STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 24788
15 juli
2026

Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2027

BR-REG-27137
Vastgesteld 30 juni 2026

Grondslag

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:
doelgroep:
cliënten die in een instelling verblijven met een aanspraak op gespecialiseerde zorg in verband met de ziekte van Huntington, het syndroom van Korsakov, een langdurige bewustzijnsstoornis, dementie met zeer ernstig probleemgedrag die gericht is op verbetering van het probleemgedrag, een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening, multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen of niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag zoals bedoeld in artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c, onder 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14° en 15° van de Regeling langdurige zorg (Rlz).
expertisecentrum:
een (onderdeel van een) zorgaanbieder die gespecialiseerde zorg levert waarbij sprake is van een zekere concentratie van cliënten met vergelijkbare kenmerken. Hierbij kan in de praktijk onderscheid gemaakt worden tussen Doelgroepenexpertisecentra (DEC's) en Regionale expertisecentra (REC's).
Wlz-uitvoerder:
de rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 van de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wlz, daaronder begrepen de met toepassing van artikel 4.2.4, tweede lid, van de Wlz door de Minister van VWS aangewezen uitvoerder.
zorgaanbieder:
de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, onder 1°, van de Wmg.

Artikel 2 Doel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen voor gespecialiseerde zorg in verband met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS), dementie met zeer ernstig probleemgedrag die gericht is op verbetering van het probleemgedrag (D-zep), een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening (GP+), multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen (MS+), of niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+).

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Wlz die wordt geleverd door zorgaanbieders.

Artikel 4 Prijspeil

De loon- en materiële kosten van de beleidsregelwaarden bevatten de definitieve percentages 2026 en de voorschotpercentages 2027. De NHC bevat de jaarlijkse index van 2,5% en de NIC bevat de index voor de materiële kosten.

Artikel 5 Beleidsregelwaarden voor tariefvaststelling

1. Tarieven

De NZa stelt de tarieven in een tariefbeschikking vast op de bedragen zoals vermeld in artikel 6 (beleidsregelwaarden).

De tarieven die de NZa vaststelt op basis van deze beleidsregel zijn maximumtarieven. Een maximumtarief is een tarief dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht. Bij het maken van productieafspraken kunnen de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor en de zorgaanbieder lagere tarieven afspreken.

2. Aanvaardbare kosten

De gehonoreerde productieafspraak met betrekking tot de prestaties en beleidsregelwaarden zoals vermeld in deze beleidsregel maken onderdeel uit van de aanvaardbare kosten.

3. Opbouw beleidsregelwaarden

De onderbouwing van de rekenmethode die gehanteerd wordt door de NZa om tot de intramurale beleidsregelwaarden te komen, is hieronder uiteengezet:

- De beleidsregelwaarden worden gebaseerd op de inzichten en kosten van zorgaanbieders die een expertisecentrum zijn of willen worden.
- Deze zorgaanbieders vertalen het document Toetsingskader criteria Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CElz) naar implementatieplannen waaraan de zorgverlening moet voldoen. Hierbij ontwikkelt men per doelgroep een gezamenlijke zienswijze op de te leveren zorg en houdt men rekening met wat mogelijk is.
- Vervolgens worden de belangrijkste kostendrijvers benoemd en mutaties hierop in kaart gebracht zoals:
  - Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend (vov) personeel op de groep en hun deskundigheid (alle doelgroepen);
  - De inzet van behandelpersoneel en hun deskundigheid (alle doelgroepen);
  - Inventaris en kapitaallasten.
- Loonkosten vov-personeel en behandelaren:
  - De gewenste functies (vov 1 t/m 6 en behandelaren) worden gekoppeld aan FWG- salarisschalen en periodieken. De periodieken staan doorgaans voor de ervaringsjaren van medewerkers. Het zorgpersoneel wordt niet in de hoogste trede (100%) geplaatst, maar veelal wel hoger dan 75%.
  - De te presteren tijd ten opzichte van de prestatie (voor gespecialiseerde zorg met verblijf direct en indirect cliëntgebonden tijd/bruto tijd). Als basis wordt veelal het rapport HHM Eindrapportage Onderzoek parameterwaarden Zorgzwaartepakketten – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) van oktober 2013 genomen voor wat betreft de tijdsbesteding van behandelaren en vov/DB personeel (pagina 5 t/m 8). Vervolgens wordt de afwijking in kaart gebracht waarbij rekening wordt gehouden met:
    a (extra) opleidingstijd, scholingstijd, intervisietijd van het personeel in dienst (alle doelgroepen) zodat zorgverleners vakbekwaamheid kunnen opbouwen;
    b de bijdrage van het personeel aan het becommentariëren van concept stukken/plannen van het kenniscentrum (feitelijk schrijven stukken wordt bekostigd door het kenniscentrum) en het samenwerken met hbo en academische onderzoeksorganisaties (wetenschappelijk toegepast of fundamenteel onderzoek en onderwijs verlenen is geen onderdeel van het tarief);
    c het maximale ziekteverzuim op basis van de informatie van het CBS over ziekteverzuim voor categorie 87, vv, ghz en ggz gedurende de laatste vier kwartalen;
    d enige voor- en of nazorg bij opname en ontslag van cliënten (alle doelgroepen).
  - De opslag overhead wordt gebaseerd op de Benchmark Care van Berenschot. Als uitgangspunt wordt het 1e kwartiel genomen.
  - Bij de doelgroep LBS wordt rekening gehouden bij beide prestaties met een bedrag per dag per cliënt voor het inschakelen van een mobiel expertteam omdat deze (ingehuurde) zorg via onderlinge dienstverlening wordt bekostigd.
  - Bij de doelgroep NAH+ of NAH++ wordt rekening gehouden met een bedrag per dag voor de beveiliging.
  - Bij de doelgroep MS+ worden de onderstaande componenten niet verdisconteerd in het tarief en worden op een andere wijze bekostigd:
    a De extreme kosten van geneesmiddelen en extreme kosten van zorggebonden materiaal worden bekostigd via de methodiek zoals beschreven in de Beleidsregel overige kosten Wlz.
    b De bekostiging van cliënten met MS+ die chronische ademhalingsondersteuning behoeven, vindt geheel plaats via de prestaties in de Beleidsregel prestatiebeschrijvngen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis (zzp en toeslag).
    c De complexe of aangemeten rolstoelen en andere hulpmiddelen die zijn uitgesloten van de prestatie en tariefregulering door de NZa.
- Inventaris en kapitaallasten:
  - De NHC en NIC bedragen worden overgenomen van de zzp prestaties inclusief behandeling inclusief dagbesteding. Alleen bij de DEC prestatie voor LBS wordt de NIC opgehoogd voor

specifieke voorzieningen zoals beschreven in de prestatiebeschrijving (innowalk, totosysteem etc.);
- Om dezelfde redenen als hierboven vermeld bij de loonkosten wordt in sommige gevallen afgeweken van het bezettingspercentage vermeld in de beleidsregel normatieve huisvestigingscomponent en normatieve inventariscomponent geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg;
- In de volgende tabel wordt per afzonderlijke prestatie aangegeven van welke zzp prestatie de NHC en NIC component worden overgenomen, een eventuele aanpassing van het basisbedrag en het bezettingspercentage dat bij de berekening wordt toegepast.

Doelgroep	DEC			REC		
	NHC	NIC	Bezetting %	NHC	NIC	Bezetting %
Korsakov	VV7	VV7	97	VV7	VV7	97
Huntington	VV8	VV8	97	VV8	VV8	97
LBS	VV8	VV8 + extra	85	VV8	VV8	95
GP+	VV7	VV7	97	VV7	VV7	97
D-zep	VV7	VV7	88	VV7	VV7	88
MS+	LG6	LG6	97	LG6	LG6	97
NAH+	GGZ5 wonen	GGZ5 wonen	97	LG6	LG6	97
NAH++				LG6	LG6	97

Voor de opbouw van de beleidsregelwaarden in loon, materieel, NIC en NHC wordt verwezen naar bijlage 1.

Artikel 6 Beleidsregelwaarden

De in artikel 5 beschreven beleidsregelwaarden voor tariefvaststelling zijn:

1. Zorg voor cliënten die in een expertisecentrum verblijven

Prestatie	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in DEC	EX003	€ 568,68
Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in REC	EX004	€ 545,62
Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in DEC	EX005	€ 735,00
Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in REC	EX006	€ 720,71
Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in DEC	EX007	€ 1.293,73
Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in REC	EX008	€ 865,70
Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in DEC	EX009	€ 591,14
Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in REC	EX010	€ 543,13
Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in DEC	EX011	€ 735,55
Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in REC	EX012	€ 716,35
Gespecialiseerde zorg MS+ geleverd in DEC	EX013	€ 682,97
Gespecialiseerde zorg MS+ geleverd in REC	EX014	€ 675,78
Gespecialiseerde zorg NAH+ geleverd in DEC	EX015	€ 835,28
Gespecialiseerde zorg NAH+ geleverd in REC	EX016	€ 706,31
Gespecialiseerde zorg NAH++ geleverd in REC	EX017	€ 1.302,35

2. Cliëntgebonden consultatie en advies en reistoeslag

a. Cliëntgebonden consultatie en advies

Prestatie	Prestatiecode	Totaalwaarde per uur
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door SO	CCA1	€ 320,36
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door arts VG	CCA2	€ 293,25
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door gedragswetenschapper	CCA3	€ 187,08
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door paramedicus	CCA4	€ 130,29
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door PA/VS	CCA5	€ 187,47
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door vv 5-6	CCA6	€ 124,21
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door vv 3-4	CCA7	€ 104,15
Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) door overig	CCA8	€ 416,55

b. Reistoeslag zorgverlener

Prestatie	Prestatiecode	Totaalwaarde per contact
Reiskosten prestaties consultatie en advies (CCA1 t/m CCA8)	CCAR	€ 41,50

Artikel 7 Prestatiebeschrijvingen

De NZa stelt de navolgende prestatiebeschrijvingen per doelgroep vast. Deze prestaties zijn alleen van toepassing indien is voldaan aan de voorwaarden als weergegeven in de onderstaande overzichten. Expertisecentra die nog niet voldoen aan de (scholings)vereisten van het personeel zoals gesteld in de prestatiebeschrijving krijgen tot 1 juli 2027 om hier wel aan te voldoen. Een expertisecentrum dat vóór die datum nog niet voldoet aan de (scholings)vereisten van het personeel zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving, kan de prestatie toch in rekening brengen indien zij in het bezit is van een door het zorgkantoor geaccordeerd SMART geformuleerd ontwikkelplan met betrekking tot scholing van de medewerkers. Het zorgkantoor wordt geacht bij het expertisecentrum te controleren dat zij toewerkt naar het voldoen aan de (scholings)vereisten van de prestatiebeschrijving per 1 juli 2027. Van het zorgkantoor wordt tevens verwacht dat afspraken worden gemaakt met het expertisecentrum over de eventuele gevolgen van het niet op niveau zijn per 1 juli 2027, zoals het vanaf die datum omzetten van declaraties naar andere prestaties waar wel aan wordt voldaan, bijvoorbeeld zzp's in combinatie met meerzorg. Het zorgkantoor dient te toetsen dat het expertisecentrum op 1 juli 2027 volledig voldoet aan alle (scholings)vereisten van de prestatiebeschrijving. Het is een expertisecentrum dat op 1 juli 2027 niet volledig voldoet aan de prestatiebeschrijving niet (langer) toegestaan de prestaties voor gespecialiseerde zorg in rekening te brengen.

