

Ad 1. De sterke groei van het aantal indicaties in de zorgprofielen VG3 en met name VG6 in de periode 2012 t/m 2014

In de periode 2012 tot en met 2014 groeit het aantal cliënten in de zorgprofielen VG3 en VG6 met respectievelijk 3.660 cliënten (20% groei) en 7.265 cliënten (54% groei). Ter vergelijking, de gemiddelde groei in de andere zorgprofielen in deze periode betreft 1.742 cliënten (16%). Hieruit blijkt dat met name het zorgprofiel VG6 sterk groeit in deze periode. Op basis van gegevens over de persoonlijke kenmerken van deze cliëntgroep, de gesprekken met experts en werksessies met betrokkenen, bestaat die groei met name uit cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) en (ernstige) gedragsproblematiek. De cliënten die in deze periode instromen doen dat voornamelijk vanuit een andere plek in de brede verstandelijk gehandicaptenzorg.² Voor de groei van de zorgprofielen VG3 en met name VG6 in de periode 2012 tot en met 2014, geldt dat dit voor een belangrijk deel het gevolg is van een verhoogde instroom vanuit de lagere zorgprofielen VG1 en VG2. De groei van VG6 is daarnaast voor een aanzienlijk deel het gevolg van een doorstroom vanuit VG3.

De groei van deze profielen bestaat voornamelijk uit cliënten met een licht verstandelijke beperking³ en gedragsproblematiek. De groei van deze cliëntgroep is voor een deel het gevolg van maatschappelijke factoren die eerder zijn benoemd door het SCP⁴.

¹ Op basis van peildatum oktober 2016 CIZ

² Dit betreft naast de zorg voor cliënten met een indicatie voor verblijfszorg, de zorg voor cliënten met een extramuraal indicatie, de zorgprofielen VG1 en VG2 en de zorg voor cliënten met een indicatie Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG)

³ Hierbij is uitgegaan van de definitie van het SCP (2014), dat uitgaat van een IQ tussen de 50 en 85

⁴ SCP (2014), Zorg beter begrepen

Een complexer wordende maatschappij, minder tolerantie voor afwijkend gedrag en het ontbreken van sociale vangnetten, zorgt ervoor dat deze cliëntgroep eerder in langdurige zorg terechtkomt dan voorheen. Ook lijkt er meer zorgaanbod te zijn ontstaan dat zich specifiek richt op deze doelgroep. De groei lijkt daarnaast ook het (in)directe gevolg van de extramuraliseringslag die in 2012 en 2013 heeft plaatsgevonden.

Vanuit een motivatie voor behoud van de oude situatie, op zowel financieel als zorginhoudelijk gebied, hadden zowel zorgpartijen als cliënten met een lager zorgprofiel een belang om een indicatie aan te vragen voor een hoger profiel. Een aanvullende verklaring is de aansluiting met de forensische zorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Verschillende zorgpartijen en experts geven aan dat deze aansluiting is verbeterd, wat heeft geleid tot een grotere instroom naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg van met name licht verstandelijk beperkten met gedragsproblematiek. Daarbij lijkt er onder de zorgpartijen meer consensus te ontstaan over de effectiviteit van de verstandelijk gehandicaptenzorg voor deze cliëntgroep, ten opzichte van de meer behandelgerichte aanpak van de geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast speelt een aantal aanvullende factoren mee die bij dragen aan deze ontwikkeling. Ten eerste is bij deze cliëntgroep vaak sprake van een volatiele, steeds veranderende, zorgvraag, waardoor tijdelijk een hoger zorgprofiel nodig is. Omdat er geen prikkel tot afschalen in het systeem zit, blijft het verhoogde zorgprofiel staan. Ten tweede wordt de kloof tussen de zorgprofielen VG3 en VG6 als groot ervaren, waarbij de mogelijkheden in VG3 als te beperkend worden ervaren voor deze cliëntgroep en er doorstroom plaatsvindt naar VG6.⁵

Ad 2. De daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode vanaf 2015

Na de invoering van de Wlz daalt de instroom van de cliëntgroep die gekenmerkt wordt door een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek aanzienlijk. Dit is met name zichtbaar bij het profiel VG6. Waar in 2013 en 2014 respectievelijk 2.2015 en 1.850 cliënten instromen in VG6, zijn er dat in 2015 nog 1.535. Dit lijkt het gevolg van de strengere toelatingscriteria voor de langdurige zorg. Vanwege het relatief hoge ontwikkelperspectief van deze cliëntgroep⁶, is het criterium van een *blijvende* 24-uurs zorgvraag in nabijheid en/of permanent toezicht niet altijd van toepassing.

Ad 3. De opleving van het aantal indicaties in de profielen VG4 en VG5 na 2015

In de periode 2015 tot en met 2016 groeien de profielen VG4 en VG5 met respectievelijk 2.631 cliënten (23%) en 1.438 (15%) cliënten. Met name de relatieve groei ten opzichte van de cliëntenpopulatie in 2014 is opvallend. Ter vergelijking, de gemiddelde groei in de andere zorgprofielen in deze periode betreft 14%. De opleving van VG5 is daarbij opvallend omdat het aantal cliënten met dit zorgprofiel in voorgaande jaren afnam. Op basis van gegevens over de persoonlijke kenmerken van deze cliëntgroep, de gesprekken met experts en de werksessies bestaat deze groei uit met name cliënten met een relatief zware verstandelijke beperking die nog in de thuissituatie wonen, in grote mate een beroep doen op dagbesteding en veelal gebruik maken van een PGB. De groei van VG4 en VG5 na 2015 is grotendeels (85%⁷) het gevolg van een verhoogde instroom vanuit de extramurale zorg.

⁵ Cliënten met gedragsproblematiek en een licht verstandelijke beperking beschikken zich over het algemeen in de profielen VG3 of VG6, bij een verhoogde zorgvraag vanuit een VG3 is het 'eerstvolgende' zorgprofiel dus VG6

⁶ Ten opzichte van cliëntgroepen die zich in andere zorgprofielen bevinden

⁷ Het betreft hier het aandeel in de instromende cliënten

De groei van VG4 en VG5 in de periode na 2015 lijkt met name het indirecte gevolg van de hervorming van de langdurige zorg en de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz). De cliëntgroep beschikte voor 2015 grotendeels over een indicatie voor extramurale zorg. Na de invoering van de Wlz zouden zij in principe naar het gemeentelijk domein van de jeugdhulp of de Wmo verhuizen. In aanloop, tijdens en na afloop van deze overgang is echter sprake van een instroom van deze cliëntgroep in de Wlz. Behoud van de oude (financiële en zorg-) situatie en onzekerheid over de mogelijkheden in het gemeentelijk domein lijken daarbij een belangrijke motivatie te zijn.

Ad 4. Het toegenomen gebruik van het Persoonsgebonden Budget

In de periode 2013⁸ tot en met 2016 stijgt het aantal cliënten met een PGB in totaal met 71%, van 8.810 naar 15.060 cliënten. De mogelijkheid om de zorg efficiënter in te richten, het hebben van meer regie, vaste gezichten en het (betaald) zelf kunnen bieden van ondersteuning worden hierbij genoemd als belangrijke argumenten door de omgeving van cliënten die gebruikmaken van een PGB. Daarnaast hangt de stijging van het PGB-gebruik samen met de eerder genoemde ontwikkeling van her-instroom van cliënten die eerder gebruik maakten van een extramurale indicatie (die de stijging van het aantal indicaties in de zorgprofielen VG4 en VG5 verklaren). Om de zorg vanuit de thuissituatie of een kleinschalig wooninitiatief te kunnen behouden, kiest deze cliëntgroep veelal voor een PGB als leveringsvorm.

Ad 5. De 'inhaalslag' van de cliënt met een niet-westerse achtergrond

Ten slotte zien we een sterke stijging in de instroom van cliënten met een niet-westerse achtergrond. Vanaf 2013 tot en met 2015 is het aantal cliënten met een niet-westerse achtergrond gestegen met 43%, in vergelijking met 17% voor de gehele cliëntenpopulatie. Waar in 2012 nog 12% van de instroom bestond uit cliënten met een niet-westerse achtergrond, betreft dat in 2015 20%. Het toenemende aandeel van cliënten van niet-westerse herkomst voltrekt zich over alle zorgprofielen en lijkt zich autonoom van stelselwijzingen te ontwikkelen.

Eenzijds lijkt deze inhaalslag het gevolg van een afname van het zorg mijdend gedrag binnen deze cliëntgroep. Anderzijds is het aanbod zich ook meer op deze doelgroep gaan richten, waardoor een deel van de stille zorgvraag is verplaatst naar de langdurige zorg.

Conclusie

In antwoord op de hoofdvraag zijn op basis van dit onderzoek voor de groei van het aantal indicaties in de periode 2012-2016 drie belangrijke verklarende factoren te benoemen:

1. Sterke instroom van licht verstandelijk beperkte cliënten met gedragsproblematiek

De in- en doorstroom van licht verstandelijk beperkte cliënten met gedragsproblematiek is de bepalende factor in de groei van het aantal indicaties in de periode 2012 tot en met 2014. Dat resulteert voornamelijk in een sterke groei van het aantal indicaties met het zorgprofiel VG6 en in mindere mate VG3. De eerder door het SCP benoemde combinatie van aanbods- en maatschappelijke factoren⁹, die zorgen voor een sterke instroom van licht verstandelijk beperkte cliënten met gedragsproblematiek, hebben zich na 2011 doorgezet.

⁸ Voor dit onderzoek waren gegevens beschikbaar over het aantal PGB-gebruikers per zorgprofiel vanaf november 2012

⁹ SCP (2014) beter begrepen

Vanwege een complexer wordende maatschappij, minder tolerantie voor afwijkend gedrag en het ontbreken van een sociaal vangnet zijn deze cliënten toegetreden tot de langdurige zorg. Daarbij lijkt het aanbod zich meer te gaan richten op deze doelgroep en lijkt er meer doorstroom vanuit de GGZ en forensische zorg te komen. Vanaf 2015 lijkt de groei van deze cliëntgroep af te nemen als gevolg van de Wlz-toelatingscriteria.

2. Stelselwijzigingen vormen een belangrijke indirecte verklarende factor

Stelselwijzigingen lijken een belangrijke (indirecte) verklarende factor te zijn voor de ontwikkeling van het aantal indicaties in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Cliënten en zorgpartijen hebben gereageerd en geanticipeerd op de extramuralisering en de invoering van de Wlz. Dit heeft met name geleid tot verschuivingen binnen de brede verstandelijk gehandicaptenzorg. Vanuit een extramurale indicatie of indicatie met een lager zorgprofiel hebben cliënten een indicatie aangevraagd voor de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. In de periode 2012 en 2013 is een duidelijke opwaartse stroming zichtbaar van cliënten uit de lagere zorgprofielen en extramurale indicaties. Dit draagt aanzienlijk bij aan de groei van het aantal indicaties in de periode voor 2015. Ook na 2015 is een stelselwijziging een belangrijke factor in de groei van het aantal indicaties. Als (indirect) gevolg van de invoering van de Wlz is er sprake van een her-instroom van cliënten die eerder over een extramurale indicatie beschikten. Behoud van de oude situatie, financieel of zorginhoudelijk, is daarbij een belangrijk motief geweest.

3. Inhaalslag van cliënt met niet-westerse achtergrond

Over de gehele periode 2012 tot en met 2016 en over alle zorgprofielen is een inhaalslag zichtbaar van cliënten met een niet-westerse achtergrond. Waar deze cliëntgroep in de bestaande cliëntenpopulatie is ondervertegenwoordigd, is het aandeel in de instroom groter en snel groeiende. De impact van deze ontwikkeling op de totale groei van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg is ten opzichte van de twee eerdergenoemde verklaringen beperkt.

Met name de eerste ontwikkeling wordt daarbij in zekere mate versterkt door factoren in de afstemming van het stelsel van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Het ontbreken van een prikkel tot afschaling van het zorgprofiel en de ervaren kloof tussen de zorgprofielen VG3 en VG6 versterken de doorstroming naar hogere profielen.

Als we de groei van het aantal indicaties in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg meer in het algemeen beschouwen zien we een onstuimige ontwikkeling. In verschillende perioden zijn het verschillende cliëntgroepen die bepalend zijn in de groei. Deels gaat het daarbij om vermoedelijk tijdelijke ontwikkelingen die voor een piek zorgen. Ook gaat het veelal om verschuivingen binnen de brede verstandelijk gehandicaptenzorg. Dit heeft geleid tot een groei van het aantal indicaties en een nieuwe samenstelling van de cliëntenpopulatie binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Nu de hervorming grotendeels een feit is, ontstaat er mogelijk meer ruimte voor stabiliteit.

Aanbevelingen

Op basis van deze verklarende factoren doen wij de volgende aanbevelingen.

1. Creëer rust in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

De ontwikkelingen laten zien dat de stelselwijzigingen een belangrijke factor zijn in de ontwikkeling van de cliëntenpopulatie van de Wlz. De afgelopen jaren heeft de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg te maken gehad met een groot aantal wijzigingen.

De instroom in de langdurige zorg verandert, zorgpartijen krijgen met een andere cliëntenpopulatie te maken en cliënten komen meer in het gemeentelijk domein terecht. Cliënten en zorgpartijen moeten hun nieuwe plek vinden in het stelsel en van daaruit werken aan ontwikkeling.

2. Maak alleen kleine incrementele aanpassingen in de Wet langdurige zorg

Tegelijkertijd is er wel ruimte voor incrementele maatwerk aanpassingen die onvolkomenheden kunnen oplossen en die juist bijdragen aan een duurzame ontwikkeling van de Wlz. Het gaat daarbij primair om twee aanpassingen: 1) het beter afstemmen van de gedragsprofielen VG3 en VG6. De kloof tussen deze profielen wordt als te groot ervaren voor cliënten met gedragsproblematiek. En 2) het creëren van een prikkel voor afschaling van het zorgprofiel, waardoor een tijdelijke hogere zorgvraag niet of minder hoeft te leiden tot een blijvend zwaarder zorgprofiel.

3. Monitor de (vermoedelijk tijdelijke) ontwikkelingen in de instroom

De invloeden van de extramurale instromer en de niet-westerse allochtoon nemen naar verwachting af of bereiken hun plafond, maar dat is niet met zekerheid te stellen. Toets deze aanname middels het volgen van de zorgpaden van deze cliënten. Daarbij is het ook aan te bevelen om de route van de licht verstandelijk beperkte cliënt met gedragsproblematiek te blijven volgen. Op basis van deze rapportage lijkt men na 2015 minder snel toegang te krijgen tot de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Waar en op welke wijze de zorgvraag van deze cliënt wordt beantwoord, in deze nieuwe situatie is een relevante, nader te onderzoeken vraag voor de komende periode.

2 Inleiding

Er is een waargenomen sterke groei van het aantal mensen met een verstandelijke beperking dat een beroep doet op langdurige zorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarbij is met name een sterke groei waarneembaar in het aantal indicaties voor en het gebruik van de hoge zorgprofielen.

In 2014 heeft het Sociaal Cultureel Planbureau onderzoek gedaan naar mogelijke verklarende factoren voor deze groei. In het rapport 'Zorg beter begrepen' is een breed scala aan factoren geschetst waaronder demografische en maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de zorgverlening en het zorgstelsel. Deze 'kluwen' aan mogelijke verklarende factoren voor de groeiende vraag naar en het gebruik van langdurige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geeft een overzicht, maar het geeft nog onvoldoende inzicht en perspectief op mogelijke of noodzakelijke interventies. Het ministerie van VWS heeft de behoefte om nader te duiden wat de belangrijkste verklaringen zijn en welke aanpassingen eventueel gedaan kunnen worden om zo nodig bij te sturen.

2.1 Onze opdracht, uw vraag

Het ministerie van VWS heeft Rebel gevraagd inzichtelijk te maken wat de belangrijkste verklaringen voor de waargenomen groei in de vraag naar en het gebruik van de zorgprofielen in de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn. Daarbij is het ministerie op zoek naar 'de wereld achter de cijfers'. Op zoek naar een nadere beschouwing van de werking van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Hierbij spelen sociaal-culturele factoren een rol, maar ook de werking van de Wet langdurige zorg en de AWBZ zijn factoren van invloed, evenals voorliggende voorzieningen en het gedrag van zorgpartijen, cliënten en verwanten.