1. Syndroom van Korsakov

a. Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in DEC (EX003)
Grondslag en doelgroep Cliënten met het syndroom van Korsakov en een Wlz-indicatiebesluit. De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel vv5, vv7, ggz4 of ggz5. Daarbij is sprake van ernstige regieproblematiek en co-morbiditeit op neuropsychiatrisch en/of somatisch gebied. De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen: – De cliënten hebben op grond van de chronische aandoening syndroom van Korsakov intensieve begeleiding en behandeling nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving; – De cliënten functioneren sociaal nauwelijks zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoeftig, vanwege de combinatie van ernstige neuro-psychiatrische, cognitieve en intersociale stoornissen. Ook is er vaak sprake van comorbiditeit op het gebied van somatische aandoeningen zoals carcinomen, hart/vaat problemen en ernstige COPD; – Daarvoor hebben zij ten aanzien van hun sociale redzaamheid volledige en intensieve begeleiding nodig en is overname van taken is noodzakelijk. Er bestaat een sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. De begeleiding is zowel individueel als groepsgericht; – Er is een sterke beperking op uitvoerend functioneren (organisatie en planningsvermogen) in combinatie met een zeer beperkt inlevingsvermogen (sociale cognitie is zeer beperkt) waardoor zelfstandig sociaal contact gestoord verloopt wat kan leiden tot agressiviteit in sociaal contact; – De cliënten hebben ten aanzien van de psychosociale/cognitieve functies continu hulp, toezicht, sturing en begeleiding nodig, omdat er sprake is van meerdere beperkingen tegelijk; – De cliënten hebben ten aanzien van ADL intensieve begeleiding nodig waarbij er vanuit de cliënt niet kan worden aangeven welke ADL ondersteuningsbehoefte, door een ernstige beperking van het zelfinzicht en zelfoverschatting in combinatie met fantastische confabulatie met amnesie. Door de veel voorkomende combinatie met ernstige lichamelijke aandoeningen kan ADL ook waar nodig geheel of gedeeltelijk overgenomen moeten worden; – De cliënten hebben ten aanzien van mobiliteit binnenshuis hulp en/of ondersteuning nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is een begeleider nodig). Dit door de sterk gestoorde oriëntatie en navigatie in plaats (en tijd); – Verpleging is nodig op het gebied van observatie, signalering en verzorging ten gevolge van de somatische en ook sociale en gedragsstoornissen. Hierop worden in afstemming met het multidisciplinaire team de noodzakelijke verpleegkundige interventies uitgevoerd. De cliënten vragen van de verpleging continu grote alertheid omdat het actief inroepen van hulp en het adequaat reageren op bijvoorbeeld pijnprikkels niet normaal verloopt. Ook is er bij deze cliënten sprake van verschillende vormen van intensieve gedragsproblematiek, waardoor in situaties continu hulp, toezicht of sturing nodig is. Het corrigeren en activeren van gedrag is moeilijk doordat cliënten niet of een zeer beperkt inzicht hebben in de eigen beperkingen en ziekte/aandoening. Cliënten hebben geen of weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen. Ze kunnen daardoor in een groep niet sociaal en onvoorspelbaar gedrag vertonen. Opname in een DEC wordt vastgesteld door leden van het multidisciplinaire gespecialiseerd kernteam. Hierbij zal de SO in het zorgdossier verklaren dat de specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg.

Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in DEC (EX003)

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De vov inzet per week per cliënt is gemiddeld circa 29,2 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld circa:
• niveau 1: 5%;
• niveau 2: 14%;
• niveau 3: 57%;
• niveau 4: 10%;
• niveau 5: 11%;
• overig personeel: 3%;
– De inzet van behandelaren is per week gemiddeld circa 2,8 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• paramedisch personeel: 67%;
• GZ-psycholoog: 18%;
• specialist ouderengeneeskunde: 15%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 80 plaatsen, 97–100% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

b. Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in REC (EX004)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met het syndroom van Korsakov en een Wlz-indicatiebesluit.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel vv5, vv7, ggz4 of ggz5. Daarbij is sprake van ernstige regieproblematiek en co-morbiditeit op neuropsychiatrisch en/of somatisch gebied.
De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in het profiel behorende bij vv5, vv7, ggz4 of ggz5:
– De cliënten hebben op grond van de chronische aandoening syndroom van Korsakov intensieve begeleiding en behandeling nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving;
– De cliënten functioneren sociaal nauwelijks zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoeftig, vanwege de combinatie van ernstige neuro-psychiatrische, cognitieve en intersociale stoornissen. Ook is er vaak sprake van comorbiditeit op het gebied van somatische aandoeningen zoals carcinomen, hart/vaat problemen en ernstige COPD;
– Daarvoor hebben zij ten aanzien van hun sociale redzaamheid volledige en intensieve begeleiding nodig en is overname van taken is noodzakelijk. Er bestaat een sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. De begeleiding is zowel individueel als groepsgericht;
– Er is een sterke beperking op uitvoerend functioneren (organisatie en planningsvermogen) in combinatie met een zeer beperkt inlevingsvermogen (sociale cognitie is zeer beperkt) waardoor zelfstandig sociaal contact gestoord verloopt, wat kan leiden tot agressiviteit in sociaal contact;
– De cliënten hebben ten aanzien van de psychosociale/cognitieve functies continu hulp, toezicht, sturing en begeleiding nodig, omdat er sprake is van meerdere beperkingen tegelijk;
– De cliënten hebben ten aanzien van ADL intensieve begeleiding nodig waarbij er vanuit de cliënt niet kan worden aangeven welke ADL ondersteuningsbehoefte, door een ernstige beperking van het zelfinzicht en zelfoverschatting in combinatie met fantastische confabulatie met amnesie. Door de veel voorkomende combinatie met ernstige lichamelijke aandoeningen kan ADL ook waar nodig geheel of gedeeltelijk overgenomen moeten worden;
– De cliënten hebben ten aanzien van mobiliteit binnenshuis hulp en/of ondersteuning nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is een begeleider nodig). Dit door de sterk gestoorde oriëntatie en navigatie in plaats (en tijd);
– Verpleging is nodig op het gebied van observatie, signalering en verzorging ten gevolge van de somatische en ook sociale en gedragsstoornissen. Hierop worden in afstemming met het multidisciplinaire team de noodzakelijke verpleegkundige interventies uitgevoerd. De cliënten vragen van de verpleging continu grote alertheid omdat het actief inroepen van hulp en het adequaat reageren op bijvoorbeeld pijnprikkels niet normaal verloopt. Ook is er bij deze cliënten sprake van verschillende vormen van intensieve gedragsproblematiek, waardoor in situaties continu hulp, toezicht of sturing nodig is. Het corrigeren en activeren van gedrag is moeilijk doordat cliënten niet of een zeer beperkt inzicht hebben in de eigen beperkingen en ziekte/aandoening. Cliënten hebben geen of weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen Ze kunnen daardoor in een groep niet sociaal en onvoorspelbaar gedrag vertonen.
Opname in een REC wordt vastgesteld door leden van het multidisciplinaire gespecialiseerd kernteam. Hierbij zal de specialist ouderengeneeskunde in het zorgdossier verklaren dat de specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg.

Gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov geleverd in REC (EX004)

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De vov inzet per week per cliënt is gemiddeld circa 27,1 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld circa:
• niveau 1: 5%;
• niveau 2: 17%;
• niveau 3: 58%;
• niveau 4: 12%;
• niveau 5: 4%;
• overig personeel: 4%;
– De inzet van behandelaren is per cliënt per week gemiddeld circa 2,7 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• paramedisch personeel: 64%;
• GZ-psycholoog: 19%;
• specialist ouderengeneeskunde: 17%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 40 plaatsen, 97–100% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

2. Huntington

a. Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in DEC (EX005)

Grondslag en doelgroep
Cliënten waarbij de ziekte van Huntington is gediagnosticeerd en die beschikken over een Wlz-indicatiebesluit. De diagnose ziekte van Huntington is vastgesteld door een neuroloog of op basis van een genetische diagnose door een klinisch geneticus.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (vv8).
Opname van een cliënt in een instelling die verblijf en behandeling biedt is aan de orde indien:
– De klinische manifestatie van de ziekte de cliënt belemmert in zelfzorg, het zelfstandig organiseren van de dag of er is sprake van het ontwikkelen van andere gezondheidsrisico's (op lichamelijke en psychiatrisch gebied);
– De klinische manifestatie van de ziekte een gezonde gezinsdynamiek onderdrukt en de ondersteuning van het systeem ontoereikend is om cliënt te ondersteunen op het gebied van zelfzorg, dagbesteding, het voorkomen van andere gezondheidsrisico's of het voorkomen van een verstoorde gezinsdynamiek (ontwikkeling kind);
– Opname is aan de orde als thuisbehandeling, begeleiding en/of zorg niet meer mogelijk is door een achteruitgang die door mantelzorgers niet opgevangen kan worden (ook uitputting van mantelzorgers of uitval van de mantelzorger kan de reden zijn).
Ook kan de ziekte plots verergeren waardoor thuis de behandeling, begeleiding en zorg niet meer lukt. Dit kan bijvoorbeeld een val zijn met ernstig letsel of een psychose of depressie. Voor dergelijke problematiek kan behandeling nodig zijn om weer tot een vorm van herstel te komen. Vaak levert de patiënt zoveel functies in door de plotseling verandering dat terugkeer naar huis zeer moeizaam is.
Opname in een DEC wordt vastgesteld door leden van het multidisciplinaire gespecialiseerd kernteam Huntington. Een cliënt, waarbij een noodzaak is tot afzondering vanwege verbale en handelende agressie kan bijna altijd behandeld, begeleid en verzorgd worden in een DEC, maar niet (exclusiecriteria):
– indien 24-uurs afzondering noodzakelijk is om een veilige woon- en werkomgeving te creëren, dan wel een continue 2-op-1 begeleiding in verband met ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek; of
– indien ernstige verslavingsproblematiek waarbij niet de ziekte van Huntington, maar de verslaving en de daaruit voortvloeiende problematiek op de voorgrond staat.

Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in DEC (EX005)

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde intensieve zorg en behandeling en het bieden van de last resort functie aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De vov inzet per week per cliënt is gemiddeld circa 33,5 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld circa:
• niveau 1: 0%;
• niveau 2: 18%;
• niveau 3: 43%;
• niveau 4: 34%;
• niveau 5 en 6: 5%;
– De gemiddelde inzet van behandelaren is per week per cliënt circa 5 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraag gemiddeld circa:
• paramedisch personeel: 52%;
• specialist ouderengeneeskunde: 29%;
• GZ-psycholoog: 14%;
• overig personeel 5%;
– De last resort functie brengt met zich mee dat voor de cliënten waarbij geen doorverwijzing mogelijk is er meer aandacht is voor de gedragscomponent en de personele inzet enigszins hoger is;
– De aanbieder werkt intensief (meer dan REC) samen met het kenniscentrum, hbo en academische organisaties op het vlak van onderwijs, onderzoek en kennis delen;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 40 plaatsen, bezetting 97–100%) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

b. Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in REC (EX006)

Grondslag en doelgroep
Cliënten waarbij de ziekte van Huntington is gediagnosticeerd en beschikken over een Wlz-indicatiebesluit. De diagnose ziekte van Huntington is vastgesteld door een neuroloog of op basis van een genetische diagnose door een klinisch geneticus.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (vv8).
Opname van een cliënt in een instelling die verblijf en behandeling biedt is aan de orde indien:
– De klinische manifestatie van de ziekte de cliënt belemmert in zelfzorg, het zelfstandig organiseren van de dag of er is sprake van het ontwikkelen van andere gezondheidsrisico's (op lichamelijke en psychiatrisch gebied);
– De klinische manifestatie van de ziekte een gezonde gezinsdynamiek onderdrukt en de ondersteuning van het systeem ontoereikend is om cliënt te ondersteunen op het gebied van zelfzorg, dagbesteding, het voorkomen van andere gezondheidsrisico's of het voorkomen van een verstoorde gezinsdynamiek (ontwikkeling kind);
– Opname is aan de orde als thuisbehandeling, begeleiding en/of zorg niet meer mogelijk is door een achteruitgang die door mantelzorgers niet opgevangen kan worden (ook uitputting van mantelzorgers of uitval van de mantelzorger kan de reden zijn).
Ook kan de ziekte plots verergeren waardoor thuis de behandeling, begeleiding en zorg niet meer lukt. Dit kan bijvoorbeeld een val zijn met ernstig letsel of een psychose of depressie. Voor dergelijke problematiek kan behandeling nodig zijn om weer tot een vorm van herstel te komen. Vaak levert de cliënt zoveel functies in door de plotselinge verandering dat terugkeer naar huis zeer moeizaam is.
Opname in een REC wordt vastgesteld door leden van het multidisciplinaire gespecialiseerd kernteam Huntington. Een cliënt, waarbij een noodzaak is tot afzondering vanwege verbale en handelende agressie kan bijna altijd behandeld, begeleid en verzorgd worden in een REC, maar niet (exclusiecriteria):
– indien 24-uurs afzondering noodzakelijk is om een veilige woon- en werkomgeving te creëren, dan wel een continue 2-op-1 begeleiding in verband met ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek; of
– indien ernstige verslavingsproblematiek waarbij niet de ziekte van Huntington, maar de verslaving en de daaruit voortvloeiende problematiek op de voorgrond staat.

Gespecialiseerde zorg Huntington geleverd in REC (EX006)

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde intensieve zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De vov inzet per week per cliënt is gemiddeld circa 33,5 direct en indirect cliëntgebonden uren;
• De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld circa:
• niveau 2: 18%;
• niveau 3: 43%;
• niveau 4: 34%;
niveau 5 en 6: 5%;
– De inzet van behandelaren is per cliënt per week gemiddeld circa 5 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• specialist ouderengeneeskunde: 29%;
• GZ-psycholoog: 14%;
• paramedisch personeel: 52%;
overig personeel: 5%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroepspecifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorgaanbieder werkt samen met het kenniscentrum, hbo en academische organisaties op het vlak van onderwijs, onderzoek en kennis delen;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 10 plaatsen, bezetting 97–100%) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

3. LBS

a. Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in DEC (EX007)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met een langdurige bewustzijnsstoornis en een Wlz-indicatiebesluit.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (vv8).
LBS is onder te verdelen in twee diagnostische entiteiten:
1 Niet-responsief Waaksyndroom (NWS);
2 Minimaal bewuste toestand (ook in de Nederlandstalige literatuur doorgaans afgekort als MCS, Minimally Conscious State).
Ad 1: Cliënten in NWS openen spontaan hun ogen en ademen zelfstandig. Ze bewegen, maken soms geluid en zijn wel wakker maar niet bewust ('awake but not aware'). Hun gedrag is echter puur reflexmatig: strekreacties op harde geluiden, grijpreflexen, smakken en knarsetanden, en een starende blik. De diagnostische criteria van NWS zijn als volgt (Multisociety Task Force on PVS, 1994):
– Aanwezigheid van gedragsmatig slaap-waakritme;
– Geen tekenen van zelfbewustzijn of besef van de omgeving;
– Uitsluitend reflexmatige reacties op stimuli;
– Geen tekenen van interactie met de omgeving of taalbegrip;
– (Deels) intacte autonome functies;
– Incontinentie voor urine en faeces.
Ad 2: Bij cliënten in MCS wordt gedrag gezien dat onderscheiden kan worden van reflexen. In deze toestand zijn er minimale, maar duidelijke tekenen van zelfbewustzijn en/of bewustzijn van de omgeving aanwezig, zoals het met de ogen volgen van een visuele stimulus, lokaliseren van een pijnprikkel, en soms zelfs bewijs van taalbegrip. Volgens de internationaal geldende diagnostische criteria is er sprake van MCS als er sprake is van één of meer van de volgende criteria (Giacino et al 2002):
– Het opvolgen van simpele opdrachten;
– Reacties met ja of nee op vragen, in vorm van gebaren of woorden (ongeacht hun nauwkeurigheid);
– Verstaanbare verbale expressie;
– Doelgericht gedrag, zoals het tonen van emoties, vocaliseren; reiken naar voorwerpen passend bij de vorm en afstand van het object en het volgen en fixeren met de ogen.
NWS en MCS dienen te worden vastgesteld met behulp van een specifieke gedragsobservatieschaal, de Coma Recovery Scale-revised (CRS-R).
Langdurige intensieve neurorevalidatie (LIN) wordt geboden aan cliënten die na vroege intensieve neurorevalidatie (VIN, aangeboden door een revalidatiecentrum) nog niet bij bewustzijn zijn.

Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in DEC (EX007)

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van intensieve behandeling en langdurige intensieve neurorevalidatie aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 63 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 0%;
• niveau 2: 9%;
• niveau 3: 31%;
• niveau 4: 55%;
• niveau5: 5%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 22,4 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• fysiotherapeut: 19%;
• ergotherapeut: 18%;
• logopedist: 18%;
• specialist ouderengeneeskunde: 14%;
• muziektherapeut: 7%;
• welzijnswerkers: 7%;
• overige behandelaren: 17%;
– Voorzien is in de inzet van een mobiel expertteam LBS, bijvoorbeeld ten behoeve van de poortwachtersfunctie en bij medisch ethische vraagstukken;
– Specifieke voorzieningen zoals bijvoorbeeld oogbesturingscomputers, innowalk, totosysteem, myrosysteem zijn aanwezig;
– De prestatie langdurige intensieve neurorevalidatie duurt tot maximaal 2 jaar na het ontstaan van het hersenletsel, zolang een cliënt zich blijft herstellen;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 4 plaatsen, 85% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

b. Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in REC (EX008)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met een langdurige bewustzijnsstoornis en een Wlz-indicatiebesluit.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (vv8) of Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (lg7).
LBS is onder te verdelen in twee diagnostische entiteiten:
1 Niet-responsief Waaksyndroom (NWS)
2 Minimaal bewuste toestand (ook in de Nederlandstalige literatuur doorgaans afgekort als MCS, Minimally Conscious State).
Ad 1: Cliënten in NWS openen spontaan hun ogen en ademen zelfstandig. Ze bewegen, maken soms geluid en zijn wel wakker maar niet bewust ('awake but not aware'). Hun gedrag is echter puur reflexmatig: strekreacties op harde geluiden, grijpreflexen, smakken en knarsetanden, en een starende blik. De diagnostische criteria van NWS zijn als volgt (Multisociety Task Force on PVS, 1994):
– Aanwezigheid van gedragsmatig slaap-waakritme;
– Geen tekenen van zelfbewustzijn of besef van de omgeving;
– Uitsluitend reflexmatige reacties op stimuli;
– Geen tekenen van interactie met de omgeving of taalbegrip;
– (Deels) intacte autonome functies;
– Incontinentie voor urine en faeces.
Ad 2: Bij cliënten in MCS wordt gedrag gezien dat onderscheiden kan worden van reflexen. In deze toestand zijn er minimale, maar duidelijke tekenen van zelfbewustzijn en/of bewustzijn van de omgeving aanwezig, zoals het met de ogen volgen van een visuele stimulus, lokaliseren van een pijnprikkel, en soms zelfs bewijs van taalbegrip. Volgens de internationaal geldende diagnostische criteria is er sprake van MCS als er sprake is van één of meer van de volgende criteria (Giacino et al 2002):
– Het opvolgen van simpele opdrachten;
– Reacties met ja of nee op vragen, in vorm van gebaren of woorden (ongeacht hun nauwkeurigheid);
– Verstaanbare verbale expressie;
– Doelgericht gedrag, zoals het tonen van emoties, vocaliseren; reiken naar voorwerpen passend bij de vorm en afstand van het object en het volgen en fixeren met de ogen.
NWS en MCS dienen te worden vastgesteld met behulp van een specifieke gedragsobservatieschaal, de Coma Recovery Scale-revised (CRS-R). Doorgaans betreft het cliënten waarbij eerst een Vroeg Intensief Neurorevalidatietraject (VIN) en Langdurig Intensief Neurorevalidatie (LIN) traject heeft plaatsgevonden.