2.2 Onze aanpak

Om de 'kluwen' aan mogelijke verklarende factoren te ontrafelen, is aan de hand van een stapsgewijs trechteren het vraagstuk onder handen genomen:

Stap 1. Selectie van dominante ontwikkelingen op basis van een globale kwantitatieve analyse

In deze eerste stap is, op basis van de Monitor Langdurige Zorg¹⁰ de ontwikkeling van het aantal indicaties en het gebruik per zorgprofiel in kaart gebracht voor de periode 2012 tot en met 2015¹¹. Voor de cijfers over 2016 is gebruik gemaakt van de kwartaalrapportages van het CIZ¹². Daarbij is gekeken naar welke zorgprofielen een onregelmatig verloop laten zien door de jaren heen, of ten opzichte van andere zorgprofielen in dezelfde periode. Ook is gekeken naar de leveringsvorm en de leeftijdsverdeling op basis van maatwerktabellen van het CBS¹³. Op basis van deze analyse is een keuze gemaakt voor een aantal nader te onderzoeken ontwikkelingen.

¹⁰ CBS (2016)

¹¹ Vanwege de beperkte betrouwbaarheid van de cijfers voor 2012 zijn eerdere jaren niet meegenomen in de analyse

¹² CIZ (2016) Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q4 t/m 2016 Q3 ; CIZ (2017) Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q1 t/m 2016 Q4

¹³ CBS (2016), In- en uitstroom bij indicatie ((SG)L)VG zzp

Stap 2. Nadere duiding van dominante ontwikkelingen aan de hand van een verdiepende kwalitatieve analyse

In stap 2 is voor de dominante ontwikkelingen middels een verdiepende analyse in kaart gebracht welke cliëntgroepen achter de ontwikkeling zitten. Op basis van aanvullende maatwerktabellen van het CBS¹⁴ is per dominante ontwikkeling gekeken naar de in- en doorstromende cliënten in de betreffende jaren. Daarbij is gekeken 1) via welke paden¹⁵ de cliënten in of doorstromen, 2) met welke leveringsvorm de indicatie wordt verzilverd en 3) welke persoonskenmerken de cliënten bezitten¹⁶. Deze drie factoren zijn afgezet tegen de bestaande cliëntenpopulatie en de in -en doorstroom in zorgprofielen die buiten de desbetreffende ontwikkeling vallen. Opvallende afwijkingen zijn daarbij meegenomen in de gesprekken in de volgende stap.

Stap 3. Verdiepende gesprekken om cliëntgroepen en verklarende factoren nader te duiden

De verzamelde informatie is in stap 3 vervolgens gebruikt bij een tweeledige gespreksronde. Ten eerste zijn verschillende gesprekken gevoerd met experts op het gebied van de verstandelijk gehandicaptenzorg. Met deze experts zijn hypothesen opgesteld als mogelijke verklaringen voor de dominante ontwikkelingen¹⁷. Vervolgens zijn per dominante ontwikkeling werksessies georganiseerd met zorgpartijen en mensen uit de directe omgeving van de cliënt¹⁸. Tijdens deze werksessies zijn de ontwikkelingen en verklaringen voorgelegd en getoetst. Wij hebben de plausibiliteit van deze conclusies getoetst op de volgende aspecten: de mate waarin verklarende factoren zijn genoemd, de mate waarin de verklarende factor is genoemd vanuit verschillende perspectieven¹⁹, de bijbehorende argumentatie en de mate waarin de kwalitatieve verklaring ondersteund wordt door de kwantitatieve analyse.

2.3 Toelichting op de scope van het onderzoek

Het onderzoek richt zich specifiek op de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 2012 tot en met 2016. Om verwarring te voorkomen kaderen we in deze rapportage de 'langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg' af als de zorg die verleend wordt aan cliënten met een indicatie in de zorgprofielen VG3 tot en met VG8²⁰. Cliënten met een indicatie voor VG1 en VG2, LVG of een indicatie voor zorg zonder verblijf in de AWBZ 'extramuraal indicatie' worden buiten dit begrip geplaatst.

¹⁴ CBS, 2017, Personen met indicatie VG op peildatum naar in- en uitstroom en persoonskenmerken

¹⁵ Met instroompaden wordt de situatie bedoeld voorafgaand aan de indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

¹⁶ Daarbij is gekeken naar leeftijd, herkomst, en zorgkantorregio. Met behulp van gegevens van het Zorginstituut Nederland is daarnaast gekeken naar het IQ van de instromende cliënten per zorgprofiel

¹⁷ Zie voor een volledig overzicht van gesproken experts bijlage 1

¹⁸ Zie voor een volledig overzicht van gesproken partijen bijlage 1

¹⁹ Ouders, zorgpartijen, experts, overheid etc.

²⁰ Per 2015 kennen de zorgprofielen officieel geen nummering meer, maar een woordelijke titel. In praktijk wordt de nummering veelal nog gebruikt door alle betrokken partijen en ook in de beschikbare data. Temeer omdat de cijfers tot een overzichtelijker en leesbaar rapportage leiden is gekozen om de zorgprofielen aan te duiden met de 'oude' nummering

2.4 Toelichting op gebruikte bronnen voor kwantitatieve analyse

De voor dit onderzoek beschikbare stand gegevens en informatie over de in- en doorstroom hebben de 2^e vrijdag van november van het jaar als peildatum. In dit onderzoek is ervoor gekozen om voor groei in een bepaald jaar uit te gaan van het aantal nieuwe cliënten ten opzichte van de peildatum in het voorgaande jaar. Dat betekent in de praktijk, dat als we spreken over bijvoorbeeld de periode 2012 tot en met 2014, dat het feitelijk gaat om de periode (2^e vrijdag van) november 2011 tot en met (2^e vrijdag van) november 2014. Het jaar 2016 kent een afwijkende peildatum (1 oktober), waardoor er sprake kan zijn van een lichte vertekening.

De cijfers over het aantal cliënten per zorgprofiel en leveringsvorm voor de jaren 2012 tot en met 2015 zijn afkomstig van de Monitor Langdurige Zorg van het CBS (2017)²¹. Voor dit onderzoek waren geen cijfers beschikbaar over het PGB-gebruik per zorgprofiel in het jaar 2012. De cijfers over het aantal cliënten per zorgprofiel in 2016 zijn afkomstig van de kwartaalrapportages van het CIZ (2016, 2017)²². Voor inzicht in de instroom- en doorstroompaden en persoonskenmerken van cliënten in de jaren 2012 tot en met 2015 is gebruik gemaakt van twee maatwerktabellen van het CBS^{23 24}. Voor inzicht in het gebruik van het Volledig Pakket Thuis is gebruik gemaakt van niet openbare cijfers van het Zorginstituut Nederland. Daarnaast heeft het Zorginstituut gegevens beschikbaar gesteld over de gemeten IQ-scores van de cliëntenpopulatie in de periode 2013 tot en met 2015 (stand- en instroom)²⁵. Vanwege de leesbaarheid van de rapportage worden de bronnen per genoemd cijfer niet nader benoemd.

2.5 Opbouw van de rapportage

In hoofdstuk 3 is een leeswijzer opgenomen, deze leidt de lezer door het rapport. Het geeft in één pagina overzichtelijk weer wat de opbouw van de rapportage is en het geeft de mogelijkheid om tijdens het lezen snel op te zoeken in welk hoofdstuk wat te vinden is.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 een overzicht gegeven van de verdeling van de cliëntenpopulatie in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg over de verschillende zorgprofielen. In de daaropvolgende hoofdstukken wordt toegewerkt naar de verklarende factoren voor de groei. Zo is in hoofdstuk 5 eerst een aantal algemene ontwikkelingen in de groei van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg geschetst. Waarna in hoofdstuk 6 de geselecteerde dominante ontwikkelingen nader worden onderzocht. Deze dominante ontwikkelingen worden toegelicht in tekst, beeld en in cijfers. In hoofdstuk 7 is de client achter de cijfers in beeld gebracht, met nadruk op het zorgpad dat de cliënt heeft afgelegd naar of binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. In hoofdstuk 8 zijn de verklarende factoren geschetst achter de dominante ontwikkelingen per clientgroep. Deze verklarende factoren leiden tenslotte in hoofdstuk 9 tot de conclusies en een drietal aanbevelingen.

²¹ Peildatum 2^e vrijdag van november

²² CIZ (2016) Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q4 t/m 2016 Q3 ; CIZ (2017) Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q1 t/m 2016 Q4, peildatum 1 oktober

²³ CBS (2016), In- en uitstroom bij indicatie ((SG)L)VG zzp en CBS, 2017, Personen met indicatie VG op peildatum naar in- en uitstroom en persoonskenmerken

²⁴ Voor het jaar 2016 zijn voor dit onderzoek geen cijfers beschikbaar over de instroom, doorstroom en uitstroom van het aantal cliënten, waardoor slechts in beperkte mate inzicht gegeven kan worden over de ontwikkelingen in dat jaar. Wel zijn cijfers bekend over het aantal indicaties

²⁵ Peildatum november, deze gegevens zijn niet openbaar beschikbaar

3. Leeswijzer

H5. ALGEMENE ONTWIKKELINGEN

5.1

- Groei van het aantal cliënten met een indicatie

5.2

- Differentiatie tussen zorgprofielen en perioden

5.3

- Verandering in verzilvering met PGB en VPT

5.4

- Verandering in cliëntpopulatie

H6. DOMINANTE ONTWIKKELINGEN

6.1

↑ **28%**

- Groei in het aantal mensen met een indicatie voor VG3 en VG6 in de periode voor 2015

6.2

↓ **57%**

- De daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode na 2015

6.3

↑ **20%**

- De 'opleving' van het aantal mensen met een indicatie voor VG4 en VG5 vanaf 2015

6.4

↑ **71%**

- Toegenomen gebruik van het Persoonsgebonden Budget (PGB)

6.5

↑ **43%**

- Inhaalslag van de niet-westerse allochtoon

H7. CLIËNTGROEPEN

7.1

- De LVB-er met gedragsproblematiek

7.2

- De extramuraal instromer

7.3

- De budgethouder

7.4

- De niet-westerse allochtoon

H8. VERKLARENDE FACTOREN

8.1

- Complexer wordende maatschappij en meer zorgaanbod
- Sterkere zij-instroom vanuit de forensische zorg en de GGZ
- Zorgpartijen en cliënten anticiperen en reageren op extramuralisering
- Kloof tussen VG3 en VG6
- Geen prikkel voor afschaling

- Wlz-criteria zorgen voor een krappere toegangspoort
- Jeugdigen komen minder snel in de langdurige zorg

8.2

- Kloof tussen Wlz en Wmo
- Herindicaties door gemeenten

8.3

- Meer ruimte, controle en maatwerk om de zorg te organiseren
- Gebrek aan vertrouwen van ouders in de zorgpartijen
- Wegvallen indicatie zonder gebruik
- Groeiend PGB-aanbod
- Omzetting Zorg in Natura in PGB

8.4

- Verandering in zorgmijdend-gedrag
- Aanbod richt zich op doelgroep

H9. AANBEVELINGEN

9.1

- Creëer rust in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

9.2

- Maak enkele kleine incrementele aanpassingen

9.3

- Monitor de vermoedelijk tijdelijke ontwikkelingen in de instroom

4 Cijfermatig overzicht langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Dit onderzoek richt zich op de verzameling personen die beschikt over een indicatie voor de AWBZ of Wlz in de zorgprofielen VG3 tot en met VG8, en die we daarmee aanduiden als de cliëntenpopulatie van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Zorgprofielen zoals deze worden gebruikt in het kader van de Wlz, hierin is vastgesteld op welke zorg de cliënt recht heeft. De zorgprofielen zijn ontwikkeld om voor verschillende cliëntgroepen een passend zorgaanbod te kunnen bieden.

Indicaties eind 2011		Indicaties eind 2016
65.545	Totaal VG3 tot en met VG8	92.916
17.870	VG3: Wonen met begeleiding en verzorging De volwassen cliënten functioneren sociaal beperkt zelfstandig. De cliënten wordt een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving geboden. Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met begeleiding mogelijk	23.861
10.190	VG4: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging De cliënten functioneren sociaal zeer beperkt zelfstandig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Een belangrijk doel van de begeleiding is het bieden van een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving. Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met begeleiding mogelijk.	12.500
13.230	VG5: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging De cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met individuele begeleiding mogelijk.	11.193
13.550	VG6: Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering Cliënten functioneren sociaal (zeer) beperkt zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijk handicap gecombineerd met gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek.	23.556
9.625	VG7: (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering Cliënten zijn sterk gedragsgestoord en licht of ernstig verstandelijk gehandicapt. Beide cliëntgroepen functioneren sociaal beperkt of nauwelijks zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedrags- en/of psychiatrische problematiek.	13.166
1.080	VG8: Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging Meervoudig gehandicapte cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). De cliënten hebben daarnaast lichamelijke beperkingen waarvoor volledige verzorging en soms verpleging noodzakelijk is. Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met individuele begeleiding mogelijk.	6.445

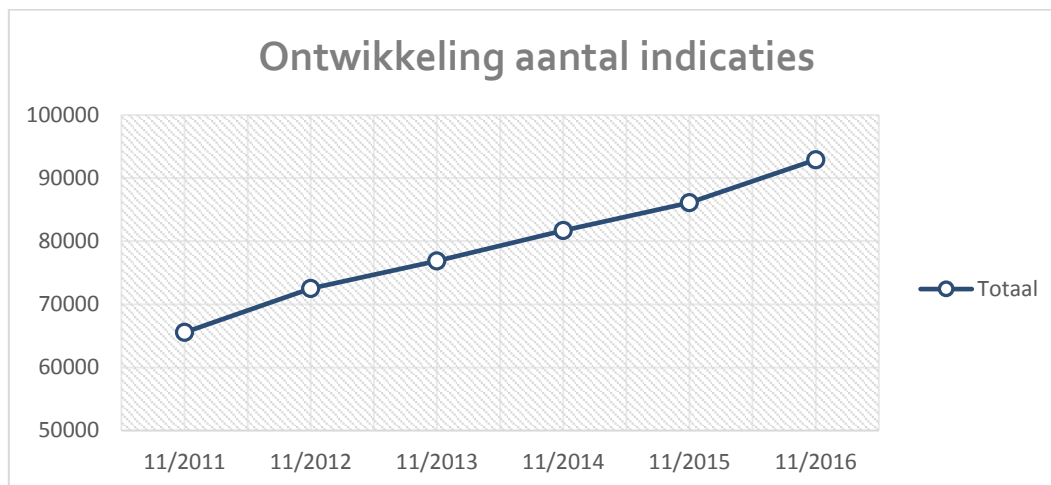
5 Algemene ontwikkelingen in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Eerder onderzoek naar het aantal mensen met een indicatie in de AWBZ in de periode 2007 tot en met 2011 liet een aanzienlijke groei zien²⁶. In dit hoofdstuk schetsen we een cijfermatig beeld van het aantal mensen met een indicatie voor de langdurig verstandelijk gehandicaptenzorg in de daaropvolgende jaren. Ten behoeve van de overzichtelijkheid kiezen we er voor om in deze rapportage niet alle ontwikkelingen en cijfers te laten zien, maar hebben we ons gericht op wat de meest opvallende algemene ontwikkelingen zijn. We lichten ze ieder afzonderlijk nader toe.

1. Groei van het aantal cliënten met een indicatie
2. Differentiatie tussen zorgprofielen en perioden
3. Verandering in verzilvering met PGB en VPT
4. Verandering in cliëntenpopulatie

5.1 Groei van het aantal cliënten met een indicatie

In de periode 2012 tot en met 2016 is het aantal mensen met een indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg sterk gestegen. Het aantal mensen met een indicatie in de zorgprofielen VG3 t/m VG8 is met 27.371 cliënten gestegen, een stijging van 42%²⁷. Gemiddeld betreft dit een groei van ca. 7% per jaar. In onderstaande grafiek²⁸ is deze ontwikkeling weergegeven.