Gespecialiseerde zorg LBS geleverd in REC (EX008)

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de clënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De vov inzet per week per cliënt is gemiddeld circa 63 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld circa:
• niveau 1: 0%;
• niveau 2: 9%;
• niveau 3: 31%;
• niveau 4: 55%;
• niveau 5: 5%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 5,6 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• fysiotherapeut: 19%;
• ergotherapeut: 18%;
• logopedist: 18%;
• specialist ouderengeneeskunde: 14%;
• muziektherapeut: 7%;
• welzijnswerker: 7%;
• overige behandelaren: 17%;
– Voorzien is in de inzet van een mobiel expertteam LBS bijvoorbeeld t.b.v. bijvoorbeeld de poortwachtersfunctie en bij medisch ethische vraagstukken;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 2 plaatsen, 95% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

4. GP+

a. Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in DEC (EX009)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening en een Wlz-indicatiebesluit.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op een zorgprofiel van de sector VV of van de sector GGZ-wonen.
De zorg wordt geboden aan de cliënt:
– Waarbij de gerontopsychiatrische aandoening chronisch is;
– Waarbij tevens sprake is van daaruit voortvloeiende ernstige psychiatrisch gerelateerde gedragsproblemen;
– Waarbij tevens sprake is van chronische lichamelijke gezondheidsproblemen;
– Waarbij tevens sprake is van problemen op ten minste één van de volgende drie domeinen:
• cognitie;
• (i)ADL en/of;
• sociaal functioneren;
– Waarbij de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat en interacteert met de andere voorgenoemde problemen;
– Waarbij sprake is van een beperkt ziekte-inzicht en sprake is van regieverlies;
– Waarbij een langdurig beroep op intramurale zorg met een specifiek sociotherapeutisch leefklimaat noodzakelijk is om ernstige ontsporingen te voorkomen;
– Die geen actieve verslavingsproblematiek vertoont die de andere problemen kan overheersen en de psychiatrische ontregeling niet dermate ernstig of gevaarlijk voor het leefmilieu dat intensieve ggz-zorg geïndiceerd is.
Om voor opname in aanmerking te komen dient de psychiatrische aandoening door een specialist ouderengeneeskunde of psychiater gediagnosticeerd of bevestigd te zijn. Door een multidisciplinair team is vastgesteld dat naast de psychiatrische aandoening tevens sprake is van chronische lichamelijke gezondheidsproblemen en gedragsproblemen in combinatie met problemen op cognitie, (i)ADL of sociaal functioneren. De specialist ouderengeneeskunde of psychiater zal in het zorgdossier verklaren dat de hiervoor beschreven cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg.

Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in DEC (EX009)

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep. Het gaat om de levering van geïntegreerde zorg in een voor de doelgroep specifiek therapeutisch klimaat. Verblijf op een gespecialiseerde GP+ afdeling met een gespecialiseerd team is noodzakelijk om disbalans te vermijden.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 30 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 5%;
• niveau 2: 13%;
• niveau 3: 59%;
• niveau 4: 15%;
• niveau 5: 4%;
• overig: 4%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 2,6 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• paramedisch: 62%;
• GZ-psycholoog: 28%;
• specialist ouderengeneeskunde: 10%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 60 plaatsen, 97–100% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties;
– De last resortfunctie van een DEC vraagt om stepped care aanpak met daarbij een andere inzet en expertise van alle betrokken disciplines en randvoorwaardelijkheden. Om de goede zorg te kunnen bieden is structurele, hoogfrequente afstemming nodig tussen de DEC's, de RECs en DECs, ketenpartners en binnen de eigen organisaties. Deze afstemming is nodig op alle niveaus van de organisaties en vraagt om extra multidisciplinaire capaciteit.

b. Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in REC (EX0010)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening en een Wlz-indicatiebesluit.
De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op een zorgprofiel van de sector Verpleging en verzorging of van de sector GGZ-wonen.
De zorg wordt geboden aan de client:
– Waarbij de gerontopsychiatrische aandoening chronisch is;
– Waarbij tevens sprake is van daaruit voortvloeiende ernstige psychiatrisch gerelateerde gedragsproblemen;
– Waarbij tevens sprake is van chronische lichamelijke gezondheidsproblemen;
– Waarbij tevens sprake is van problemen op ten minste één van de volgende drie domeinen:
• cognitie;
• (i)ADL en/of;
• sociaal functioneren;
– Waarbij de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat en interacteert met de andere voorgenoemde problemen;
– Waarbij sprake is van een beperkt ziekte-inzicht en sprake is van regieverlies;
– Waarbij een langdurig beroep op intramurale zorg met een specifiek sociotherapeutisch leefklimaat noodzakelijk is om ernstige ontsporingen te voorkomen;
– Die geen actieve verslavingsproblematiek vertoont die de andere problemen kan overheersen en de psychiatrische ontregeling niet dermate ernstig of gevaarlijk voor het leefmilieu dat intensieve ggz-zorg geïndiceerd is.
Om voor opname in aanmerking te komen dient de psychiatrische aandoening door een specialist ouderengeneeskunde of psychiater gediagnosticeerd of bevestigd te zijn. Door een multidisciplinair team is vastgesteld dat naast de psychiatrische aandoening tevens sprake is van chronische lichamelijke gezondheidsproblemen en gedragsproblemen in combinatie met problemen op cognitie, (i)ADL of sociaal functioneren. De specialist ouderengeneeskunde of psychiater zal in het zorgdossier verklaren dat de hiervoor beschreven cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg.

Gespecialiseerde zorg GP+ geleverd in REC (EX0010)

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep. Het gaat om de levering van geïntegreerde zorg in een voor de doelgroep specifiek therapeutisch klimaat. Verblijf op een gespecialiseerde GP+ afdeling met een gespecialiseerd team is noodzakelijk om disbalans te vermijden.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 27 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 8%;
• niveau 2: 16%;
• niveau 3: 56%;
• niveau 4: 12%;
• niveau 5: 5%;
• overig: 3%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 2,6 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• paramedisch: 65%;
• GZ-psycholoog: 19%;
• specialist ouderengeneeskunde: 16%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 30 plaatsen, 97–100% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

5. D-zep

a. Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in een DEC (EX011)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met dementie en zeer ernstig probleemgedrag en een Wlz-indicatiebesluit. De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV 7 met gespecialiseerde intensieve zorg waarbij de nadruk op behandeling en begeleiding ligt.
Cliënten zijn door een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater verbonden aan het DEC gediagnosticeerd met dementie én is er sprake van een gedragsstoornis die zich uit in zeer ernstig en frequent of langdurig probleemgedrag dat niet verklaard wordt door een andere aandoening. Het probleemgedrag vormt een direct gevaar voor de veiligheid van de cliënt of zijn omgeving.
De zorg en behandeling wordt geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. Tijdelijk intensieve gespecialiseerde behandeling en benadering in een in de doelgroep gespecialiseerde behandelsetting is noodzakelijk om de gedragsstoornis te behandelen, waarna verblijf en behandeling in een niet in D-zep gespecialiseerde Wlz-instelling kan plaatsvinden.
De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in het hierboven genoemde profiel VV7:
– Cliënten hebben veelal een overgevoeligheid voor prikkels: zij hebben behoefte aan optimale individuele prikkelregulering in een veilige en voorspelbare omgeving;
– Er is vaak sprake van bijkomende psychopathologie;
– De cliënt is zelf niet in staat zijn gedrag te reguleren en heeft hiervoor volledige en intensieve begeleiding nodig, met een sterke behoefte aan structuur en voorspelbaarheid. De begeleiding is primair individueel gericht. Naarmate het probleemgedrag vermindert, kan de begeleiding meer groepsgericht worden, ter voorbereiding op terug- of overplaatsing naar een passende niet in D-zep gespecialiseerde plaats waar verblijf en behandeling wordt geboden;
– De cliënten hebben ten aanzien van ADL intensieve begeleiding nodig door de combinatie van dementie met het zeer ernstige probleemgedrag. Waar nodig kan ADL geheel of gedeeltelijk overgenomen moeten worden;
– De cliënten hebben ten aanzien van mobiliteit intramuraal hulp en/of ondersteuning nodig. Van mobiliteit buitenshuis is meestal geen sprake vanwege de overgevoeligheid voor prikkels en de grote behoefte aan voorspelbaarheid en structuur, factoren die in de buitenwereld onvoldoende te reguleren zijn;
– Tijdelijke intensieve gespecialiseerde behandeling en benadering door een multidisciplinair D-zep behandelteam is noodzakelijk om de multiproblematiek grondig in kaart te brengen en een individueel signalerings-, benaderings- en behandelplan op te kunnen opstellen. Dit vraagt om specifieke medische en gedragswetenschappelijke expertise. Verpleging is nodig op het gebied van observatie, signalering en begeleiding en verzorging ten gevolge van de cognitieve stoornis en de gedragsstoornis. In zeer nauwe afstemming met het multidisciplinaire team worden de noodzakelijke verpleegkundige interventies uitgevoerd. De cliënten vragen van de verpleging continu toezicht en grote alertheid om in een vroeg stadium te signaleren dat de spanning bij de cliënt oploopt en deze te kunnen de-escaleren, met toepassing van het benaderingsplan.
Opname in een DEC wordt vastgesteld door leden van het multidisciplinaire gespecialiseerd kernbehandelteam. Hierbij zal de specialist ouderengeneeskunde in het zorgdossier verklaren dat de hierboven beschreven specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg.

Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in een DEC (EX011)

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep. Hierbij wordt de problematiek in kaart gebracht. Dit resultereert in een signalerings-, benaderings- en behandelplan zodat het probleemgedrag stabiliseert en verbetert.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 42 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 2%;
• niveau 2: 17%;
• niveau 3: 31%;
• niveau 4: 31%;
• niveau 5&6: 11%;
• overig: 8%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 3,6 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• specialist ouderengeneeskunde, psychiater en geriater: 38%;
• gedragswetenschapper, (GZ-)psycholoog: 29%;
• paramedisch personeel: 24%;
• overig (bijvoorbeeld vaktherapeut, maatschappelijk werk, verpleegkundig specialist): 9%;
– De prestatie duurt tot maximaal 1 jaar na opname in een expertisecentrum, zolang een persoon zich blijft herstellen/verbeteren;
– Minimaal 80% van de zorgmedewerkers (exclusief leerlingen/instroom) beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het tijdelijk verblijf, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg en behandeling omvatten tevens voorzorg en nazorg bij opname en ontslag van cliënten. Hierbij vindt kennisoverdracht plaats over de benadering van de D-zep cliënt: het team in de Wlz-verblijfsetting met behandeling krijgt concrete handvatten om het behandel, signalerings- en benaderingsplan voort te zetten. Doel van deze overdracht is het voorkomen van een terugval in de gedragsstoornis en het vergroten van kennis en deskundigheid bij reguliere Wlz-woonsetting met behandeling;
– De zorg en behandeling worden geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 18 bedden 88% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties;
– Het DEC heeft een gespecialiseerde landelijke last resortfunctie. D-zep cliënten die opgenomen zijn in een DEC vanuit haar last resortfunctie hebben een verhoogde complexiteit van het probleemgedrag die vraagt om een gespecialiseerd multidisciplinair behandelteam dat ten opzichte van een REC is uitgebreid met een ouderenpsychiater met veel kennis van en ervaring met cliënten met D-zep. Daarbij heeft het verplegend personeel ten opzichte van een REC meer kennis en een groter aantal ervaringsjaren nodig om het probleemgedrag te kunnen stabiliseren en verbeteren;
– Door haar landelijke rol in D-zep onderzoeken, beschikt het DEC over de nieuwste inzichten in behandeling en zorg van D-zep cliënten en draagt deze over aan de REC's, zodat zij nog beter toegerust raken om te werken aan stabilisatie en verbetering van het probleemgedrag bij D-zep cliënten.

b. Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg D-zep geleverd in een REC (EX012)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met dementie en zeer ernstig probleemgedrag en een Wlz-indicatiebesluit. De cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV 7 met gespecialiseerde intensieve zorg waarbij de nadruk op behandeling en begeleiding ligt.
Cliënten zijn door een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater verbonden aan het REC gediagnosticeerd met dementie én is er sprake van een gedragsstoornis die zich uit in zeer ernstig en frequent of langdurig probleemgedrag dat niet verklaard wordt door een andere aandoening. Het probleemgedrag vormt een direct gevaar voor de veiligheid van de cliënt of zijn omgeving.
De zorg en behandeling worden geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. Tijdelijk intensieve gespecialiseerde behandeling en benadering in een in de doelgroep gespecialiseerde behandelsetting zijn noodzakelijk om de gedragsstoornis te behandelen, waarna verblijf en behandeling binnen een niet in D-zep gespecialiseerde Wlz-instelling kan plaatsvinden.
De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen:
– Cliënten hebben veelal een overgevoeligheid voor prikkels: zij hebben behoefte aan optimale individuele prikkelregulering in een veilige en voorspelbare omgeving;
– Er is vaak sprake van bijkomende psychopathologie;
– De cliënt is zelf niet in staat zijn gedrag te reguleren en heeft hiervoor volledige en intensieve begeleiding nodig, met een sterke behoefte aan structuur en voorspelbaarheid. De begeleiding is primair individueel gericht. Naarmate het probleemgedrag vermindert, kan de begeleiding meer groepsgericht worden, ter voorbereiding op terug- of overplaatsing naar een passende niet in D-zep gespecialiseerde plaats waar verblijf en behandeling wordt geboden;
– De cliënten hebben ten aanzien van ADL intensieve begeleiding nodig door de combinatie van dementie met het zeer ernstige probleemgedrag. Waar nodig kan ADL geheel of gedeeltelijk overgenomen moeten worden;
– De cliënten hebben ten aanzien van mobiliteit intramuraal hulp en/of ondersteuning nodig. Van mobiliteit buitenshuis is meestal geen sprake vanwege de overgevoeligheid voor prikkels en de grote behoefte aan voorspelbaarheid en structuur, factoren die in de buitenwereld onvoldoende te reguleren zijn;
– Tijdelijke intensieve gespecialiseerde behandeling en benadering door een multidisciplinair D-zep behandelteam is noodzakelijk om de multiproblematiek grondig in kaart te brengen en een individueel signalerings-, benaderings- en behandelplan op te kunnen stellen;
– Dit vraagt om specifieke medische en gedragswetenschappelijke expertise. Verpleging is nodig op het gebied van observatie, signalering en begeleiding en verzorging ten gevolge van de cognitieve stoornis en de gedragsstoornis. In zeer nauwe afstemming met het multidisciplinaire team worden de noodzakelijke verpleegkundige interventies uitgevoerd. De cliënten vragen van de verpleging continu toezicht en grote alertheid om in een vroeg stadium te signaleren dat de spanning bij de cliënt oploopt en deze te kunnen de-escaleren, met toepassing van het benaderingsplan.
Opname in een REC wordt vastgesteld door leden van het multidisciplinaire gespecialiseerd kernbehandelteam. Hierbij zal de specialist ouderengeneeskunde in het zorgdossier verklaren dat de specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg.

Prestatie en voorwaarden
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerd zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep. Hierbij wordt de problematiek in kaart gebracht. Dit resulteert in een signalerings-, benaderings- en behandelplan zodat het probleemgedrag stabiliseert en verbetert.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De vov inzet per week per cliënt is gemiddeld circa 42 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld circa:
• niveau 1: 2%;
• niveau 2: 17%;
• niveau 3: 31%;
• niveau 4: 31%;
• niveau 5&6: 11%;
• overig: 8%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 3,6 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• specialist ouderengeneeskunde, psychiater en geriater: 38%;
• gedragswetenschapper, (GZ-)psycholoog: 29%;
• paramedisch personeel: 24%;
• overig (bijvoorbeeld vaktherapeut, maatschappelijk werk, verpleegkundig specialist): 9%;
– Minimaal 80% van de zorgmedewerkers (exclusief leerlingen/instroom) beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
Het tijdelijk verblijf, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, kleding, tandarts) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg en behandeling omvatten tevens voorzorg en nazorg bij opname en ontslag van cliënten. Hierbij vindt kennisoverdracht plaats over de benadering van de D-zep cliënt waarbij het team in de niet gespecialiseerde verblijfsetting concrete handvatten krijgt om het behandel-, signalerings- en benaderingsplan voort te zetten. Doel van deze overdracht is het voorkomen van een terugval in de gedragsstoornis en het vergroten van kennis en deskundigheid bij de reguliere Wlz-woonsetting met behandeling;
– De zorg en behandeling worden geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 8 bedden, 88% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties;
– De prestatie duurt tot maximaal 1 jaar na opname in een expertisecentrum, zolang een persoon zich blijft herstellen/verbeteren.

6. MS+

a. Gespecialiseerde zorg MS+ geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg in verband met multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen waarbij sprake is van verblijf in een DEC (EX013)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met de diagnose Multiple Sclerose (MS) en een Wlz-indicatiebesluit.
Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), of LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7).
De doelgroep bestaat uit mensen met Multiple Sclerose waarbij aan alle volgende voorwaarden moet zijn voldaan:
– De cliënt is door een neuroloog gediagnostiseerd met MS;
– De cliënt lijdt aan ernstige motorische beperkingen gekwantificeerd door een score van ≥7.0 op de Expanded Disability Status Scale (EDSS). Voor de mobiliteit is (volledige) ondersteuning, zowel binnenshuis als buitenshuis, noodzakelijk. Ook is de cliënt afhankelijk van een – vaak complexe – (elektrische) rolstoel of is de cliënt aan bed gebonden en voor transfers afhankelijk van tilliften;
– Door neuropsychologisch onderzoek zijn bij de cliënt cognitieve beperkingen vastgesteld, waarbij sprake kan zijn van verlies aan sociaal inzicht of beperkingen van het ziekte-inzicht. Deze beperkingen interfereren met het dagelijks functioneren en worden toegeschreven aan de MS. Hierdoor is noodzakelijk dat begeleiding wordt afgestemd op de individuele cognitieve mogelijkheden;
– De cliënt is zorgafhankelijk voor de (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen. De cliënt heeft 24/7 behoefte aan zeer intensieve zorg, verpleging en begeleiding, zowel gepland als ongepland. Onderdeel van die behoefte zijn (voorbehouden) risicovolle verpleegtechnische handelingen als gevolg van een verminderde zelfredzaamheid en belastbaarheid, vaak gecombineerd met een verhoogde prikkelgevoeligheid;
– Naast voorgenoemde voorwaarden is tevens sprake van problemen op minimaal één van de volgende domeinen:
• Psychiatrische stoornissen geassocieerd met MS;
• Psychosociale problematiek waaronder langdurige rouwverwerkingsproblematiek, een overbelast sociaal netwerk, en verslavingsproblematiek;
• Communicatiestoornissen met afhankelijkheid van hulpmiddelen of begeleiding;
• Somatische kwetsbaarheid waardoor sprake is van een intensieve multidisciplinaire behandelbehoefte ten gevolge van enerzijds de interacterende ernstige lange termijn complicaties van de MS (bijv. slikstoornissen met aspiratierisico, longfunctieondersteuning, invaliderende spasticiteit/neuropathische pijnen, blaas- en darmfunctiestoornissen, gevoels- en sensorische stoornissen in het bijzonder autonome dysfunctie, thermoregulatie- en visusstoornissen en/of verhoogde infectie c.q. wondgevoeligheid) en anderzijds reguliere co-morbiditeit met een negatieve invloed op het dagelijkse beloop van MS.
Cliënten komen niet in aanmerking voor opname in een DEC indien (exclusiecriterium):
– De cliënt onder toezicht staat van justitiële instanties of recentelijk onder een jusitititële maatregel viel.
Opname in een DEC wordt vastgesteld door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten (artsVG) of klinisch geriater.