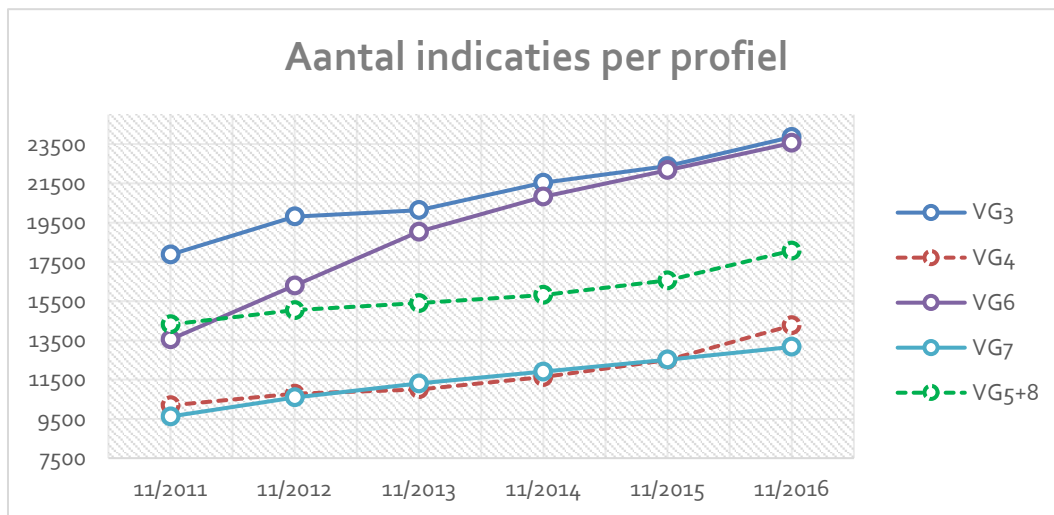
NB: Y-as loopt niet door tot 0

²⁶ Sociaal Cultureel Planbureau (2013), Lasten onder de loep

²⁷ Daarbij dient opgemerkt te worden dat tussen de peilmomenten november 2011 en november 2012 er een 'omzetting' heeft plaatsgevonden van 'oude' indicaties (zonder ZZP-aanduiding) naar de zorgzwaartepakketten. Dat heeft geleid tot nieuwe indicaties, ondanks dat deze cliënten al in zorg waren. Dat leidt tot een deels 'kunstmatige' groei van het aantal indicaties in deze periode. Het gaat om ca. 1200 cliënten die 'administratief' instromen op een totaal van 9.175 nieuwe cliënten in dat jaar

5.2 Differentiatie tussen zorgprofielen en perioden

Een opvallende ontwikkeling is dat de groei van het aantal indicaties zich niet gelijkmatig verdeelt over de zorgprofielen en over tijd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in 1) de periode 2012 tot en met 2014 en 2) de periode 2014 tot en met 2015. Per periode concentreert de groei zich in verschillende zorgprofielen. In onderstaande grafiek is deze ontwikkeling weergegeven²⁹.



NB: Y-as loopt niet door tot 0

Periode 2012 tot en met 2014

- Het is met name het profiel VG6 dat stijgt in de periode 2012 tot en met 2014 van 13.550 tot 20.815 cliënten, een stijging van 7.265 cliënten (54%).
- Ook VG3 en VG7 groeien in dezelfde periode relatief sterk met 3.660 cliënten (20%) en 2.285 cliënten (24%). Daarbij is het interessant dat cliënten met de profielen VG3, VG6 en VG7 veelal gekenmerkt worden door gedragsproblematiek³⁰.
- De cliëntenpopulatie met de zorgprofielen VG4 en de combinatie van VG5 en VG8 groeien in dezelfde periode minder sterk met respectievelijk 1.440 cliënten (14%) en 1.500 cliënten (10%). De cliëntenpopulatie in deze groep wordt voornamelijk gekenmerkt door beperkingen bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

²⁹ De zorgprofielen 5 en 8 zijn in deze grafiek bij elkaar gevoegd om een vertekend beeld te voorkomen. VG8 is een relatief 'nieuw' zorgprofiel die in 2011 is toegevoegd. Dit omdat er binnen de VG5 sprake was van twee verschillende cliëntgroepen die niet binnen dezelfde omschrijving van het profiel pasten. De VG5 is vervolgens gesplitst over VG5 en VG8, waardoor de VG5 sterk afneemt en de VG8 sterk toeneemt in de jaren 2012 tot en met 2014. Omdat dit een bewuste beleidsmatige ontwikkeling is en ten behoeve van het overzicht is er voor gekozen deze ontwikkeling buiten beschouwing te laten.

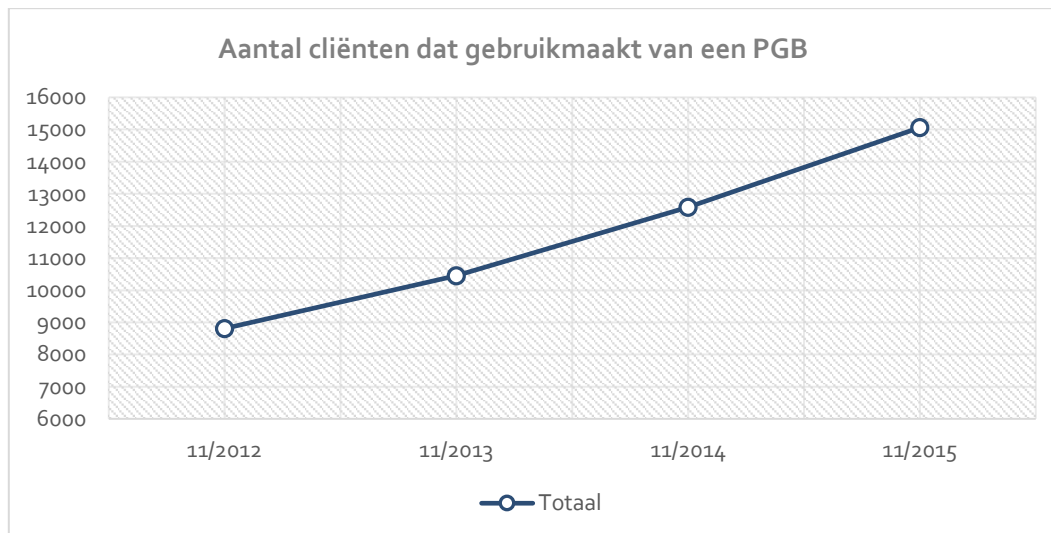
³⁰ Dit is met name het geval voor cliënten met het zorgprofiel VG6. De cliëntenpopulatie van VG3 en VG7 betreft een mix, waarbij een deel van de cliënten gekenmerkt wordt door gedragsproblematiek.

Periode 2014 tot en met 2016

- De periode 2015 tot en met 2016 laat een heel ander beeld zien. Hier zijn het met name de profielen VG4 en VG5 die relatief sterk groeien met respectievelijk 2.631 cliënten (23%) en 1.438 cliënten (15%).
- De percentuele groei van VG6 in deze periode is juist relatief laag ten opzichte van de andere zorgprofielen en de eerdere jaren met een groei van 2.741 cliënten (13%).
- Ook de profielen VG3 en VG7 kennen ten opzichte van VG4 en VG5 een relatief lage groei in deze periode met respectievelijk 2.331 cliënten (11%) en 1.256 cliënten (11%).

5.3 Verandering in verzilvering met PGB en VPT

De wijze waarop cliënten de indicatie verzilveren is in de afgelopen jaren aan verandering onderhevig. Het gebruik van een Persoonsgebonden Budget (PGB) is de afgelopen jaren sterk toegenomen. In de periode 2013 tot en met 2015 is het aantal cliënten met een profiel VG3 t/m VG8 dat gebruikmaakt van een PGB gestegen van 8.810 naar 15.060, een stijging van 71%. De groei is redelijk stabiel met een stijging van ca. 20% per jaar. De stijging van het PGB-gebruik is met 71% hoger dan de groei met 19% van het aantal indicaties in de periode 2013 tot en met 2015. Hiermee stijgt het aandeel in de cliëntenpopulatie dat gebruikmaakt van een PGB. Waar eind 2012 nog 12% van de cliënten met een indicatie voor de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg een budgethouder³¹ is, geldt dat voor 17% van de cliënten eind 2015. De groei van het aandeel cliënten dat gebruikmaakt van het PGB is niet gelijk verdeeld over de zorgprofielen. De stijging is in de profielen VG4 en VG5 het hoogst met 9 procentpunt van ca. 12% naar 21%³².



NB: Y-as loopt niet door tot 0

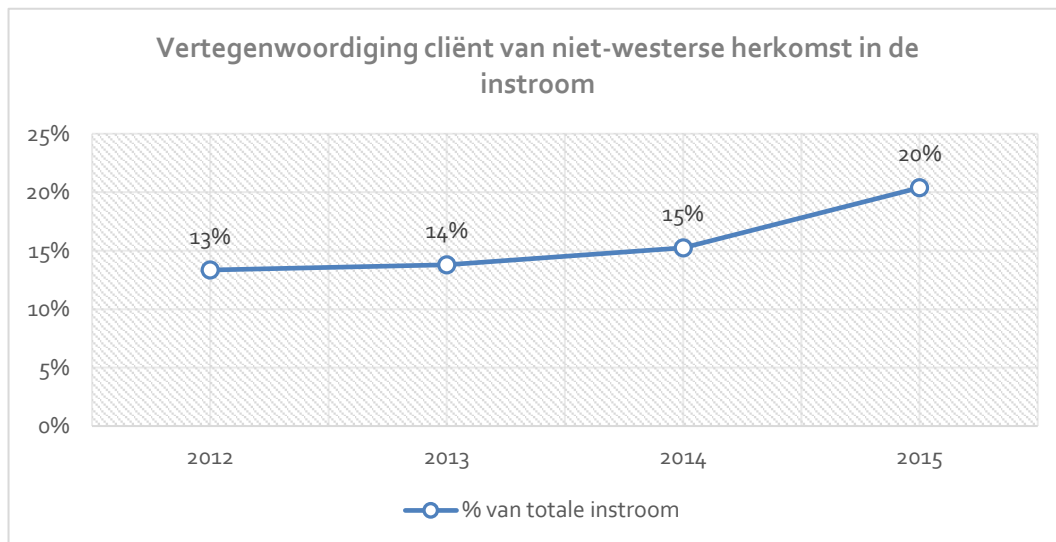
³¹ Een cliënt die gebruik maakt van zorg via een Persoonsgebonden Budget (PGB)

³² In verhouding tot VG3 en VG6 (ca. 4 procentpunt), VG7 (ca. 2 procentpunt) en VG8 (een daling van ca. 0.7 procentpunt)

Ook andere leveringsvormen, zoals het gebruik van het Volledig Pakket Thuis in de VG-sector, zijn stijgende. Op moment van het onderzoek zijn alleen cijfers over 2015 en 2016 beschikbaar. In een jaar tijd³³ is het aantal cliënten dat gebruik maakt van een VPT gestegen van 1.054 naar 1.562, een stijging van 48%. Opvallend is dat hierbij juist de zorgprofielen die zich kenmerken door gedragsproblematiek³⁴ relatief meer gebruik maken van een VPT ten opzichte van de overige profielen. De hoogste uitschieter is het zorgprofiel VG3 waar per juli 2016 4% van de geïndiceerde gebruik maakt van een VPT³⁵.

5.4 Verandering in cliëntenpopulatie

Ten slotte is er een aantal ontwikkelingen in de cliëntenpopulatie die zich over de gehele periode 2012 tot en met 2016 voordoen. Deze ontwikkelingen zijn niet direct gekoppeld aan een zorgprofiel of leveringsvorm en zijn zichtbaar in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg als geheel. Het aantal³⁶ niet-westerse allochtonen³⁷ in de cliëntenpopulatie is in de periode 2013 tot en met 2015 met 43% gestegen van 5.980 cliënten naar 8.560 cliënten. Daarmee groeit deze groep sneller dan de rest van de cliëntenpopulatie (groei van 17% in dezelfde periode). Het aandeel niet-Westerse allochtonen in de instroom in de verstandelijk gehandicaptenzorg is bovendien groeiende. Waar in 2012 nog 13% van de instroom bestond uit cliënten met een niet-westerse achtergrond is dat in 2015 20% van de cliënten, dit zijn 1.375 cliënten. Deze ontwikkeling leidt tot een intensivering van de groei van de cliëntenpopulatie en tot een verandering in de samenstelling van de cliëntenpopulatie.



³³ April 2015 – april 2016

³⁴ Dit betreft met name de cliëntenpopulatie in het zorgprofiel VG6 en in minder mate VG3 en VG7

³⁵ Ten opzichte van VG4 (1%), VG5 (0%), VG6 (2%), VG7 (0,2%), VG8 (0,2%)

³⁶ CBS (2017), Maatwerktabellen

³⁷ Allochtoon met als herkomstgroepering een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. In de aantallen zijn tot de 2^e generatie niet-westerse allochtoon meegenomen

In november 2012 bestond 8% van de cliëntenpopulatie uit niet-westerse allochtonen, in november 2015 is dit aandeel gestegen naar 10%. Daarmee ligt dit percentage nog altijd lager dan het huidige aandeel niet-westerse allochtonen in de Nederlandse samenleving van 12 %³⁸. Daarmee lijkt er sprake van een inhaalslag wat betreft het gebruik van professionele zorg.

Ten slotte zien we dat in bepaalde mate de groei groter is in grootstedelijke regio's³⁹ dan daarbuiten. In de periode 2012 tot en met 2015 groeit het aantal cliënten vanuit de grootstedelijke regio's met 22%, de overige regio's groeien met 18%. Deels hangt dit samen met de stijging van het aandeel niet-westerse allochtonen in de instroom dat juist in deze regio's sterk is vertegenwoordigd.

³⁸ CBS (2017) Statline, dit percentage is niet gecorrigeerd voor SES en eventuele prevalentieverschillen tussen bevolkingsgroepen

³⁹ Zorgkantorregio Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Haaglanden

6 Dominante ontwikkelingen nader onderzocht

In samenspraak met het Ministerie VWS is gekozen om niet *alle* ontwikkelingen verder te onderzoeken en te kiezen voor een beperkt aantal dominante ontwikkelingen. Er is gekozen voor de volgende vijf ontwikkelingen:

1. De sterke groei in het aantal mensen met een indicatie voor VG3 en met name VG6 in de periode voor 2015⁴⁰
2. De daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode vanaf 2015
3. De opleving van het aantal mensen met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016⁴¹
4. Het sterk toegenomen gebruik van het Persoonsgebonden Budget (PGB)
5. De inhaalslag van de niet-westerse allochtoon

In dit hoofdstuk lichten we de gekozen dominante ontwikkelingen toe in tekst, beeld en cijfers. Dit doen we door per ontwikkeling in te zoomen op de cliënten die in de desbetreffende jaren en profielen zijn, in- of doorgestroomd met/naar een nieuwe indicatie. Daarbij wordt gekeken vanuit welke instroompaden cliënten deze indicatie hebben verkregen, welke leveringsvorm ze gebruiken en welke persoonskenmerken zij bezitten.

6.1 De groei in het aantal mensen met een indicatie voor VG3 en VG6 in de periode voor 2015

Zoals eerder benoemd wordt in de periode voor 2015 een groot deel van de groei bepaald door een stijgend aantal mensen met een indicatie in VG3 en met name VG6. De groei treedt met name op in de jaren 2012 en 2013, waarna deze licht afneemt in 2014⁴².

De groei van VG6 is de uitschieter in deze periode en is voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de totale groei van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in deze periode. In deze jaren groeit het zorgprofiel VG6 met 7.265 cliënten. Een groei van 54%, meer dan twee keer meer dan welk ander zorgprofiel in dezelfde periode⁴³. In dezelfde periode groeit het aantal cliënten met het zorgprofiel VG3 met 3.660 cliënten (20%).

Om te duiden waar deze groei vandaan komt, kijken we verder naar de in- en doorstroompaden, de verzilvering en de persoonskenmerken van deze groep. Daarbij valt op dat de sterke groei van VG3 en met name VG6 veelal een verschuiving van cliënten betreft, als gevolg van

a) de verhoogde instroom vanuit VG1 en VG2 in 2012 en 2013, b) de omzetting van oude indicaties naar ZZP's in 2012, en 3) de verhoogde doorstroom van VG3 naar VG6 in 2012 en 2013.

Wat opvalt bij de persoonskenmerken van de nieuwe cliënten en de gekozen leveringsvorm is dat de cliëntgroep een relatief hoog IQ heeft en het PGB-gebruik relatief beperkt is.

⁴⁰ Eerder is ook gesproken om de ontwikkeling en opleving van de VG3 in deze periode te onderzoeken. Deze groei doet zich echter voor in het jaar 2016, van dat jaar zijn op dit moment geen in- of doorstroomcijfers bekend waardoor verder kwantitatief onderzoek niet mogelijk bleek

⁴² Om in 2015 verder te dalen

⁴³ Met uitzondering van VG8, die als nieuw zorgprofiel in deze jaren een zeer sterke groei doormaakt

In- en doorstroompaden van cliënten met het profiel VG3 en VG6

Om te kunnen duiden waar de groei van cliënten in de periode 2012 tot en met 2014 vandaan komt, kijken we eerst specifiek naar de instroom en doorstroom van cliënten in VG 3 en VG 6.

a. De instroom vanuit een extramurale indicatie

De instroom wordt voor het grootste gedeelte bepaald door cliënten die instromen vanuit een extramurale indicatie. In totaal stromen 6.595 cliënten in vanuit een extramurale indicatie, ca. 38% van de totale instroom. Dit aandeel ligt bij de VG3 hoger dan bij de VG6. Het aantal cliënten dat instroomt vanuit een extramurale indicatie blijft redelijk stabiel over de jaren heen.

b. Instroom van nieuwe cliënten

Een aanzienlijk deel van de instroom is het gevolg van cliënten die niet eerder een indicatie voor langdurige zorg bezaten, het gaat in totaal om 4.155 cliënten, zo'n 24% van de totale instroom. Dit aandeel is aanzienlijk hoger bij VG3 dan bij VG6.

c. Instroom vanuit de zorgprofielen VG1 en VG2

Vanuit de zorgprofielen VG1 en VG2 stromen in deze periode ca. 1.250 cliënten per jaar in de zorgprofielen VG3 of VG6, in totaal 3.755 cliënten. Het merendeel (minstens driekwart) hiervan krijgt een indicatie voor VG3. Het totaal van 1.250 cliënten is daarmee verantwoordelijk voor ca. 21% van de totale instroom van de VG3 en VG6. De impact van de instroom verschilt over de jaren, met name in aanloop naar en tijdens de extramuraliseringslag in 2012 en 2013 stijgt de instroom aanzienlijk tot bijna 1.500 cliënten.

d. Instroom vanuit LVG

In totaal stromen 1.850 cliënten in vanuit een eerdere indicatie Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG). Dit betreft 11% van de totale instroom. Een aanzienlijk groter aantal cliënten stroomt in bij het zorgprofiel VG6 (1.145) dan bij VG3 (725). De instroom fluctueert over de jaren heen en is het sterkst in het jaar 2014.

e. Instroom vanuit andere domeinen binnen de AWBZ/Wlz

Van de totale instroom in de VG3 en VG6 in de periode 2012 tot en met 2014 is zo'n 6% afkomstig vanuit een eerdere indicatie voor langdurige zorg met een andere grondslag. In totaal gaat het om 1.050 cliënten. Opvallend is dat het merendeel van deze instroom in 2012 plaatsvindt (730 cliënten). Deze ontwikkeling zorgt voor een piek in de instroom in 2012. Dit is het gevolg van het feit dat er in dat jaar een omzetting heeft plaatsgevonden van oude indicaties (zonder ZZP-aanduiding) naar de zorgzwaartepakketten. Het gaat hierbij dus niet om een feitelijke instroom van nieuwe cliënten, maar om een administratieve omzetting. Deze incidentele ontwikkeling is dan ook niet nader onderzocht in het verdere onderzoek.

f. Doorstroom van VG3 naar VG6

De doorstroom vanuit VG3 is de belangrijke factor in de groei van VG6⁴⁴. In totaal gaat het om 2.960 cliënten die vanuit VG3 doorstromen naar VG6. Opvallend is dat de doorstroom met name optreedt in de jaren 2012 en 2013 en daarna afneemt. Het lijkt hier dus te gaan om een incidentele ontwikkeling, evenals bij de instroom vanuit VG1 en VG2.

⁴⁴ Omdat VG3 het 'laagste' profiel betreft is voor dit profiel weinig tot geen sprake van doorstroom en wordt deze niet besproken

Verzilvering van cliënten met het profiel VG3 en VG6

Als we kijken naar de groep die instroomt in de VG3 en VG6 zien we dat het PGB-gebruik van deze groep met ca. 23% net onder het PGB-gebruik van de totale instroom ligt. De groei van VG3 en VG6 wordt daarmee niet gekenmerkt door een hoog PGB-gebruik.

Persoonskenmerken van cliënten met het profiel VG3 en VG6

Op basis van beschikbaar cijfermateriaal kunnen we een beeld schetsen van de persoonskenmerken van de instromende cliënten in VG3 en VG6 in de periode 2012 tot en met 2014. Daarbij valt op dat deze cliëntgroep van instromers zich niet sterk onderscheidt van de instroom in andere jaren en andere zorgprofielen in termen van a) leeftijd op moment van instroom b) herkomst en c) regionale spreiding. Wel hebben deze cliënten een relatief hoog IQ.

a. Leeftijd op moment van instroom

Ca. 50% van de nieuwe cliënten stroomt tussen het 18e en 29e levensjaar in, het merendeel voor hun 24e. Dit percentage is licht hoger dan het gemiddelde van de instroom in de gehele langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

b. Herkomst

Ca. 15% van de nieuwe cliënten in de VG3 en VG6 betreft niet-westerse allochtonen. Dit percentage ligt net boven het aandeel van niet-westerse allochtonen in de totale instroom in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in deze periode.

c. Regionale spreiding

16% van de instroom in VG3 en VG6 komt uit grootstedelijke regio's, dit percentage ligt gelijk aan de totale instroom.

d. IQ

Op basis van de beschikbare cijfers van het Zorginstituut is zichtbaar dat de instromende cliënten zich onderscheiden van de bestaande populatie⁴⁵. Ten opzichte van de andere VG-zorgprofielen hebben de cliënten die instromen in de VG3 en VG6 een relatief hoog IQ. Het merendeel van deze cliënten (69%)⁴⁶ vallen binnen de norm voor Licht Verstandelijk Beperkt (LVB) met een IQ tussen de 50 en 85. Als we de instromende cliënten in VG3 en VG6 vergelijken met de bestaande populatie zien we dat het percentage LVB'ers hoger ligt bij de instromers (72%) dan bij de bestaande populatie (69%)⁴⁷.

⁴⁵ De IQ-registratie is niet volledig, waardoor de betrouwbaarheid van deze cijfers niet optimaal is

⁴⁶ Op basis van cijfers over de periode november 2012 tot en met november 2013

⁴⁷ Op basis van cijfers over de periode november 2012 tot en met november 2013

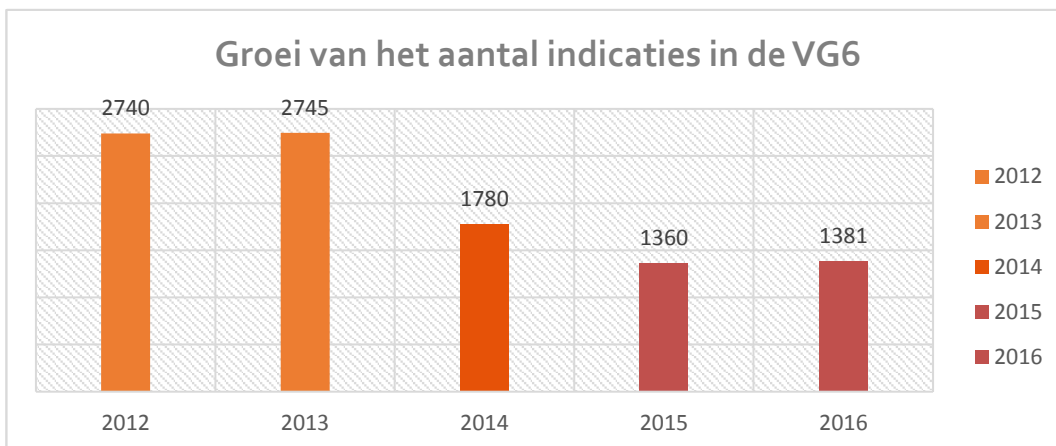
Samenvattende conclusie ten aanzien van de zeer sterke groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG3 en VG6 in de periode voor 2015

Het merendeel van de groei van het aantal cliënten met VG3 en VG6 in de periode 2012 tot en met 2014 komt voort uit bewegingen binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg zelf. Een aanzienlijk deel van de groei in VG3 en VG6 voor 2015 wordt verklaard door 'opwaartse bewegingen': verschuivingen vanuit VG1 en VG2, doorstroming vanuit VG3 naar VG6 en die van extramurale naar intramurale zorg.

Opvallend is dat de instroom vanuit VG1 en VG2 en de doorstroom van VG3 zich met name voordoet in 2012 en 2013 ten tijde van de extramuraliseringsslag. De groei is enigszins vertekend omdat er in 2012 sprake is geweest van een 'omzetting' van oude indicaties naar de destijds nieuwe zorgzwaartepaketten (zcp's), waardoor er in 2012 sprake is van een piek als gevolg van een administratieve wijziging. Daarmee lijkt een belangrijk deel van de groei ook verklaard te worden door incidentele ontwikkelingen. De cliënten die in deze periode instromen in de VG3 en VG6, onderscheiden zich niet qua verzilvering van de indicatie en persoonskenmerken. Wel betreft het cliënten met een relatief hoog IQ ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg.

6.2 De daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode vanaf 2015

Ingezet in 2014, maar zeker vanaf 2015, na de invoering van de Wlz, zien we een trendbreuk in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6. Waar eerder gemiddeld 2.400 cliënten per jaar in de periode 2012 tot en met 2014 een indicatie voor VG6 verkregen, zijn dat in de jaren 2015 en 2016 gemiddeld nog maar 1.370.



We bespreken deze ontwikkeling hieronder in termen van instroom en doorstroom. Daarbij valt op dat de daling het gevolg is van 1) een dalende instroom vanuit VG1 en VG2 2) een dalende instroom van nieuwe cliënten buiten de langdurige zorg en 3) een aanzienlijk lagere doorstroom van VG3 naar VG6.

In- en doorstroompaden van cliënten met het profiel VG6

Om te kunnen duiden waar de daling na 2015⁴⁸ vandaan komt kijken we naar de instroom van cliënten in VG6 in het jaar 2015 (1.535 cliënten) ten opzichte van de jaren 2013 en 2014 (respectievelijk 2.470 en 1.850 cliënten). Daarin zijn de volgende instroom- en doorstroompaden te onderscheiden:

a. Instroom van nieuwe cliënten

De trendbreuk ten opzichte van de periode voor 2015 is het meest duidelijk zichtbaar bij de cliënten die niet vanuit een eerder indicatie in de AWBZ of Wlz instromen. Waar in 2014 nog 490 cliënten via deze weg instromen, zijn dat in 2015 er nog 240, een daling van 104%⁴⁹.

b. Instroom vanuit VG1 en VG2

Ten opzichte van de jaren daarvoor daalt in 2015 het aantal cliënten dat doorstroomt vanuit de lagere zorgprofielen VG1 en VG2 naar VG6 van 385 cliënten in 2013, naar 210 in 2014 tot 50 cliënten in 2015. Dit lijkt een logisch gevolg de extramuralisering van deze profielen in 2013, waardoor er steeds minder cliënten over deze zorgprofielen beschikken.

c. Instroom vanuit een extramuraal indicatie

De instroom in VG6 van cliënten die eerder gebruik maakten van een extramuraal indicatie blijft redelijk stabiel en verklaart dus niet de daling in de groei van het aantal indicaties. De instroom in 2015 (800 cliënten) vanuit extramuraal zorg groeit zelfs iets ten opzichte van 2014 (710 cliënten).

d. Instroom vanuit LVG (AWBZ / Wlz)

Eenzelfde beeld is zichtbaar bij de instroom van de LVG; er is geen duidelijke trendbreuk zichtbaar. Wel is er sprake van een lichte daling van de instroom in 2015 ten opzichte van de eerdere jaren. In 2013 en 2014 stroomden gemiddeld zo'n 377 cliënten vanuit een LVG-indicatie in de VG6, in 2015 zijn dat er 335.

e. Instroom vanuit andere domeinen binnen de AWBZ/Wlz

Ook voor de instroom vanuit andere domeinen binnen de AWBZ/Wlz⁵⁰ is per 2015 geen sprake van een trendbreuk ten opzichte van de eerdere jaren en vormt het daarmee geen aanwijzing voor een verklaring voor de dalende groei. Het aantal cliënten dat via deze weg in 2015 en 2016 instroomt blijft met 95 cliënten rond het gemiddelde van de jaren 2012-2014⁵¹.

f. Doorstroom

Er is een sterke daling van het aantal cliënten dat doorstroomt in 2015 ten opzichte van de jaren daarvoor, hoofdzakelijk door een lagere doorstroom vanuit VG3 naar VG6. Waar dat in de periode 2013 en 2014 nog gemiddeld 1.012 cliënten per jaar betrof, stromen in 2015 'slechts' 505 cliënten door. Hier lijkt, tenminste deels, sprake van dezelfde ontwikkeling als bij de instroom vanuit VG1 en VG2, waarbij na een incidentele opleving van de instroom ten tijde van de extramuraliseringslag deze vanaf 2014 afneemt.

⁴⁸ Op moment van onderzoek zijn deze cijfers voor 2016 niet beschikbaar

⁴⁹ De daling van deze instroom is zichtbaar over alle leeftijdscategorieën, maar is het sterkst zichtbaar in de leeftijdscategorie 18-23 jaar

⁵⁰ V&V, LG, etc.

⁵¹ De jaren 2013 en 2014, de 'uitschieter' 2014 is niet meegenomen

Samenvattende conclusie ten aanzien van de scherpe daling in de groei van het aantal mensen met een indicatie voor VG6 in de periode na 2015

De daling in de groei van VG6 is voor een deel het gevolg van een veel beperktere instroom vanuit VG1 en VG2 en doorstroom vanuit VG3 in VG6. Deze daling wordt in 2014 al ingezet. Dit lijkt een gevolg van het einde van de incidentele opwaartse stroom ten tijde van de extramuraliseringslag. Daarnaast wordt de daling versterkt door een sterke daling van de instroom van cliënten die niet eerder een indicatie voor langdurige zorg hadden.

6.3 De opleving van het aantal mensen met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016

In tegenstelling tot de voorgaande jaren is een relatief sterke stijging zichtbaar van het aantal cliënten met een indicatie voor VG4 en VG5 in de jaren 2015 en 2016. Het aantal cliënten met een indicatie VG4 vertoonde in de jaren 2012 tot en met 2014 een relatief beperkte stijging van gemiddeld ca. 5% per jaar, gemiddeld 480 cliënten. VG5 kende (vanwege de doorstroom naar de nieuwe indicatie VG8⁵²) zelfs een gemiddelde daling van 9%, (1.158 cliënten). In 2015 en 2016 is er sprake van een opleving, waarbij het totaal aantal cliënten met een indicatie voor de VG4 en VG5 in 2015 jaarlijks stijgt met respectievelijk gemiddeld 1.315 en 719 cliënten. De groei is met name zichtbaar in 2016.

Op basis van de instroomcijfers lijkt het een tijdelijke opleving. De maandcijfers van het CIZ⁵³ laten zien dat de instroom zich aan het begin van 2016 concentreert en gedurende 2016 afneemt.

Op het moment van onderzoek zijn geen gegevens bekend over de instroompaden en persoonskenmerken voor 2016, wel zijn deze voor 2015 beschikbaar.

Als we kijken naar de instroompaden, verzilvering en persoonskenmerken in VG4 en VG5 in dat jaar zien we twee belangrijke kenmerken van de instromende cliënten in VG4 en VG5: 1) de instromende cliënten stromens grotendeels in vanuit een extramurale indicatie en 2) het PGB-gebruik is relatief hoog.