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 30,8 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
· niveau 1: 0%;
· niveau 2: 14%;
· niveau 3: 45%;
· niveau 4: 18%;
· niveau 5: 23%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 3,25 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
· specialist ouderengeneeskunde, arts VG, klinisch geriater: 23%;
· GZ-psycholoog: 8%;
· paramedisch: 69%;
– Naast dagbesteding gericht op ontspanning en sociale interactie zijn ook activerende, arbeidsmatige, en structuur bevorderende elementen in het aanbod opgenomen. Het aanbod omvat ten minste de volgende vijf elementen: ontmoeting en sociale interactie, creatieve en activerende activiteiten, beweging en ontspanning, individuele begeleiding en arbeidsmatige activiteiten;
– De zorgaanbieder vervult een last resort functie voor de beschreven doelgroep;
– De zorgaanbieder werkt intensief (meer dan bij REC prestatie) samen met het kenniscentrum, onderwijsinstellingen en academische organisaties op het vlak van kennis ontwikkelen en kennis delen;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag/transfers van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 40 plaatsen, 97% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.
De cliënt- en contextgebonden factoren zijn gelijk voor een DEC en REC MS+, evenals de inzet van expertise zorg. De prestatie wijkt op de volgende punten af van het REC: minimaal aantal plaatsen per locatie, last resort functie en de samenwerking met andere organisaties op het vlak van kennis delen.

b. Gespecialiseerde zorg MS+ geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg in verband met multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen waarbij sprake is van verblijf in een REC (EX014)

Grondslag en doelgroep
Cliënten met de diagnose Multiple Sclerose (MS) en een Wlz-indicatiebesluit.
Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), of LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7).
De doelgroep bestaat uit mensen met Multiple Sclerose waarbij aan alle volgende voorwaarden moet zijn voldaan:
– De cliënt is door een neuroloog gediagnostiseerd met MS;
– De cliënt lijdt aan ernstige motorische beperkingen gekwantificeerd door een score van ≥7.0 op de Expanded Disability Status Scale (EDSS). Voor de mobiliteit is (volledige) ondersteuning, zowel binnenshuis als buitenshuis, noodzakelijk en is de cliënt afhankelijk van een – vaak complexe – (elektrische) rolstoel of is aan bed gebonden en voor transfers afhankelijk van tilliften;
– Door neuropsychologisch onderzoek zijn bij de cliënt cognitieve beperkingen vastgesteld, waarbij sprake kan zijn van verlies aan sociaal inzicht of beperkingen van het ziekte-inzicht. Deze beperkingen interfereren met het dagelijks functioneren en worden toegeschreven aan de MS. Hierdoor is begeleiding afgestemd op de individuele cognitieve mogelijkheden noodzakelijk;
– De cliënt is zorgafhankelijk voor de (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen. De cliënt heeft 24/7 behoefte aan zeer intensieve zorg, verpleging en begeleiding, zowel gepland als ongepland. Onderdeel van die behoefte zijn (voorbehouden) risicovolle verpleegtechnische handelingen als gevolg van een verminderde zelfredzaamheid en belastbaarheid, vaak gecombineerd met een verhoogde prikkelgevoeligheid;
– Naast voorgenoemde voorwaarden is tevens sprake van problemen op minimaal één van de volgende domeinen:
• Psychiatrische stoornissen geassocieerd met MS;
• Psychosociale problematiek waaronder langdurige rouwverwerkingsproblematiek, een overbelast sociaal netwerk, en verslavingsproblematiek;
• Communicatiestoornissen met afhankelijkheid van hulpmiddelen of begeleiding;
• Somatische kwetsbaarheid waardoor sprake is van een intensieve multidisciplinaire behandelbehoefte ten gevolge van enerzijds de interacterende ernstige lange termijn complicaties van de MS (bijv. slikstoornissen met aspiratierisico, longfunctieondersteuning, invaliderende spasticiteit/neuropathische pijnen, blaas- en darmfunctiestoornissen, gevoels- en sensorische stoornissen in het bijzonder autonome dysfunctie, thermoregulatie- en visusstoornissen en/of verhoogde infectie c.q. wondgevoeligheid) en anderzijds reguliere co-morbiditeit met een negatieve invloed op het dagelijkse beloop van MS.
Cliënten komen niet in aanmerking voor opname in een REC indien (exclusiecriterium):
– De cliënt onder toezicht staat van justitiële instanties of recentelijk onder een jusititiële maatregel viel.
Opname in een REC wordt vastgesteld door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, arts VG of klinisch geriater.

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hiervoor beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 30,8 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
· niveau 1: 0%;
· niveau 2: 14%;
· niveau 3: 45%;
· niveau 4: 18%;
· niveau 5: 23%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 3,25 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
· specialist ouderengeneeskunde, arts VG, klinisch geriater: 23%;
· GZ-psycholoog: 8%;
· paramedisch: 69%;
– Naast dagbesteding gericht op ontspanning en sociale interactie zijn ook activerende, arbeidsmatige, en structuur bevorderende elementen in het aanbod opgenomen. Het aanbod omvat ten minste de volgende vijf elementen: ontmoeting en sociale interactie, creatieve en activerende activiteiten, beweging en ontspanning, individuele begeleiding en arbeidsmatige activiteiten;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding verband houdende met het karakter en doelstelling van de instelling) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag/transfers van cliënten;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 10 plaatsen, 97% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.
De cliënt- en contextgebonden factoren zijn gelijk voor een DEC en REC MS+, evenals de inzet van expertise zorg. De prestatie wijkt op de volgende punten af van het DEC: minimaal aantal plaatsen per locatie, last resort functie en de samenwerking met andere organisaties op het vlak van kennis delen.

7. NAH+

a. Gespecialiseerde zorg NAH+ geleverd in DEC

Gespecialiseerde zorg in verband met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag waarbij sprake is van verblijf in een DEC (EX015)

Grondslag en doelgroep
De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag door niet-aangeboren hersenletsel (NAH).
Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7), VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7), VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG7), of GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ Wonen 5).
De doelgroep onderscheid zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen. Aan al deze punten moet zijn voldaan.
– De cliënt is door een neuroloog gediagnosticeerd met niet-aangeboren hersenletsel. Hieronder wordt verstaan hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rondom of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening;
– De cliënt heeft een (zeer) ernstig verlies van regie over het eigen gedrag, wat blijkt uit de frequentie en/of de ernst en de impact daarvan op iemand zelf en/of diens omgeving;
– De cliënt heeft een (zeer) ernstige stoornis in de zelfregulering van het emotioneel functioneren in combinatie met een of meerdere van de onderstaande stoornissen:
• Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen, waaronder in elk geval stoornissen qua executief functioneren en/of de sociale cognitie;
• Onvoldoende vermogen tot of het volledig ontbreken van inzicht in het eigen functioneren en/of zelfreflectie;
• Een stoornis in prikkelverwerking (sensorische informatieverwerking);
– De cliënt is niet in staat om het eigen probleemgedrag aan te passen waardoor er een noodzaak is tot een hierop toegeruste omgeving met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en/of beveiliging;
– De zorg wordt geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere Wlz-zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. Er kan worden aangenomen dat een eerdere opname met behandeling niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag. De complexiteit van het probleemgedrag en de vereiste expertise met betrekking tot de psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking kan aanleiding zijn tot een opname in het DEC;
– Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is.
Daarbij kan – maar hoeft niet – sprake zijn van:
– Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
– Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;
– Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien;
– Onvrijwillige zorg.
Cliënten komen niet in aanmerking voor opname in een DEC indien sprake is van één of meer van de volgende omstandigheden (exclusiecriteria):
– De cliënt voldoet aan de criteria van één van de andere doelgroepen beschreven in deze beleidsregel;
– De cliënt heeft een progressieve hersenziekte.
– Er is bij de cliënt sprake van een actieve ontregelende verslaving, zonder voldoende motivatie om te werken aan abstinentie.
– De cliënt staat onder toezicht van justitiële instanties of viel recentelijk onder een justitiële maatregel.
Voorafgaand aan het in rekening brengen van de prestatie stelt een onafhankelijk landelijk expertteam vast dat de cliënt behoort tot de hierboven beschreven doelgroep NAH+.
Het multidisciplinaire team van het expertisecentrum waar de cliënt wordt aangemeld, stelt onder de verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, BIG geregistreerde psycholoog of psychiater de noodzaak vast tot opname in het DEC. Hierbij zal de regiebehandelaar in het zorgdossier verklaren dat de specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg door het DEC.

Gespecialiseerde zorg in verband met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag waarbij sprake is van verblijf in een DEC (EX015)

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de clënt die behoort tot de hierboven beschreven doelgroep.
De zorg voldoet tenminste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 40,1 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 0%;
• niveau 2: 0%;
• niveau 3: 15%;
• niveau 4: 65%;
• niveau 5: 20%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 5,3 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• arts, specialist ouderengeneeskunde, psychiater: 31%;
• gedragskundige: 28%;
• paramedisch: 38%;
• overig: 3%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag/transfer van cliënten;
– De zorgaanbieder vervult een last resort functie voor de beschreven doelgroep;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 20 plaatsen, 97% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.
De prestatie wijkt op de volgende punten af van de prestatie gespecialiseerde zorg NAH+ geleverd in REC: de inzet van zorgpersoneel, het minimaal aantal plaatsen en de last resort functie.

b. Gespecialiseerde zorg NAH+ geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg in verband met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag waarbij sprake is van verblijf in een REC (EX016)

Grondslag en doelgroep
De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag door niet-aangeboren hersenletsel (NAH).
Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7), VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7), VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG7), of GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ Wonen 5).
De doelgroep onderscheid zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen. Aan al deze punten moet zijn voldaan.
– De cliënt is door een neuroloog gediagnosticeerd met niet-aangeboren hersenletsel. Hieronder wordt verstaan hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rondom of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening;
– De cliënt heeft een (zeer) ernstig verlies van regie over het eigen gedrag, wat blijkt uit de frequentie en/of de ernst en de impact daarvan op iemand zelf en/of diens omgeving;
– De cliënt heeft een (zeer) ernstige stoornis in de zelfregulering van het emotioneel functioneren in combinatie met een of meerdere van de onderstaande stoornissen:
• Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen, waaronder in elk geval stoornissen qua executief functioneren en/of de sociale cognitie;
• Onvoldoende vermogen tot of het volledig ontbreken van inzicht in het eigen functioneren en/of zelfreflectie;
• Een stoornis in prikkelverwerking (sensorische informatieverwerking);
– De cliënt is vaak niet in staat om het eigen probleemgedrag aan te passen waardoor er een noodzaak is tot een hierop toegeruste omgeving met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en/of beveiliging;
– De zorg wordt vaak geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere Wlz volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. Er kan worden aangenomen dat een eerdere opname met behandeling niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag;
– Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is.
Daarbij kan – maar hoeft niet – sprake zijn van:
– Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
– Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;
– Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien;
– Onvrijwillige zorg.
Cliënten komen niet in aanmerking voor opname in een REC indien sprake is van één of meer van de volgende omstandigheden (exclusiecriteria):
– De cliënt voldoet aan de criteria van één van de andere doelgroepen beschreven in deze beleidsregel.
– De cliënt heeft een progressieve hersenziekte.
– Er is bij de cliënt sprake van een actieve ontregelende verslaving, zonder voldoende motivatie om te werken aan abstinentie.
– De cliënt staat onder toezicht van justitiële instanties of viel recentelijk onder een justitiële maatregel.
Voorafgaand aan het in rekening brengen van de prestatie stelt een onafhankelijk landelijk expertteam vast dat de cliënt behoort tot de hierboven beschreven doelgroep NAH+.
Het multidisciplinaire team van het expertisecentrum waar de cliënt wordt aangemeld, stelt onder de verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, BIG geregistreerde psycholoog of psychiater de noodzaak vast tot opname in het REC. Hierbij zal de regiebehandelaar in het zorgdossier verklaren dat de specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg door het REC.