Instroompaden van cliënten met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016**a. Instroom vanuit een eerdere extramurale indicatie**

Het overgrote deel (85%) van de instroom in VG4 en VG5 in 2015 (2.000 cliënten) betreft cliënten die instromen vanuit een extramurale indicatie (1.695). Dit instroompad verklaart ook de opleving ten opzichte van eerdere jaren. De instroom vanuit een extramurale indicatie neemt in 2015 ten opzichte van de jaren daarvoor sterk toe. Eind 2014 wordt deze beweging al ingezet. Waar in 2012 en 2013 gemiddeld 882 cliënten vanuit een extramurale indicatie instromen zijn dat er in 2015 1695, een stijging van 92%. Dit is het meest duidelijk zichtbaar bij VG5, waar de instroom vanuit een extramurale indicatie stijgt met 132% ten opzichte van de instroom in de periode 2012 tot en met 2014.

⁵² Zie voetnoot 25

⁵³ CIZ (2017) Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q1 t/m 2016 Q4

b. *Instroom vanuit LVG, VG1-2, andere domeinen binnen de Wlz*

De instroom vanuit de andere 'paden' is zeer beperkt en laat geen opvallende ontwikkeling zien ten opzichte van de voorgaande jaren.

Verzilving van cliënten met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016

Voor dit onderzoek zijn geen cijfers beschikbaar over de wijze van verzilving van de indicatie van de groep cliënten die vanuit een extramurale indicatie instroomt in VG4 en VG5 in de jaren 2015 en 2016. Wel zijn gegevens bekend over de wijze van verzilving van de gehele populatie die over een zorgprofiel VG4 of VG5 beschikt⁵⁴. Deze gegevens laten zien dat het PGB-gebruik in de zorgprofielen VG4 en VG5 sterk toeneemt in het jaar 2015 met 1.110 cliënten (30%). In 2014 was er sprake van een groei van 575 cliënten die gebruik maken van een PGB. Dat versterkt het vermoeden dat een aanzienlijk deel van de instroom vanuit een extramurale indicatie gebruikmaakt van een PGB.

Persoonskenmerken van cliënten met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016

Ten aanzien van leeftijd op moment van instroom, herkomst en regionale spreiding onderscheid de instroom in VG4 en VG5 in 2015 zich niet ten opzichte van de instroom als geheel.

Samenvattende conclusie ten aanzien van de opleving van het aantal mensen met een indicatie voor VG4 en VG5 in de periode 2015 en 2016

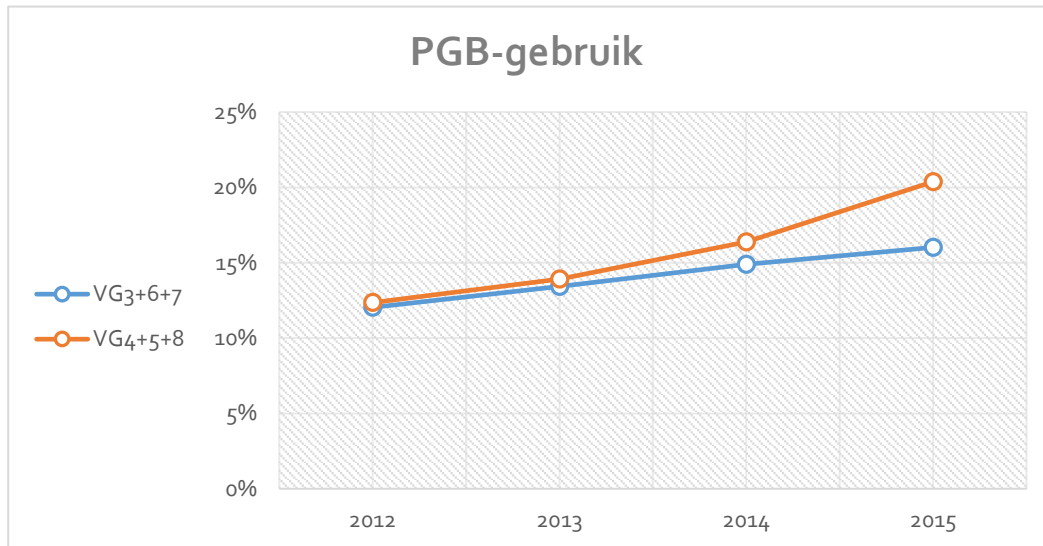
De opleving in het aantal cliënten dat vanaf 2015 instroomt in de zorgprofielen VG4 en VG5 is vrijwel geheel het gevolg van een hogere (vermoedelijk incidentele) instroom vanuit een extramurale indicatie na de invoering van de Wlz. Deze extramurale instromer maakt waarschijnlijk voor een zeer groot deel gebruik van een PGB.

6.4 Het sterk toegenomen gebruik van het Persoonsgebonden Budget (PGB)

Het PGB-gebruik is in de periode 2013 tot en met 2015 sterk toegenomen met 71% meer cliënten die gebruik maken van een PGB. Als we deze ontwikkeling nader bekijken valt een aantal zaken op: 1) het PGB-gebruik is ongelijk verdeeld over de zorgprofielen en stijgt het sterkst binnen de profielen VG4, VG5 en VG8, 2) het PGB-gebruik is met name hoog bij de instroom op jonge leeftijd en bij een eerdere extramurale indicatie en 3) de doorstroom naar een hoger zorgprofiel is zeer beperkt bij cliënten die gebruik maken van een PGB ten opzichte van cliënten die gebruik maken van Zorg in Natura.

⁵⁴ CBS (2017) Monitor Langdurige zorg

Verdeling PGB over zorgprofielen:



De groei van het PGB-gebruik is niet gelijk verdeeld over de VG-zorgprofielen. In alle VG-zorgprofielen is er sprake van een stijging, maar de mate waarin verschilt. Daarbij lijkt een onderscheid zichtbaar in de zorgprofielen die (deels) gekenmerkt worden door gedragsproblematiek⁵⁵ en de profielen waarbij de cliëntenpopulatie wordt gekenmerkt door beperkingen bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)⁵⁶. In 2012 maakten ca. 12% van zowel de cliënten in de profielen VG₃₋₆₋₇ als de profielen VG₄₋₆₋₈ gebruik van een PGB. In de periode tot en met 2015 is het aandeel in de profielen 4-5-8 gestegen naar 20%, tegen 16% in de zorgprofielen die gekenmerkt worden door gedragsproblematiek. De stijging is het sterkst in de periode 2014 tot en met 2015, met name in de zorgprofielen VG₄ en VG₅ en hangt vermoedelijk samen met de eerder besproken extramurale instromer.

Instroom- en doorstroompaden

a. Instroom vanuit een eerdere extramurale indicatie

Het PGB-gebruik is nadrukkelijk het hoogst bij de cliënten die vanuit een extramurale indicatie tot de zorg toetreden. Gemiddeld kiezen 34% van deze cliënten voor verzilvering met een PGB. In de totale instroom betreft het aandeel cliënten dat gebruik maakt van een PGB over de jaren 2012 tot en met 2014 gemiddeld 26%.

b. Doorstroom

Van de cliënten die binnen de VG₃ t/m VG₈ doorstromen naar een hoger zorgprofiel maakt slechts een zeer beperkt aandeel gebruik van een PGB. In 2012 en 2013 ging het om ca. 5% van de totale doorstroom, veel lager dan het aandeel dat instroomt en gebruikmaakt van een PGB.

⁵⁵ VG₃, VG₆ en VG₇

⁵⁶ VG₄, VG₅ en VG₈

Persoonskenmerken

Het PGB-gebruik is ook niet gelijkelijk verdeeld over de leeftijdscategorieën. Zo is 70% van de cliënten die instromen in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg en gebruikmaken van een PGB jonger dan 24 jaar. Aanvullend is het aandeel cliënten die bij instroom kiezen voor een PGB ook in deze leeftijdscategorie het grootst.

Samenvattende conclusie ten aanzien van het sterk toegenomen gebruik van een PGB

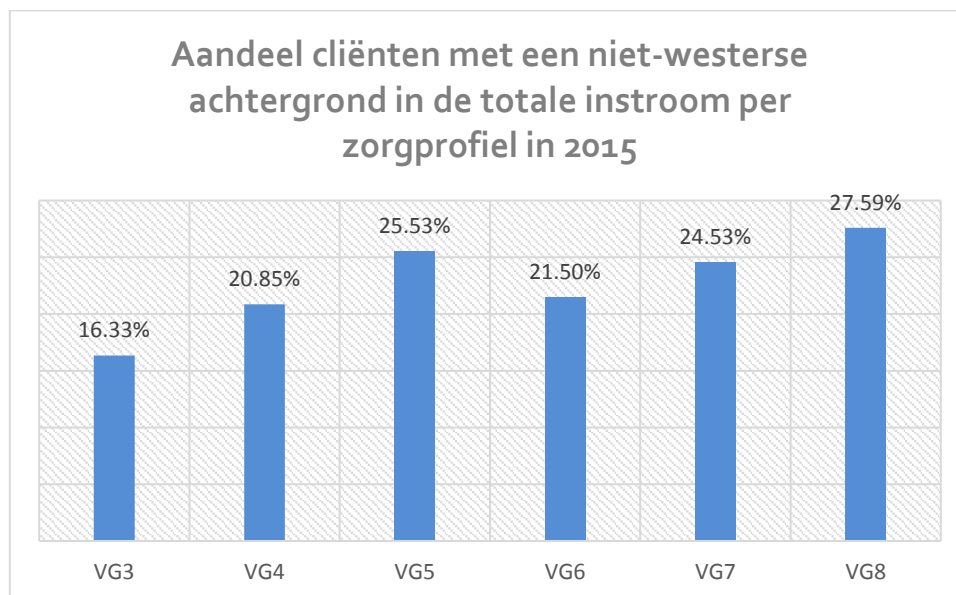
Met name (ouders van) cliënten die op jonge leeftijd instromen (voor het 23^e levensjaar) in een VG-zorgprofiel kiezen voor een verzilvering via PGB. Met name de cliënten die instromen via een extramurale indicatie maken gebruik van een PGB.

6.5 De inhaalslag van de niet-westerse allochtoon

Zoals eerder aangegeven is de niet-westerse allochtoon ondervertegenwoordigd in de totale cliëntenpopulatie, tegelijkertijd groeit het aandeel niet-westerse allochtonen in de instroom. De instroom stijgt van 980 niet-westerse allochtonen in het jaar 2013 naar 1.375 in het jaar 2015. Er is beperkt informatie beschikbaar over de inhaalslag van de niet-westerse allochtoon, toch vallen een aantal zaken op: 1) de instroom van niet-westerse allochtonen is met name hoog in de zware zorgprofielen, maar niet zozeer in VG6, 2) de niet-westerse allochtoon is het sterkst vertegenwoordigd in de groep nieuwe cliënten die niet eerder te maken heeft gehad met langdurige zorg in de AWBZ en 3) het PGB-gebruik ligt lager dan bij de autochtone instroom.

Verdeling over zorgprofielen

De niet-westerse allochtoon stroomt met name in de zwaardere zorgprofielen in. De VG8 is daarbij de uitschieter, waarin bijna 28% van de instromende cliënten van niet-westerse komaf is.



Instroompaden van cliënten met een niet-westerse achtergrond

Als we kijken naar de verschillende instroomkanalen valt op dat bij de instroom van nieuwe cliënten, dat wil zeggen het aandeel cliënten dat niet eerder te maken heeft met de AWBZ of Wlz, het aandeel niet-westerse allochtonen het hoogst is met 26%, 6% meer dan het aandeel in de totale instroom. Ook in de instroom vanuit een extramurale indicatie ligt het aandeel niet-westerse allochtonen relatief hoog. De overige instroomkanalen onderscheiden zich nauwelijks.

Verzilvering van cliënten met een niet-westerse achtergrond

In gesprekken met zorgpartijen is regelmatig aangegeven dat het PGB-gebruik bij de niet-westerse allochtonen erg hoog is. Dit blijkt niet uit de beschikbare cijfers. Het PGB-gebruik ligt juist iets lager dan bij de autochtone cliënten. Als we kijken naar de instroom van cliënten in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg zien we dat in de periode 2012 tot en met 2014 gemiddeld 23% van de autochtone instroom gebruikmaakt van een PGB tegenover 20% van de niet-westerse instroom.

Samenvattende conclusie ten aanzien van de inhaalslag van de niet-westerse allochtoon

De inhaalslag is zichtbaar over alle profielen, maar is met name zichtbaar bij de zwaardere profielen. Bij de instroom van cliënten die niet eerder een indicatie voor langdurige zorg bezaten is het aandeel niet-westerse allochtonen het grootst.

7 De cliënt achter de cijfers

In dit hoofdstuk schetsen wij een beeld van de cliënt achter de cijfers. Na de keuze voor een beperkt aantal dominante ontwikkelingen die nader zijn onderzocht in hoofdstuk 4, zijn wij in gesprek gegaan met het veld. Er zijn gesprekken gevoerd met zorgpartijen, een zorgkantoor, het CIZ, VGN en daarnaast zijn er werksessies georganiseerd⁵⁷. In deze sessies is er met betrokkenen van de cliëntgroep gesproken; verzorgers of familieleden. Per dominante ontwikkeling is een werksessie georganiseerd, zijn de cijfers voorgelegd en is gevraagd om een beschrijving van de instromende cliëntgroep en de verklarende factoren.⁵⁸Via deze weg is getracht de cliëntgroep achter deze ontwikkelingen zichtbaar te maken. In het onderstaande is per dominante ontwikkeling een cliëntgroep weergegeven. Daarbij wordt telkens dezelfde opzet gevolgd, respectievelijk een beschrijving van:

- 1) De kenmerken van de cliëntgroep
- 2) De route naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg
- 3) Eventuele ontwikkelingen nadat de cliënt een indicatie heeft gekregen en in zorg is

Hiermee trachten we een beeld te laten zien van de reis die cliënten maken naar en tijdens hun verblijf in de langdurige zorg. Daarmee wordt zichtbaar hoe cliënten bewegen in en tussen de zorgstelsels en hierdoor worden schakelpunten en verklarende factoren meer tastbaar. Deze beelden geven geen volledig beeld van de cliënten, daar is de diversiteit te groot voor. Wel geeft het de kern weer van de cliëntgroep die achter de dominante ontwikkeling zit.

7.1 De licht verstandelijk beperkte (LVB-er) met gedragsproblematiek

De cliëntgroep achter de sterke groei van VG3 en met name VG6 in de periode 2012 tot en met 2014 en de daaropvolgende daling van de groei van VG3 en VG6

In het vorige hoofdstuk hebben we de sterke groei van VG3 en met name VG6 besproken in de periode 2012 tot en met 2014. Daaruit kwam onder andere naar voren dat een aanzienlijk deel van deze cliëntgroep beschikt over een relatief groot verstandelijk vermogen. In de werksessies en gesprekken met experts is dit herkend. Hoewel er sprake is van een grote diversiteit aan cliënten, wordt een aantal kenmerken consequent benoemd: licht verstandelijk beperkt (LVB) en een grote mate van gedragsproblematiek.⁵⁹ De cliënt (hierna te noemen LVB-er) is over het algemeen verbaal sterk en fysiek in orde, waardoor voor de omgeving en voor de cliënt zelf de beperking niet altijd direct herkenbaar is. Hij komt over het algemeen uit een sociaal zwakker milieu en kan daardoor niet altijd terugvallen op een betrouwbaar steunsysteem van familie of sociaal netwerk. De cliënt is niet gewend rekening te houden met anderen, is gericht op zichzelf, zijn eigen behoeften en de snelle bevrediging hiervan. Hij is vaak op jonge leeftijd al op verschillende domeinen in problemen gekomen; er is veelal sprake van schulden, verslavingsproblematiek en crimineel gedrag.

⁵⁷ Voor een volledig overzicht van de gesproken partijen zie bijlage 1

⁵⁸ De verklarende factoren worden nader toegelicht in hoofdstuk 8

⁵⁹ Hierbij is uitgegaan van de definitie van het SCP (2014), dat uitgaat van een IQ tussen de 50 en 85

Route naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

De route naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg geboden in het kader van Wlz van de LVB-er kan via verschillende wegen verlopen. Cliënten met dezelfde zorgbehoefte kunnen instromen vanuit de jeugdhulp, de forensische zorg, de GGZ, de Licht Verstandelijk gehandicaptenzorg (LVG), of via een extramurale indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Regelmatig is op jonge leeftijd in het onderwijs al een verstandelijke beperking geconstateerd en/of is de LVB-er in contact gekomen met een vorm van jeugdhulp. In de aanloop naar het 18^e levensjaar groeit de problematiek. De cliënt overschat zichzelf en is beïnvloedbaar, gemakkelijk over te halen om dingen te doen die de mensen om hem heen aanraden. Met de leeftijd van 18 jaar bereikt de LVB-er een belangrijk schakelpunt. De LVB-er die gebruik maakt van jeugdzorg stroomt uit de jeugdhulp en maakt in principe zelf de keuze hoe verder te gaan.

Eén van de mogelijkheden is ook om in eerste instantie geen gebruik (meer) te maken van zorg en ondersteuning. De overschatting van de eigen capaciteiten leidt in die gevallen later veelal tot verzwaring van de problematiek of crisis, waarna de persoon alsnog de zorg instroomt. Dat is een beeld dat door deelnemers aan de sessies en door experts regelmatig is geschetst en dit past bij het profiel van deze cliëntgroep.

Ook kan het zijn dat de persoon in eerste instantie of na een periode op eigen benen terecht komt in de GGZ. Dit omdat de psychiatrische problematiek op moment van crisis de belangrijkste factor lijkt te zijn. Op termijn blijkt echter de behandeling vanuit de GGZ niet aan te slaan of hier wordt duidelijk dat de verstandelijke beperking ten grondslag ligt aan psychiatrische problematiek. Ook via de forensische zorg stromen cliënten in de verstandelijk gehandicaptenzorg. In dat geval is het crimineel gedrag de bepalende factor geweest voor instroom in de langdurige zorg. Ook hier wordt vervolgens geconstateerd dat de verstandelijke beperking de kern van de problematiek vormt⁶⁰ en hierdoor vindt doorstroming plaats naar de verstandelijk gehandicaptenzorg. De deelnemers aan de werksessies geven aan dat er de afgelopen jaren meer aandacht en herkenning is voor en van LVB-ers in de GGZ en forensische zorg. Daarbij is het beeld ontstaan dat de ondersteuning vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg beter past bij deze doelgroep. De meer op behandeling gerichte aanpak van de GGZ lijkt minder aan te sluiten, er is meer behoefte aan begeleiding.

Een andere weg naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg verloopt via de verschillende schakels in de langdurige zorg. Dit kan ofwel via een indicatie voor Licht Verstandelijk gehandicaptenzorg (LVG) of via een extramurale indicatie (in de periode voor 1 januari 2015). Een LVG-indicatie betreft een tijdelijke indicatie en wordt met name ingezet om het jeugdhulptraject af te ronden als dit niet voor het 18^e levensjaar is gerealiseerd. Na afloop van de LVG-indicatie blijkt dat de cliënt niet in staat is om zonder 24-uurszorg in voldoende mate te functioneren, waarna een indicatie wordt aangevraagd voor de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg.

Tot slot zijn er cliënten die vanuit een extramurale indicatie doorstromen naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Voor deze personen bleek zorg en ondersteuning in de thuissituatie niet houdbaar of de voorkeur wordt gegeven aan verzilvering via een PGB in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg.

⁶⁰ Dat wil zeggen dat eventuele psychische problematiek, die geleid kan hebben tot het crimineel gedrag, een (indirect) gevolg is van de verstandelijke beperking

Toegang tot de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Als een persoon met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek wordt aangemeld voor de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg bij het CIZ, voor een (her)indicatie kunnen verschillende procedures worden gestart.

Als het een eerste indicatie voor de langdurige zorg betreft dan vindt er een uitgebreid onderzoek plaats op basis van eerdere rapportages, gesprekken met de cliënt en eventueel andere partijen.

Bij de indicatie onderzoekt het CIZ de zorgbehoefte en toetst het aan de toelatingscriteria van de AWBZ / Wlz. De nieuwe Wlz-toelatingscriteria leiden tot een minder toegankelijke langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg voor de LVB-er, wordt gesteld door de deelnemers aan de werksessies. Omdat er per 1 januari 2015 sprake moet zijn van een blijvende zorgvraag is het lastiger geworden om als LVB-er met gedragsproblemen een VG-indicatie te krijgen, stellen de verschillende gesproken zorgpartijen.⁶¹ Omdat deze cliëntgroep op jonge leeftijd⁶² instroomt en over relatief hoge verstandelijke vermogens beschikt, staat de 'blijvende' behoefte aan 24-uurs zorg in nabijheid en permanent toezicht ter discussie. Met name bij aanvragen op jonge leeftijd wordt een ontwikkeling mogelijk geacht naar meer zelfstandigheid, waardoor een VG-indicatie niet wordt toegezegd. Deze cliënten zijn in het vervolg aangewezen op het aanbod in het gemeentelijk domein.

Beweging binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Nadat een VG-indicatie is toegewezen, komt de LVB-er in zorg. Daarmee is de reis nog niet ten einde omdat er in veel gevallen een sprake is van doorstroming naar een hogere indicatie. Ondanks het relatief hoge verstandelijke vermogen vraagt de cliënt vanwege zijn/haar gedragsproblematiek om veel inzet en begeleiding. De zorgvraag van de LVB-er met gedragsproblemen is geen constante, soms heeft hij meer zorg nodig en soms redt hij zichzelf. Met name bij grote veranderingen in zijn omgeving, wanneer de druk toeneemt, kan hij in nood raken en direct veel ondersteuning nodig hebben. Ook kan het zijn dat de situatie verergert en dat er aanvullend behoefte is aan psychiatrische zorg die niet beschikbaar is in een lager zorgprofiel. In dat geval wordt door de zorgpartij een (her)indicatie aangevraagd. In dat geval wordt meestal de sprong gemaakt van VG3 naar VG6. Er is immers geen zorgprofiel gericht op begeleiding van gedragsproblematiek tussen VG3 en VG6. Het kan zijn dat de situatie van de cliënt na verloop van tijd stabiliseert en de zorgbehoefte weer afneemt. In praktijk wordt in zeer weinig gevallen een herindicatie gevraagd voor een lager zorgprofiel. Als het een herindicatie betreft vanuit een bestaande indicatie voor langdurige zorg, dan vindt er over het algemeen geen gesprek plaats. In de aanvraag wordt over het algemeen een voorsortering gedaan op het zorgprofiel. Deze hypothese wordt bevestigd door de gesproken zorgpartijen.

Daarnaast is er strategisch omgegaan met herindicaties door zorgpartijen, zo blijkt uit de gesprekken met experts en de werksessies. Zeker naar aanleiding van de extramuralisering en bezuinigingen zijn zorgpartijen hun LVB-clënten anders gaan bekijken. Dat wil zeggen dat er bewust is gekeken of cliënten voldoen aan de criteria voor het hogere zorgprofiel VG6. Als dit het geval bleek te zijn, werd een herindicatie aangevraagd door de zorgpartijen en deze vaak ook toegekend.

⁶¹ Dit wordt niet herkend door het CIZ.

⁶² Tot het 23^e levensjaar

De extramuralisering zorgde voor financiële druk op de zorgpartijen waardoor deze substitutie van VG3 voor VG6 is versterkt.⁶³ Vanwege behoud van LVB-cliënten en budget heeft er substitutie plaatsgevonden van lagere zorgprofielen voor hogere zorgprofielen, zo zeggen de zorgpartijen zelf.

7.2 De extramurale instromer

De cliëntgroep achter de opleving van het aantal indicaties in de profielen VG4 en VG5 vanaf 2015

In het vorige hoofdstuk is de opleving van het aantal indicaties in de zorgprofielen VG4 en VG5 besproken, hierdoor is inzichtelijk geworden dat het met name instroom vanuit extramurale indicaties betreft. Deze extramurale instromer⁶⁴ kent een relatief zware verstandelijke beperking, met een IQ tussen de 50 en 70 en een beperkt vermogen om algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren. De extramurale instromer heeft veel behoefte aan structuur en vertrouwdeheid. Daardoor prefereren ouders veelal dat de cliënt thuis verblijft en dat er met vaste zorgverleners wordt gewerkt. De geboden zorg betreft over het algemeen met name een hoog aantal uren groepsbegeleiding en uren voor persoonlijke verzorging. Ouders voeren een aanzienlijk deel van de zorg zelf uit.

Route naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Voor 2015 beschikte deze cliëntgroep over een indicatie voor extramurale zorg. In veel gevallen wordt deze zorg al vanaf zeer jonge leeftijd geboden en wordt gebruik gemaakt van een PGB. Met de invoering van de Wlz viel de zorg per 1 januari 2015 niet meer onder de langdurige zorg, maar onder de Wmo of Jeugdhulp. In aanloop naar de hervorming van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg of daarna heeft de extramurale instromer alsnog de overstap gemaakt naar de Wlz. De wijze waarop de 'overstap' is gemaakt verschilt per cliënt en liep via verschillende wegen en met verschillende motivaties:

- 1) Cliënten besluiten zelf een indicatie aan te vragen voor de Wlz, al dan niet in overleg met een zorgverlener. Een deel van de cliënten heeft in aanloop naar de hervorming langdurige zorg deze indicatie aangevraagd, een ander deel er na. Cliënten en hun omgeving maken de overstap in de wetenschap of veronderstelling dat het budget in het gemeentelijk domein aanzienlijk lager is dan in de Wlz.
- 2) Een deel van de extramurale cliënten is in 2015 overgegaan naar de gemeenten. Veel gemeenten voeren in 2015 een herindicatie uit om de zorgvraag van deze nieuwe cliënten te bepalen. Daarbij wordt ook gekeken of de zorgvraag het best past in het gemeentelijk domein of daarbuiten. Cliënten met een zorgvraag die voldoen aan de Wlz toelatingscriteria worden doorgeleid naar het CIZ.

⁶³ Zorgpartijen geven aan de cliënten in de lagere zorgprofielen over het algemeen meer financiële ruimte bieden / boden dan cliënten in de hogere profielen. De ruimte in de lagere profielen kon daarbij ingezet worden om geld bij de hogere zorgprofielen 'bij te leggen'. Zorgpartijen oormerken over het algemeen de budgetten niet per cliënt, maar voegen deze bij elkaar en verdelen deze vervolgens op basis van de gemaakte kosten over de cliëntenpopulatie. Bij het wegvallen van de lagere profielen, viel deze ruimte weg en ontstond er krapte in de budget.

⁶⁴ 'Herinstromers' is een andere term die voor deze doelgroep wordt gebruikt

- 3) Cliënten hebben zich aangemeld voor het overgangsrecht Wlz en zij zijn in de loop van 2015 en 2016 geherindiceerd door het CIZ. Deze cliënten worden ook wel de Wlz-indiceerbaren genoemd. Op basis van gegevens van het Zilveren Kruis betreft dit ca. 16% van de instroom vanuit een extramurale indicatie.⁶⁵

Toegang tot de Wlz

Na aanmelding bij het CIZ wordt onderzoek gedaan naar de zorgvraag van de extramurale instromer. Hieruit blijkt dat de persoon voldoet aan de Wlz-toegangscriteria en is er sprake van blijvende behoefte aan 24-uurszorg in nabijheid of permanent toezicht. Om zorg vanuit de thuissituatie te kunnen blijven bieden wordt er veelal gekozen voor verzilvering via PGB.

Beweging binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

De herinstroming van deze cliëntgroep is dusdanig recent, dat er nog geen bewegingen binnen de Wlz zichtbaar zijn.

7.3 De budgethouder

Eerder is beschreven dat het aantal en aandeel van cliënten dat de indicatie verzilvert met een PGB sterk is gestegen in de afgelopen jaren. Over het algemeen wordt een PGB met name ingezet bij de profielen VG4, 5 en 8. Vaak is op jonge leeftijd al een relatief zware verstandelijke beperking geconstateerd en is er slechts in mindere mate sprake van extreme gedragsproblematiek.

Route naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Veelal is voor het 18^e levensjaar al een zware verstandelijke beperking geconstateerd en wordt ook op jonge leeftijd een indicatie aangevraagd voor toegang tot de AWBZ of Wlz. Voor een ander deel van de cliënten geldt dat zij terechtkomen bij of vanuit de jeugdhulp al gebruik maakten van een zorgpartij die niet gecontracteerd is voor zorg in de Wlz door het zorgkantoor. Om die zorg ook in de Wlz te kunnen houden wordt via de zorgpartij een indicatie aangevraagd en verzilverd met een PGB. Een derde mogelijkheid is dat het gaat om cliënten die zorg verkregen via zorg in natura (ZIN). De zorgpartij raakte aan zijn plafond in de contracteer ruimte en kampte tegelijkertijd met wachtlijsten. Zorgpartijen hebben in reactie daarop een deel van de cliënten 'omgezet' naar een PGB; op initiatief van de zorgpartij is de leveringsvorm veranderd in PGB-gebruik.

Toegang tot de Wlz en de keuze voor het PGB

Na de toetsing door het CIZ en het verkrijgen van de indicatie wordt de keuze gemaakt voor, ofwel gebruik van een PGB of ZIN. Een deel van de cliënten kiest direct voor een PGB, een ander deel kiest eerst voor ZIN om vervolgens alsnog een PGB aan te vragen. In het laatste geval gaat het om cliënten die het reguliere aanbod als niet passend ervaren en besluiten het zelf te organiseren of via een niet gecontracteerde partij.

Beweging binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Veel ouders gebruiken het PGB om zelf regie te voeren over de zorg van hun kind. Ouders geven aan de zorg efficiënter te kunnen organiseren via het PGB door goedkopere krachten in te zetten⁶⁶, geen overheadkosten te maken en zelf een deel van de zorg te voorzien tegen betaling.

⁶⁵ Het merendeel van de Wlz-indiceerbaren krijgen per 1-1-2017 een indicatie toegewezen

⁶⁶ Met name voor ondersteuning die niet direct 'zorg' of begeleiding betreft

Door zelf regie te voeren kunnen bovendien vaste gezichten gegarandeerd worden, wat zorgt voor de gewenste vertrouwde omgeving voor de cliënt. Voor een deel van de budgethouders wordt de regie overgenomen door een zorgpartij die het PGB ontvangt en deze inzet voor zorg. Over het algemeen is het zorgprofiel van de budgethouder constant, er is slechts beperkt sprake van doorstroming.

7.4 De niet-westerse allochtoon

Het aandeel cliënten van niet-westerse afkomst is de afgelopen jaren toegenomen. Dat is met name zichtbaar in de instroom van cliënten die niet eerder te maken hebben gehad met langdurige zorg en in de hogere zorgprofielen. Het gaat over het algemeen om cliënten met een relatief zware verstandelijke beperking.

Route naar de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Over het algemeen wordt veel mantelzorg geboden door families van niet-westerse herkomst. De zorg voor de verstandelijk beperkten wordt gezien als een taak voor de familie of het gezin. Ook kan er sprake zijn van een gevoel van schaamte over de beperking. Beide factoren leiden tot zorg mijndend gedrag. Dit wordt versterkt doordat ouders niet altijd wegwijz zijn in het zorglandschap. Deze factoren hebben bijgedragen aan een ondervertegenwoordiging van deze cliëntgroep in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. De afgelopen jaren heeft een zekere omslag plaatsgevonden, waardoor meer gebruik wordt gemaakt van professionele zorg. Deels omdat cliënten meer bekend zijn met zorg, de schaamtecultuur mogelijk vermindert en omdat zorgpartijen zich meer op deze doelgroep zijn gaan richten. Er zijn nieuwe zorgpartijen ontstaan die zich op deze specifieke doelgroep richten, ook reguliere partijen zijn zich in hun communicatie op deze doelgroep gaan richten.

Toegang tot de Wlz

Na toetsing door het CIZ maken de meeste cliënten gebruik van ZIN bij de reguliere zorgpartijen. De cliënten die zorg ontvangen van een op deze doelgroep gerichte nieuwe zorgpartij, kiezen veelal voor een PGB. Dit omdat veel van deze partijen niet gecontracteerd zijn door het zorgkantoor.