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hierboven beschreven doelgroep.
De zorg voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 37,3 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 0%;
• niveau 2: 0%;
• niveau 3: 20%;
• niveau 4: 70%;
• niveau 5: 10%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 3,7 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• arts, specialist ouderengeneeskunde, psychiater: 16%;
• gedragskundige: 21%;
• paramedisch: 43%
• overig: 20%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag van cliënten;
– De zorgaanbieder vervult de last resort functie voor de beschreven doelgroep;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 10 plaatsen, 97% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

c. Gespecialiseerde zorg NAH++ geleverd in REC

Gespecialiseerde zorg extra in verband met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag waarbij sprake is van verblijf in een REC (EX017)

Grondslag en doelgroep
De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag door niet-aangeboren hersenletsel (NAH).
Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7), VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7), VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG7), of GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ Wonen 5).
De doelgroep onderscheid zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen:
– De cliënt is door een neuroloog gediagnosticeerd met niet-aangeboren hersenletsel. Hieronder wordt verstaan hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rondom of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening;
– De cliënt heeft nagenoeg volledig verlies van regie over het eigen gedrag. De frequentie en impact van dit probleemgedrag is groot, ernstig ontregelend, onvoorspelbaar en de vertoonde gedragsproblemen zijn dusdanig ernstig dat er aanwijsbare risico's zijn voor de veiligheid van de cliënt of diens omgeving;
– Er is een noodzaak tot aanvullende specialistische begeleiding en behandeling en een aangepaste omgeving om ernstige ontsporing te voorkomen;
– De cliënt heeft nagenoeg volledig verlies in de zelfregulering van het emotioneel functioneren in combinatie met een of meerdere van de onderstaande stoornissen:
• Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen, waaronder in elk geval stoornissen qua executief functioneren en/of de sociale cognitie;
• Onvoldoende vermogen tot of het volledig ontbreken van inzicht in het eigen functioneren en/of zelfreflectie;
• Een stoornis in prikkelverwerking (sensorische informatieverwerking);
– De cliënt is niet in staat tot interactie binnen de groep en heeft continu begeleiding en toezicht nodig om gedrag te regueren en risico's op escalatie of ontwrichting van de groep te voorkomen;
– De zorg wordt geboden aan clienten waarbij alle mogelijkheden van reguliere Wlz zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. De complexiteit van het probleemgedrag overstijgt het zorgaanbod dat een DEC of REC NAH+ kan leveren. Er kan worden aangenomen dat een eerdere opname met behandeling niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag;
– Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is;
– Er is vaak sprake van onvrijwillige zorg;
– De ernst van het probleemgedrag en de impact op de omgeving brengt complexe wilsbekwaamheids-/beslisvaardigheidsvraagstukken en ethische dilemma's met zich mee;
– De vertoonde gedragsproblemen zijn dusdanig ernstig dat er aanwijsbare risico's zijn voor de veiligheid, waardoor er een noodzaak is tot een hierop toegeruste omgeving met 24/7 begeleiding en direct toezicht, bescherming en beveiliging.
Daarbij kan – maar hoeft niet – sprake zijn van:
– Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
– Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;
– Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien.
Cliënten komen niet in aanmerking voor opname in een REC indien (exclusiecriteria):
– De cliënt voldoet aan de criteria van één van de andere doelgroepen beschreven in deze beleidsregel;
– De cliënt een progressieve hersenziekte heeft.
– Er bij de cliënt sprake is van een actieve ontregelende verslaving, zonder voldoende motivatie om te werken aan abstinentie.
– De cliënt onder toezicht staat van justitiële instanties of recentelijk onder een justitiële maatregel viel.
Voorafgaand aan het in rekening brengen van de prestatie stelt een onafhankelijk landelijk expertteam vast dat de cliënt behoort tot de hierboven beschreven doelgroep NAH++.
Het multidisciplinaire team van het expertisecentrum waar de cliënt wordt aangemeld, stelt onder de verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, BIG geregistreerde psycholoog of psychiater de noodzaak vast tot opname in het REC. Hierbij zal de regiebehandelaar in het zorgdossier verklaren dat de specifieke cliëntkenmerken aansluiten bij de te leveren zorg door het REC.

Gespecialiseerde zorg extra in verband met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag waarbij sprake is van verblijf in een REC (EX017)

Prestatie en voorwaarden:
De prestatie omvat de levering van gespecialiseerde zorg en behandeling aan de cliënt die behoort tot de hierboven beschreven doelgroep.
De zorg voldoet tenminste aan de volgende voorwaarden:
– De gemiddelde vov inzet per week per cliënt is circa 90,7 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette vov personeel is gemiddeld:
• niveau 1: 0%;
• niveau 2: 0%;
• niveau 3: 0%;
• niveau 4: 75%;
• niveau 5: 25%;
– De inzet van behandelaren is per week per cliënt gemiddeld circa 4,8 direct en indirect cliëntgebonden uren;
– De verdeling van het ingezette behandelpersoneel bedraagt gemiddeld circa:
• arts, specialist ouderengeneeskunde, psychiater: 5%;
• gedragskundige: 42%;
• paramedisch: 11%;
• neuropsychiater: 21%;
• klinisch neuropsycholoog: 11%;
• overig (inclusief vaktherapeut): 10%;
– De overgrote meerderheid (exclusief leerlingen/instroom) van de zorgmedewerkers beschikt over doelgroep specifieke kennis, vaardigheden en ervaringsjaren met de doelgroep;
– Het wonen, de vov-zorg, dagbesteding, specifieke behandeling en algemeen medische zorg inclusief de aanvullende zorgvormen (geneesmiddelen, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling) worden integraal aangeboden en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;
– De zorg omvat tevens enige voor- en nazorg bij opname en ontslag/transfer van cliënten;
– De zorgaanbieder vervult een last resort functie voor de beschreven doelgroep;
– De zorg wordt geleverd in een expertisecentrum;
– In het expertisecentrum is sprake van concentratie van cliënten (minimaal 10 plaatsen, 97% bezetting) zodat medewerkers ervaring en expertise onderhouden en ontwikkelen en het leefmilieu aansluit bij de doelgroep. Cliënten zijn geconcentreerd op één locatie, of op twee locaties mits beide locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

8. Cliëntgebonden consultatie en advies

a. Cliëntgebonden consultatie en advies

Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA)

Prestatiecodes:
CCA1
CCA2
CCA3
CCA4
CCA5
CCA6
CCA7
CCA8

Cliëntgebonden consultatie en advies (CCA)
Prestatie en voorwaarden Het gaat om het leveren van cliëntgebonden consultatie en advies. CCA kan ingezet worden aanvullend op zorg geleverd via een zzp-prestatie. Aanvullende voorwaarden: – CCA wordt ingezet voor het beantwoorden van een zorgvraag van een individuele cliënt. Er is tijdelijk inzet vanuit een expertisecentrum nodig bij een situatie waarbij een cliënt onvoldoende baat heeft bij de reeds ingezette zorg. De inzet van een expertisecentrum is nodig om stabilisatie van de situatie te bewerkstellingen en eventuele opname of verhuizing te voorkomen. – Het betreft een inzet van zorgverleners ten behoeve van de zorg aan een cliënt die niet in een expertisecentrum verblijft. – De inzet van CCA is alleen mogelijk voor een cliënt met een Wlz-indicatie die verblijft in een instelling en waarbij sprake is van de ziekte van Huntington, het syndroom van Korsakov, D-zep, GP+, MS+ of NAH+ en waarbij de cliënt voldoet aan de in artikel 7.1 tot en met 7.7 van deze beleidsregel onder doelgroep beschreven kenmerken van de cliënt. – CCA kan alleen geleverd worden door een expertisecentrum indien het expertisecentrum ook gespecialiseerde zorg met verblijf biedt zoals beschreven in artikel 7.1 tot en met 7.7 van deze beleidsregel. – Een traject duurt niet langer dan 6 maanden en de inzet bedraagt maximaal 32 uur, exclusief de reistijd van de zorgverlener, per traject. Wanneer meerdere expertisecentra CCA bieden aan dezelfde cliënt mag dit gezamenlijk niet meer dan 32 uur per traject zijn. – De volgende uren kunnen worden gedeclareerd: • de uren dat een zorgverlener directe zorg verleent bij de zorgaanbieder voor cliëntgebonden consultatie en advies; • de tijd voor interventie/advies via beeld of telefonisch contact met de zorgverleners. – Onderstaande declaratiecodes kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de prestatie door de één van de daarachter genoemde beroepsgroepen is geleverd: • CCA1: Specialist ouderengeneeskunde al dan niet in opleiding, basisarts. • CCA2: Arts VG al dan niet in opleiding, basisarts. • CCA3: Basis-, GZ-, of klinisch-psycholoog, orthopedagoog, psychodiagnostisch medewerker, vaktherapeut, HBO-gedragsdeskundige (sph-er, maatschappelijk werker, factttherapeut), agoog. • CCA4: Fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist. • CCA5: Verpleegkundig specialist, physician assistant. • CCA6: Verpleegkundige niveau 5 – 6. • CCA7: Verpleegkundige, verzorgende niveau 3 – 4. • CCA8: Psychiater, neuroloog, klinisch geriater, allen al dan niet in opleiding.

b. Reistoeslag zorgverlener

Reistoeslag zorgverlener
CCAR
Prestatie en voorwaarden Onder reistoeslag zorgverlener worden verstaan de reiskosten en reistijd van een zorgverlener die consultatie en advies levert aan een cliënt op een ander adres dan de locatie van de zorgverlener. Aanvullende voorwaarden: – De reistoeslag kan alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de prestaties CCA1 t/m CCA8. – De reistoeslag zorgverlener geldt per bezoek per cliënt.

Artikel 8

Expertisecentra die nog niet voldoen aan de (scholings)vereisten van het personeel zoals gesteld in de prestatiebeschrijving krijgen tot 1 juli 2027 om hier wel aan te voldoen. Een expertisecentrum dat vóór die datum nog niet voldoet aan de (scholings)vereisten van het personeel zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving, kan de prestatie toch in rekening brengen indien zij in het bezit is van een SMART geformuleerd ontwikkelplan met betrekking tot scholing van de medewerkers. Van het zorgkantoor wordt tevens verwacht dat afspraken worden gemaakt met het expertisecentrum over de eventuele gevolgen van het niet op niveau zijn per 1 juli 2027, zoals het vanaf die datum omzetten van declaraties naar andere prestaties waar wel aan wordt voldaan, bijvoorbeeld zzp's in combinatie met meerzorg. Het zorgkantoor dient te toetsen dat het expertisecentrum op 1 juli 2027 volledig voldoet aan alle (scholings)vereisten van de prestatiebeschrijving. Het is een expertisecentrum dat op 1 juli 2027 niet volledig voldoet aan de prestatiebeschrijving niet (langer) toegestaan de prestaties voor gespecialiseerde zorg in rekening te brengen.