Beweging binnen de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Nadat cliënten van niet-westerse herkomst in zorg zijn gekomen zijn er geen afwijkende ontwikkelingen zichtbaar ten opzichte van het totaal aan de cliëntenpopulatie in de langdurige zorg. Wel is door zorgpartijen aangegeven dat het gaat om cliënten met een hoge zorgvraag en begeleiding. Dat wordt versterkt door het verschil in cultuur en de beperkte mogelijkheden tot communicatie. Het gebruik van meerzorg zou daarom voor deze cliëntgroep relatief groot zijn, wordt gesteld door zorgpartijen.

8 Verklarende factoren achter de dominante ontwikkelingen per cliëntgroep

In hoofdstuk 4 zijn de cliëntgroepen die de groei van het aantal indicaties en het gebruik van de hogere zorgwaarte zorgprofielen nader gedefinieerd. In dit hoofdstuk beschrijven we per dominante ontwikkeling en ingedeeld naar cliëntgroep welke verklarende factoren hieraan ten grondslag liggen.

8.1 Verklaringen voor de sterke groei voor 2015 en daling van die groei na 2015 van VG3 en VG6 door de cliëntgroep LVB

Verklaringen ten aanzien van de sterke groei in de jaren 2012 tot en met 2014

Een grote kwetsbare potentiële cliëntgroep binnen een complexer wordende maatschappij

De eerder door het SCP genoemde maatschappelijke factoren⁶⁷ voor een grotere instroom van de LVB'er in de periode voor 2012 zijn ook in de periode daarna van kracht. De ontwikkeling van de maatschappij gaat te snel voor deze doelgroep, er is minder tolerantie voor afwijkend gedrag en het is door internet makkelijker geworden om in de problemen te komen. Het gaat daarbij om een potentieel zeer grote doelgroep, naar schatting 1.4 miljoen mensen⁶⁸ waarbij sprake is van een licht verstandelijke beperking met problemen in de sociale zelfredzaamheid.

Meer aanbod gericht op de LVB'er

Op basis van de gesprekken met experts en betrokkenen lijkt er meer aanbod te zijn ontstaan in de periode 2012 tot en met 2014, dat zich richt op deze specifieke cliëntgroep. De afgelopen jaren hebben verschillende grote en kleine organisaties zorgaanbod ontwikkeld dat specifiek aansluit bij deze cliëntgroep.

Sterkere zijinstroom vanuit de forensische zorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Er lijkt een verschuiving te zijn in de plek waar cliënten met deze kenmerken worden geholpen. Waar voorheen de GGZ of de Forensische zorg zich over deze cliënt ontfermde, lijkt er nu sprake te zijn van een verschuiving van deze mensen naar de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het lijkt erop dat deze cliënt hier beter op zijn plaats is. Deze verklaring is niet cijfermatig te onderbouwen of te duiden, maar is wel herhaaldelijk genoemd in de gesprekken met experts, zorgpartijen en betrokkenen.

Zorgpartijen en cliënten anticiperen en reageren op extramuralisering

De verhoging van het aantal indicaties in de jaren 2012 en 2013 is voor een deel het indirecte gevolg van de extramuraliseringslag in deze jaren. Voor veel cliënten met een indicatie voor VG1, VG2 of VG3 is in voorbereiding of tijdens de extramuralisering in 2013 een herindicatie aangevraagd. Uit angst of vermoeden van een niet toereikend zorgaanbod en middelen is in de jaren 2012 en 2013 deze stap gezet op initiatief van cliënten en / of zorgpartijen, zo blijkt uit de gesprekken met betrokkenen en zorgpartijen. Zowel de cliënt als de zorgaanbieder kunnen een belang hebben bij de herindicatie. Cliënt(en) en hun omgeving omdat zij de zorg vanuit een extramurale situatie niet toereikend achten. Zorgpartijen hebben een aanvullende prikkel omdat zij voor dezelfde cliënt minder geld te besteden hebben bij een indicatie met een lager zorgprofiel.

⁶⁷ SCP (2014), Zorg beter begrepen

Een belangrijke extra motivatie voor de in- en doorstroming van lagere zorgprofielen voor zorgpartijen is dat met het wegvallen van de lagere indicaties de lucht in de financiën verminderde. Zorgpartijen hielden geld over op de lagere zorgprofielen, dat zij weer gebruikten om de tekorten op de hogere zorgprofielen aan te vullen. Middels substitutie van zorgprofielen van cliënten hebben zorgpartijen daarop geanticipeerd.

Kloof tussen VG3 en VG6

Het verschil tussen de zorgprofielen VG3 en VG6 wordt in de praktijk als groot ervaren. VG3 wordt door sommige partijen gezien als een landingsprofiel, waarna de zorgvraag en best passende plek verder wordt onderzocht. Cliënten met gedragsproblematiek hebben vaak meer begeleiding nodig dan beschikbaar in VG3. Eén van de redenen waarom VG3 niet toereikend is, is omdat er geen mogelijkheid is tot psychiatrische zorg. De volgende stap is vervolgens VG6.⁶⁹ Tegelijkertijd geven zorgverleners aan dat de woonsituatie en zorg die veelal bij VG6 worden ingezet, te veel of niet passend is bij de zorgvraag.⁷⁰ Bij gebrek aan alternatief wordt alsnog de overstap gemaakt naar VG6.

Prikkel voor afschalen ontbreekt

Zowel in de AWBZ als de Wlz bestaat de mogelijkheid om op- en af te schalen in zorgprofielen. Indien sprake is van een hogere of lagere zorgvraag dan voorheen kan een herindicatie worden aangevraagd. Dit is in praktijk bij het CIZ vaak een verkorte procedure ten opzichte van een eerste indicatie. Bij een verhoogde zorgvraag hebben cliënt en zorgpartij allebei een direct belang om het zorgprofiel te verhogen. Dit biedt immers meer ruimte voor de gewenste zorg. Bij een verlaging van de zorgbehoefte is er voor geen van de partijen een belang tot herindicatie, dan wel afschalen van het zorgprofiel. De geleverde zorg kan worden teruggebracht, maar de ruimere middelen blijven wel beschikbaar. Met name voor de zorgpartij is dit financieel aantrekkelijk⁷¹.

Verklaringen ten aanzien van de daling in de groei na 2015

Wlz-criteria wijzigen toegangspoort voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

Per 2015 is het voor de LVB-cliëntgroep lastiger geworden om toegang te krijgen tot de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg, geven onder meer zorgpartijen en cliëntondersteuners aan. Het gaat daarbij voornamelijk om cliënten met een relatief jonge leeftijd (18-23 jr). Zorgpartijen en cliëntondersteuners ervaren dat cliënten na 2015 geen indicatie krijgen, waar ze dat in de ABWZ wel hadden gekregen. Dit is met name vanwege het Wlz-criterium, dat er sprake moet zijn van een blijvende behoefte aan 24-uurszorg in nabijheid. Omdat de LVB'er vaak op relatief jonge leeftijd instroomt en beschikt over een relatief hoog IQ is een zeker ontwikkelperspectief voorstelbaar, waardoor er niet sprake hoeft te zijn van een *blijvende* behoefte aan 24-uurszorg en / of permanent toezicht. Er is een mogelijkheid dat de situatie verbetert in de loop der jaren waardoor de cliënt meer zelfstandig kan functioneren.

⁶⁹ De zorgprofielen VG4 en VG5 zijn in principe niet ontworpen voor cliënten die gekenmerkt worden door gedragsproblematiek in combinatie met een licht verstandelijke beperking

⁷⁰ Een voorbeeld van 'niet passend' is dat de cliënt in een woonomgeving terecht komt met relatief (te) zware medebewoners

⁷¹ Deze redenering gaat ook op voor de budgethouder, maar in de praktijk blijkt er bij budgethouders zeer beperkt sprake van doorstroming.

8.2 Verklaringen voor de opleving van de zorgprofielen VG4 en VG5 na 2015 door de extramurale instromer

Ervaren (financiële) kloof tussen Wmo en langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg (Wlz)

Met de hervorming in 2015 is de langdurige zorg versmald door onder meer de cliënten met een extramurale indicatie vanuit de AWBZ naar het gemeentelijk domein en de zorgverzekeringswet te verplaatsen. Cliënten die gebruik maakten van extramurale zorg in de thuissituatie worden daardoor geconfronteerd met een nieuwe bekostiging van zorg. In de werksessies hebben onder meer ouders van cliënten aangegeven dat het beschikbare budget in het gemeentelijk domein aanzienlijk kleiner is dan wat zij beschikbaar hadden in de AWBZ. Dit is met name het geval bij het PGB.⁷² Cliënten die al voldeden aan de toelatingscriteria voor de Wlz maar nog geen zorgprofiel hadden, kiezen daarom om een indicatie aan te vragen voor de Wlz. Dit zorgt voor een herinstroom in de langdurige zorg.

Herindicaties door gemeenten

Na de decentralisaties hebben veel gemeenten de nieuw instroom van cliënten ge(her)indiceerd om de zorgvraag te bepalen. Daarbij wordt ook gekeken of de zorgvraag beter beantwoord kan worden in langdurige zorg en of het in aanmerking komt voor toelating tot de Wlz. Als dat het geval is, wordt door sommige gemeenten direct of via een cliëntondersteuner doorverwezen naar het CIZ. In de gesprekken met gemeenten en zorgpartijen wordt dit herkend en erkend, het is echter niet mogelijk om deze beweging cijfermatig te duiden.

8.3 Verklaringen voor de toename van PGB-gebruik

Meer ruimte, controle en maatwerk om de zorg te organiseren

In de gevoerde gesprekken geven ouders aan dat zij met een PGB in staat zijn om meer zorg- en begeleidingsuren te organiseren dan een zorgpartij zou kunnen. Onder meer als gevolg van lagere kosten voor de inzet van ondersteuning en begeleiding dan die van een zorgprofessional. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om (tegen betaling) zelf meer zorg en ondersteuning te verlenen. Daarnaast kan met een PGB gegarandeerd worden dat de cliënt te maken krijgt met dezelfde gezichten, door afspraken te maken met zorgverleners. Dit is bij ZIN niet altijd het geval. Ook biedt het de ruimte voor maatwerk, zorg en ondersteuning die specifiek is gericht op de wensen en behoefte van de cliënt.

Wegvallen extramurale indicatie

Door het wegvallen van Zorg Zonder Verblijf in 2015 hebben veel cliënten de overstap gemaakt naar de Wlz-zorgprofielen. Om zorg in de thuissituatie te kunnen bieden, te bekostigen en de mogelijkheid te houden om gebruik te maken van verschillende zorgpartijen kiest een aanzienlijk deel van deze cliënten voor een PGB. Dit hangt samen met de beschreven herinstroom in VG4 en VG5 en betreft voornamelijk cliënten die al gebruik maakten van een PGB. Het gaat dus om een verschuiving van PGB-gebruik van extramurale indicaties naar indicaties met een zorgprofiel VG3-VG8.

Groeiend PGB-aanbod

Een genoemde, maar niet verifieerbare, verklaring is het toegenomen aanbod van nieuwe, kleine zorgpartijen die (nog) niet door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. Dit aanbod richt zich op specifieke doelgroepen en slagen erin om een deel van de cliënten op te vangen.

⁷² Voor dit onderzoek is de ontwikkeling van het aanbod niet kwantitatief onderzocht, waardoor geen inschatting is te geven van de omvang van deze groei

8.4 Verklaringen voor inhaalslag niet-westerse allochtoon

Verandering in zorg mijndend gedrag

De schaamtecultuur en de wens om de zorg veelal binnen de familie te realiseren lijkt af te nemen bij cliënten van niet-westerse komaf. Hierdoor is er minder sprake van zorg mijndend gedrag en komen cliënten eerder in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg terecht. Dit wordt versterkt door een betere bekendheid met het zorgstelsel.

Meer zorgaanbod gericht op de niet-westerse doelgroep

De afgelopen jaren is meer aanbod ontstaan dat zich specifiek richt op deze cliëntgroep, geven ouders en zorgpartijen aan⁷³. Daarbij gaat het enerzijds om nieuwe partijen die voornamelijk via PGB de zorg verlenen. Zorgverleners van deze partijen zijn veelal van niet-westerse komaf waardoor het contact makkelijker kan worden gelegd en beter rekening kan worden gehouden met persoonlijke voorkeuren. Ook reguliere zorgpartijen zijn zich in de communicatie op deze doelgroep gaan richten. Door dit nieuwe aanbod wordt de niet-westerse cliëntgroep beter bereikt, waardoor een deel van de stille zorgvraag naar de langdurige zorg is verplaatst.

⁷³ Voor dit onderzoek is de ontwikkeling van het aanbod niet kwantitatief onderzocht, waardoor geen inschatting is te geven van de omvang van deze groei

9 Conclusies en aanbevelingen

9.1 Conclusies

De ontwikkeling van het aantal indicaties in de periode 2012 tot en met 2016 laat een volatiel beeld zien. In verschillende perioden zijn het verschillende cliëntgroepen die bepalend zijn in de groei van het aantal cliënten in de langdurige verstandelijk gehandicaptensector als geheel. In het onderzoek zijn meerdere cliëntgroepen en verklarende factoren benoemd die deels met elkaar samenhangen. In het onderstaande brengen we deze terug tot de drie belangrijkste verklaringen voor de groei van het aantal indicaties, in de periode 2012 tot en met 2016.

1. *Sterke instroom van licht verstandelijk beperkte cliënten met gedragsproblematiek*

De in- en doorstroom van licht verstandelijk beperkte cliënten met gedragsproblematiek is de bepalende factor in de groei van het aantal indicaties in de periode 2012 tot en met 2014. Deze ontwikkeling is deels te verklaren vanuit de aanbods- en maatschappelijke factoren die eerder door het SCP zijn benoemd.⁷⁴ Door een complexer wordende maatschappij, minder tolerantie voor afwijkend gedrag en het ontbreken van een sociaal vangnet komt deze cliëntgroep in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg terecht. Het aanbod lijkt zich in de afgelopen jaren meer op deze doelgroep te zijn gaan richten. Ook wordt door experts en betrokkenen de versterkte aansluiting met de GGZ en de forensische zorg benoemd.

Na de invoering van de Wlz lijkt de instroom van deze cliëntgroep af te nemen. Dit als gevolg van de Wlz-toelatingscriteria die het met name vanwege het criterium *blijvende* zorg lastiger maken om toegang te verkrijgen tot de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg.

2. *Stelselwijzigingen vormen een belangrijke indirecte verklarende factor*

Stelselwijzigingen lijken een belangrijke (indirecte) verklarende factor te zijn voor de ontwikkeling van het aantal indicaties in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Cliënten en zorgpartijen hebben gereageerd en geanticipeerd op de extramuralisering en de invoering van de Wlz. Dit heeft met name (indirect) geleid tot verschuivingen binnen de brede verstandelijk gehandicaptenzorg. Vanuit een extramurale indicatie of indicatie met een lager zorgprofiel hebben cliënten een indicatie aangevraagd voor de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg.

In de jaren 2012 en 2013 is een duidelijke opwaartse beweging te zien waarin cliënten vanuit een lager zorgprofiel doorstromen naar de hogere zorgprofielen in reactie op de extramuralisering. In de gesprekken met zorgpartijen is meerdere keren aangegeven dat er substitutie heeft plaatsgevonden van lagere zorgprofielen voor hogere zorgprofielen. Zowel zorgpartijen als cliënten kunnen daarbij een financieel en zorginhoudelijk belang hebben.

⁷⁴ SCP (2014), Zorg beter begrepen

Vanaf 2015 is het de herinstroom van cliënten, in met name de profielen VG4 en VG5, die bepalend is voor de groei in de periode 2015 tot en met 2016. Dit zijn cliënten die in de AWBZ over een extramurale indicatie beschikten en na 2015 in principe de overstap zouden maken naar het gemeentelijk domein. Cliënten hebben er voor gekozen, al dan niet in samenspraak met zorgpartijen, om een indicatie aan te vragen voor de Wlz en verzilveren deze vervolgens met een PGB. Behoud van de oude situatie, financieel of zorginhoudelijk, is daarbij een belangrijk motief.

3. Inhaalslag van cliënt met niet-westerse achtergrond

Ook wordt een deel van de groei verklaard door een 'inhaalslag' van cliënten met een niet-westerse achtergrond. Deze cliëntgroep is in de huidige cliëntenpopulatie ondervertegenwoordigd, maar aan de instroom is te zien dat het aandeel sterk toeneemt. Vanwege een verandering ten aanzien van het zorgmijdend gedrag en toenemend aanbod gericht op deze doelgroep, wordt deze inhaalslag zichtbaar.

Met name de eerste ontwikkeling wordt daarbij in zekere mate versterkt door factoren in de afstemming van het stelsel van de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Het ontbreken van een prikkel tot afschaling van het zorgprofiel en de ervaren kloof tussen de zorgprofielen VG3 en VG6 versterken de doorstroming naar hogere profielen.

Ten slotte is ook het toegenomen PGB-gebruik in de periode 2012 tot en met 2016 onderzocht. Deels hangt deze toename samen met de herinstroom vanuit cliënten met een extramurale indicatie na 2015, die veelal gebruik maken van een PGB. Daarnaast draagt de toegenomen wens tot eigen regie, vaste gezichten en het zelf bieden van zorg (door de ouder) bij aan de populariteit van het PGB. Op basis van dit onderzoek zijn geen uitspraken te doen of het PGB een verklarende factor is in de groei van het aantal indicaties.

9.2 Aanbevelingen

Creëer rust in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg

De afgelopen jaren is een aantal stelselwijzigingen doorgevoerd, wat heeft geleid tot een aanzienlijke beweging van cliëntgroepen over domeinen, zorgprofielen en de wijze van verzilvering. Op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve analyse komt het beeld naar voren dat veranderingen in het stelsel indirect hebben bijgedragen aan de sterkste bewegingen in de in- en doorstroming in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Vaak gaat het daarbij om een verschuiving van cliënten binnen het zorgstelsel. Om zowel cliënten, zorgpartijen als het Wlz-stelsel de ruimte en tijd te geven om zich te richten op de uitdagingen binnen de kaders van het huidige stelsel is rust gewenst. De kaders van de Wlz zijn immers op grote lijnen helder en worden door de meeste partijen omarmd. Laat het stelsel en de daarin vertegenwoordigde partijen tot wasdom komen.

Maak enkele kleine incrementele aanpassingen

Tegelijkertijd is er wel ruimte voor incrementele maatwerk aanpassingen die onvolkomenheden kunnen oplossen en die juist bijdragen aan een duurzame ontwikkeling van de Wlz. Het betreft de volgende aanpassingen:

a) *Afstemmen gedragsprofielen VG3 en VG6*

Het verschil tussen de zorgprofielen VG3 en VG6 wordt als zeer groot ervaren, terwijl er geen tussenstap mogelijk is voor cliënten met gedragsproblemen. Deze cliënten hebben vaak meer zorg nodig dan past bij het zorgprofiel VG3, maar niet per se zo ruim als in VG6. Een factor die daarin meespeelt is de afwezigheid van met name psychiatrische ondersteuning in VG3, terwijl veel cliënten met gedragsproblemen daar in beperkte mate wel behoefte aan hebben. Door een betere afstemming te vinden tussen VG3 en VG6 kan meer passende zorg worden geboden. Een mogelijkheid is de psychiatrische hulp en behandeling ook in VG3 mogelijk te maken waardoor dit zorgprofiel meer toereikend wordt voor een grotere groep zonder een hoger zorgprofiel. Een andere optie is het toevoegen van een extra profiel tussen VG3 en VG6.

b) *Ontwikkelen prikkel bij afschalen*

De behoefte aan zorg is niet een constante, de ene periode is de zorgbehoefte groter dan de andere, bijvoorbeeld vanwege een crisissituatie of in een bepaalde fase van turbulentie in iemands leven. Tijdelijk is dan meer intensieve zorg nodig. Na stabilisatie zou de cliënt weer terug kunnen naar het niveau van zorg van voor de crisissituatie. In de Wlz is het mogelijk om op en af te schalen tussen zorgprofielen, in de praktijk vindt echter vrijwel alleen opschaling plaats. Er is namelijk geen enkele prikkel voor de betrokkenen in het systeem om dit te doen. Dit zorgt ervoor dat cliënten feitelijk onnodig een zwaarder zorgprofiel hebben. Het ontwikkelen van een passende, positieve prikkel is daarom aan te bevelen. De meest passende prikkel dient nader onderzocht te worden. Mogelijkheden zijn; de inzet van tijdelijke zorgprofielen die na verloop van tijd weer afschalen naar het oorspronkelijke zorgprofielen of het belonen van afschaling per cliënt of voor de cliëntenpopulatie als geheel.

Monitor de (vermoedelijk tijdelijke) ontwikkelingen in de instroom

In het onderzoek constateren wij een aantal ontwikkelingen van vermoedelijk tijdelijke aard. Het gaat om de opleving van VG4 en VG5 en de inhaalslag van niet-westerse allochtonen. In het geval van de eerste ontwikkeling is reeds een daling zichtbaar in de groei in 2016 en voor de tweede geldt dat er eerder sprake is geweest van een onderontwikkeling. Logischerwijs valt te verwachten dat op een zeker moment het reële niveau op basis van de Nederlandse demografie wordt bereikt. In beide gevallen is echter niet met zekerheid te zeggen dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Bij voortzetting van deze ontwikkelingen kan dit een stevige impact hebben op de verstandelijk gehandicaptenzorg. De samenstelling van de cliëntenpopulatie verandert immers hierdoor en dat vraagt mogelijk om ander aanbod of de verdeling van aanbod. Om daar goed op te kunnen anticiperen is het scherp zicht houden op deze ontwikkelingen noodzakelijk. De laatste jaren is de kwaliteit en volledigheid van data en cijfers sterk verbeterd, waardoor de monitoring sneller en beter kan worden uitgevoerd dan voorheen. De mogelijkheid om cliënten te volgen over tijd, zorgpaden inzichtelijk te maken en daarin trends te ontdekken, is een stap die nu gezet kan worden.

Daarbij is het ook aan te bevelen om de route van de licht verstandelijk beperkte cliënt met gedragsproblematiek te blijven volgen. Op basis van deze rapportage lijkt deze na 2015 minder snel toegang te krijgen tot de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Waar en op welke wijze de zorgvraag van deze cliënt beantwoord wordt in deze nieuwe situatie is een relevante vraag voor de komende periode.

Bijlage 1 – Overzicht gesproken experts en deelnemers werksessies

Gesproken experts

Marcel de Krosse (strategisch adviseur RvB), Centrum voor Indicatiestelling Zorg
Jaap van den Heuvel (coördinator), Centrum voor Consultatie en Expertise
Dirk Verstegen (directeur) en Erie Merkus (beleidsadviseur), Landelijk kenniscentrum LVB
Matthijs Heijstek (gedragsdeskundige), Amerpoort
Ad Romme (senior adviseur) en Wendy van der Wilk (coördinator klantproces), Middin
John van Kuijk (divisiedirecteur Sociaal Domein), Amarant
Dorien Kloosterman (beleidsmedewerker), Iederin
Ko Proos (zorginhoudelijk adviseur) en Astrid Brouwer (crisisregisseur), Zilveren Kruis
Martijn Koot (manager sturing en bekostiging) en Gera van der Woude (beleidsmedewerker)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (Martijn Koot)

Deelnemende organisaties / vertegenwoordigers werksessies

's Heerenloo
Amarant-Ildris
ASVZ
Care 2 get there
Dichterbij
Gemeente Breda
Gemeente Rotterdam
Gemeente Utrecht
Humanitas
Middin
Per Saldo
Philadelphia
Prismanet
Rotonde
Van der Hoeven Kliniek

Bijlage 2 – Geraadpleegde literatuur en gebruikte databronnen

Literatuur

Bureau HHM (2015), *Meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving*

Bureau HHM (2016), *Onderzoek LVB 18+*

JSO Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling (2014), *Onderzoek naar jongeren met een licht verstandelijke beperking*

SCP (2010), *Steeds meer verstandelijk gehandicapten?*

SCP (2014), *Zorg beter begrepen*

TNO (2010), *Trendanalyse verstandelijke gehandicaptenzorg*

Databronnen

CBS (2016), *In- en uitstroom bij indicatie ((SG)L)VG zzp*

CBS, 2017, *Personen met indicatie VG op peildatum naar in- en uitstroom en persoonskenmerken*

CBS (2017), *Monitor langdurige zorg*

CIZ (2016), *Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q4 t/m 2016 Q3*

CIZ (2017), *Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q1 t/m 2016 Q4*

Daarnaast is gebruik gemaakt van niet openbare gegevens van het Zorginstituut Nederland over het verstandelijk vermogen (IQ) van de instromende en bestaande cliëntenpopulatie.

Bijlage 3 – Opdrachtomschrijving⁷⁵

Opdrachtgever wenst door middel van deze Offerteprocedure te komen tot de selectie van een leverancier voor een onderzoek naar de groei van verstandelijk gehandicapten in de langdurige zorg.

Om tot het gewenste resultaat te komen is vooraf een selectie van drie leveranciers gemaakt, die potentieel geschikt worden geacht om in te schrijven op deze Offerteprocedure. U bent geselecteerd ten behoeve van deze Offerteprocedure, welke in dit document nader is uitgewerkt.

U wordt uitgenodigd een Offerte in te dienen voor deze opdracht. De Eisen, Subgunningscriteria en randvoorwaarden worden in dit document toegelicht. Indien u na het lezen van dit document tot de conclusie komt, dat u geen offerte zult indienen, wordt u verzocht dit zo spoedig mogelijk aan de contactpersoon te laten weten.

Deze Offerteprocedure wordt door UBR|HIS begeleid en uitgevoerd.

UBR|HIS heeft in samenwerking met de departementen waarvoor UBR|HIS werkt, een Business Etiquette "Zo doen we zaken" vastgesteld ten behoeve van Inschrijvers en (potentiële) Opdrachtnemers. De Business Etiquette staat op de website van UBR|HIS, zie: <http://www.ubrijk.nl/organisatie/ubr-haagse-inkoop-samenwerking/nieuws/ubr-nieuws2015/06/23/business-etiquette-zo-doen-we-zaken>.

1.1 Opbouw document offerteaanvraag

De opbouw van dit document is als volgt. Hoofdstuk 1 beschrijft de aard van de opdracht, het doel van de Offerteprocedure en vermeldt de contactgegevens van Opdrachtgever en CTM. Hoofdstuk 2 zet de Offerteprocedure uiteen. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de (Sub)gunningscriteria en een toelichting op de beoordeling hiervan. Hoofdstuk 4 geeft een toelichting op de opbouw van uw Offerte.

1.2 Over Opdrachtgever

Het betreft hier de directie langdurige zorg van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

1.3 De aard en omvang van de opdracht

Er is al jaren een sterke groei waar te nemen van het aantal mensen met een verstandelijke beperking dat een beroep doet op langdurige zorg. Deze groei manifesteert zich bij alle hoge zorgzwaartepakketten (de zzp's VG 3 t/m VG 8) en doet zich zowel voor bij de zorg in natura (cliënten die in een instelling verblijven) als bij het pgb. In 2014 heeft de SCP onderzoek gedaan naar mogelijke verklarende factoren voor de waargenomen groei. Hieruit kwam naar voren dat demografische ontwikkelingen (o.a. een hogere levensverwachting), maatschappelijke ontwikkelingen (o.a. een meer ingewikkelde samenleving en het ontbreken van een steunsysteem) en veranderingen in de zorgverlening (o.a. een aantrekkelijker zorgaanbod) hiervoor mogelijke verklaringen zijn. De behoefte bestaat om deze verklaringen aan te vullen, te actualiseren, te concretiseren en te specificeren voor de hogere zzp's in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

⁷⁵ VWS (2016), ref.nr.: 201600274.014.017

Hiervoor wil het ministerie graag een onderzoek uitzetten met als hoofdvraag:

Wat zijn belangrijke verklaringen voor de waargenomen sterke groei in de vraag en het gebruik van de hoge zorgzwaartepakketten in de verstandelijk gehandicaptenzorg?

De cijfers voor dit onderzoek over de vraag (indicatiecijfers) en het gebruik (zorg in natura en pgb) vanaf 2012 zullen door het ministerie worden aangereikt (zie bijlage E). De focus van dit onderzoek is op zoek te gaan naar "de wereld achter de cijfers". Die wereld kent vermoedelijk meerdere dimensies, waaronder niet alleen sociaal-culturele factoren maar ook de werking van het Wlz beheers instrumentarium, de voorliggende voorzieningen en het gedrag van zorgaanbieders/verleners en cliënten.

1.4 Aard en doel

Aard van de opdracht is het uitvoeren van een onderzoek naar de groei van verstandelijk gehandicapten in de langdurige zorg.

Doel van de Offerteprocedure is het sluiten van een Overeenkomst met een leverancier voor het verrichten van dienstverlening. De Overeenkomst zal worden gesloten met de Inschrijver die de beste prijs-kwaliteitverhouding heeft ingediend.

Nadere details over de inhoud van de dienstverlening treft u aan in hoofdstuk 3, Beoordeling- en gunningfase.

1.5 Omvang van de opdracht

De groei is het resultaat van veranderingen in de instroom, de doorstroom en de uitstroom. Vandaar de volgende vragen:

A) t.a.v. de instroom (het gaat hierbij om personen die niet eerder een verbijfsindicatie hadden):

1. Wie zijn de nieuw instromers op de verschillende pakketten en hoe verzilveren zij hun indicatie (leveringsvormen)?; Zijn op basis van de kenmerken van de instromers (o.a. leeftijd, mate van de verstandelijke beperking (IQ), aanvullende problematiek) doelgroepen te formuleren?
 2. Werden ze eerder geholpen vanuit andere domeinen als de extramurale AWBZ (nu: de WMO en ZVW) en de Jeugdzorg al dan niet combinatie met informele zorg?
 3. Wat zijn (combinaties van) verklaringen voor de waargenomen groei, gespecificeerd naar zzp, leveringsvorm en zo mogelijk naar doelgroep?
Hierbij dienen in ieder geval de volgende mogelijke oorzaken te worden gezien:
- *t.a.v. de vraag:* beperkt sociale netwerk (bijv. overlijden ouders), inhaalslag vraag bij etnische minderheden, aanbod geïnduceerde vraag (welke rol spelen aanbieders zelf bij het aanwakken van vraag en in hoeverre geeft het Wlz-beheersinstrumentarium daar ruimte toe).

- *t.a.v. het aanbod:* aantrekkelijker zorgaanbod (vooral bij pgb), overloop vanuit andere sectoren (bijv. uit de GGZ en de jeugdzorg), inkomensondersteuning (bij pgb).
- *t.a.v. het beleid:* beleidsmaatregelen als pgb-maatregelen in 2012, ingezette extramuraliseringsbeleid, de hervorming van de langdurige zorg, veranderingen in de Wlz-toegangscriteria, en de toegang tot vg-pakketten in relatie tot de ggz.

4. Wat zijn de gevolgen van de nieuwe toegangscriteria van de Wlz op de instroom?

B) t.a.v. de doorstroom (het gaat hierbij om personen die vanuit een lager zzp doorstromen naar een hoger zzp en personen die kiezen voor een andere leveringsvorm, al dan niet binnen hetzelfde zzp):

5. Welke patronen zien we in de doorstroom?

6. Wat zijn verklaringen voor de waargenomen doorstroom?

Hierbij dienen in ieder geval de volgende oorzaken te worden gezien: het ingezette extramuraliseringsbeleid, begrenzing van de productie-afspraken in de zorg in natura en upcoding.

C) t.a.v. de uitstroom (het gaat hierbij om personen waarbij de verblijfsindicatie is vervallen):

7. Welke ontwikkelingen zien we in de uitstroom?

8. Wat zijn verklaringen voor de waargenomen ontwikkelingen?

Hierbij dienen in ieder geval de volgende oorzaak te worden gezien: de effecten van de veranderingen in de Wlz-indicatiecriteria (o.a. het afgeven van een indicatie voor onbepaalde tijd). NB: De toegenomen levensverwachting is ook een verklarende factor, die reeds voldoende is beschreven in het SCP-rapport.

9. Onder welke condities is het mogelijk gebleken om met extramuraal zorg en ondersteuning weer thuis te gaan wonen?

10. Wat zijn de kenmerken van mensen die uitstromen in vergelijking met mensen die in de Wlz blijven?