Artikel 9 Prestaties en toeslagen

De prestaties gespecialiseerde zorg kunnen alleen in combinatie met de toeslagen genoemd in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis of de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz worden gedeclareerd indien de toeslagen geen relatie hebben tot de aandoening van de doelgroep.

Artikel 10 Intrekken oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2026, met kenmerk BR/REG-26127a, ingetrokken.

Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding, terugwerkende kracht en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2026, met kenmerk BR/REG-26127a, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Inwerkingtreding/Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.
De bijlage Onderbouwing per prestatie maakt deel uit van deze beleidsregel.
Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst, met uitzondering van de bijlage Onderbouwing per prestatie die uitsluitend ter inzage wordt gelegd bij de NZa en te raadplegen is op www.nza.nl.
De beleidsregel en de bijlage liggen ter inzage bij de NZa en zijn te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2027.

TOELICHTING

Wijzigingen ten opzichte van de vorige beleidsregel (BR/REG-26127a):

In een bestuurlijk overleg is afgesproken dat expertisecentra de mogelijkheid krijgen tot 1 juli 2027 om wel aan de scholingsvereisten behorend bij de prestaties gespecialiseerde zorg te (gaan) voldoen en daarvoor is de beleidsregel aangepast alsmede een aanpassing voor de locatievereisten.

Algemeen

Gespecialiseerde zorg kan vanaf 2026 voor zeven doelgroepen worden gedeclareerd. De Regeling langdurige zorg is in 2025 aangepast, zodat cliënten behorende tot de doelgroep multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen (MS+) of niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+) in aanmerking kunnen komen voor gespecialiseerde zorg in combinatie met verblijf. Eerder was deze regeling al aangepast voor cliënten met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS), een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening (GP+) en dementie met zeer ernstig probleemgedrag (D-zep).

Er zijn voor de nieuwe doelgroepen nieuwe prestaties met bijpassende maximumtarieven ontwikkeld die voorzien in de bekostiging van de gespecialiseerde zorg. Zowel de doelgroep als de te leveren prestatie zijn specifiek beschreven en het integrale tarief is meer afgestemd op de door expertisecentra beschreven zorgverlening. De prestaties verschillen afhankelijk van of de gespecialiseerde zorg wordt geleverd in een REC of in een DEC.

Eerder verliep de bekostiging van de gespecialiseerde zorgverlening in combinatie met verblijf o.a. via een (groeps-) zzp-meerzorgregeling. Er was sprake van één prestatie en één tarief waar alle doelgroepen in konden worden gepast. Deze verbijzondering naar specifieke prestaties heeft als doel om de uitvoerbaarheid van de inkoop te verbeteren doordat de gespecialiseerde zorgverlening is geüniformeerd en in een duidelijke prestatie is vervat.

Cliëntgebonden consultatie en advies kan vanaf 2025 door expertisecentra worden gedeclareerd bij zorgkantoren. Er zijn voor de doelgroepen negen nieuwe prestaties met bijpassende maximumtarieven ontwikkeld. Met de introductie van deze prestaties wordt beoogd een opname in een expertisecentrum uit te stellen of te voorkomen. De prestaties mogen daarom samenlopen met de declaratie van een zzp inclusief of zzp exclusief behandeling.

Artikelsgewijs

Artikel 5

De beleidsregelwaarde voor de prestatie gespecialiseerde zorg NAH++ geleverd in REC is gebaseerd op de feitelijke situatie in 2025. Eén of meerdere tariefcomponenten moeten mogelijk worden herzien indien de zorg voor de NAH++ doelgroep in de toekomst geconcentreerd op één locatie wordt geboden.

Artikel 6

De indexatie van de in tabel genoemde bedragen is gelijk aan de zzp-prestaties en staat beschreven in de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz.

Artikel 7

In elke doelgroepbeschrijvingen is een verwijzing naar het door het CIZ geïndiceerde profiel opgenomen. Met deze profielen is ook rekening gehouden bij de tariefstelling en het noodzakelijke macrokader. Indien de feitelijke geïndiceerde profielen van de cliënten in een expertisecentrum sterk afwijken van de profielen die zijn vermeld in de prestatiebeschrijving, kan dat leiden tot een evaluatie van het zorglandschap en de zorgverlening. Uit een dergelijke evaluatie kan in de toekomst een aanpassing van de tarieven en de contracteerruimte volgen.

In de prestatiebeschrijvingen wordt gesproken over concentratie van cliënten in het expertisecentrum. In de voorwaarden wordt daarbij uitgegaan van concentratie op één locatie, om tegemoet te komen aan de wens om deze specialistische Wlz-zorg geclusterd aan te bieden zodat expertise kan worden onderhouden en ontwikkeld. In de praktijk kan echter ook sprake zijn dat de gespecialiseerde zorg wordt geleverd op twee of meer locaties in plaats van één. Dit is slechts mogelijk indien de verschil-

lende locaties binnen hetzelfde postcodegebied liggen of op maximaal een halfuur (met auto) uit elkaar liggen, en er sprake is van directe centrale aansturing aan de verantwoordelijke professionals op de verschillende locaties.

De prestatiebeschrijving Huntington geleverd in een DEC onderscheidt zich op het punt van het minimaal aantal bedden, de last resort functie en de samenwerking met hbo en academische organisaties van een REC. De laatste twee componenten resulteren in wat meer personele inzet t.o.v. een REC omdat een DEC meer schaalvoordelen heeft.

Bij CCA is sprake van een aantal voorwaarden waaraan moet zijn voldaan alvorens de prestaties kunnen worden gedeclareerd. Zo mag per traject niet meer dan 32 uur worden gedeclareerd en duurt een CCA-traject niet langer dan 6 maanden.

Bij CCA mag alleen de direct cliëntgebonden contacttijd worden gedeclareerd of de tijd voor interventie, dan wel gericht overleg met de behandelaren of zorgverleners zoals verzorgenden, begeleiders, verpleegkundigen. De prestaties CCA 1 tot en met 8 kunnen niet in rekening worden gebracht voor onderling multidisciplinair overleg met collega's van het expertisecentrum over de cliënt waaraan CCA wordt geboden. De vergoeding van deze tijd is al verdisconteerd in het tarief via de component 'declarabele tijd'. De prestaties CCA 1 tot en met 8 mogen tevens niet in rekening worden gebracht voor de tijd gemoeid met de heen- of terugreis. De vergoeding voor deze reistijd is onder andere verdisconteerd in de prestatie 'reistoeslag zorgverlener'. De reistoeslag wordt per bezoek in rekening gebracht en omvat zowel de heen- als de terugreis.

De CCA prestaties zijn naar beroepsgroep geordend. Er is geen sprake van een functiegerichte bekostiging met een ordening naar de functies verzorging, begeleiding, verpleging en behandeling waarbij de NZa niet of nauwelijks stuurt op de inzet van de beroepsgroep. De naar beroepsgroep geordende prestatiebeschrijving brengt met zich mee dat de prestatie voorschrijft dat een Wlz-instelling deze alleen mag declareren als de zorg is verleend door de in artikel 7 bij die prestatiecode beschreven beroepsgroepen. Als een verpleegkundig specialist de prestatie CCA leverde dan wordt prestatiecode CCA5 gedeclareerd en niet CCA1. Met deze prestatiestructuur kan een nieuwe, eenvoudiger prestatiestructuur worden ontwikkeld als blijkt dat de inzet van consultatie en advies door expertisecentra doeltreffend en doelmatig is.

Artikel 8

Doelgroepnetwerken hebben aangegeven dat expertisecentra niet altijd voldoen aan de scholingsvereisten van het personeel zoals omschreven in de prestatiebeschrijving. In een bestuurlijk overleg tussen VWS, NZa, zorgkantoren, en doelgroepnetwerken is afgesproken dat expertisecentra de mogelijkheid krijgen tot 1 juli 2027 om wel aan de scholingsvereisten behorend bij de prestaties gespecialiseerde zorg te (gaan) voldoen. Tot die tijd mogen de prestaties gespecialiseerde zorg door de expertisecentra toch in rekening worden gebracht, ondanks dat niet aan alle voorwaarden ervan wordt voldaan, mits zij toewerken naar het bereiken van het juiste niveau. Indien op 1 juli 2027 niet wordt voldaan aan het scholingsvereiste vervalt de mogelijkheid om de prestaties gespecialiseerde zorg toch in rekening te brengen.

Artikel 9

De prestaties gespecialiseerde zorg omschrijven passende zorg voor zeven doelgroepen. Het ligt niet in de rede om van deze gezamenlijke zienswijze op passende zorg af te wijken in de vorm van het toekennen van zzp-meerzorg in combinatie met gespecialiseerde zorg. Zeker als deze zorg verband houdt met aspecten die reeds benoemd zijn in de doelgroepomschrijving (gedragsaspecten, somatische aspecten et cetera) en samenhangen met de beschreven doelgroep. Het ligt ook niet in de rede dat de in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis genoemde toeslagen van toepassing zijn omdat heel veel toeslagen zijn verbonden aan andere grondslagen ((l)vg en ggz) of uitgaan van een inzet van andere expertise (epilepsie).

Desondanks kan niet worden uitgesloten dat er wellicht een enkele cliënt is met een combinatie van zeldzame aandoeningen die in zekere zin afzonderlijk van elkaar moeten worden bezien en waarvan we weten dat de zorg intensief is en kan worden geboden door de zorgaanbieder. Deze cliënten laten zich niet op voorhand beschrijven omdat ze zeer zeldzaam zijn. Het is tevens voorstelbaar dat bepaalde zorg voor deze zeer zeldzame cliënten wordt afgeschaald en andere zorg wordt opgeschaald gezien bijvoorbeeld de draagkracht/conditie van de cliënt. Om dubbele bekostiging te voorkomen beoordelen Wlz-uitvoerders daarom de aanvragen voor 'meer zorg' en gespecialiseerde zorg individueel en houden bij het besluit over de toekenning van de 'meer zorg' toeslag rekening met de omvang van de gespecialiseerde zorg.