



**Indicatieprotocol**  
**Behandeling met verblijf**  
**sector auditief en/of communicatief**  
**Zorgverzekeringswet**  
**april 2016**

Redactie: Jan Buitenhek, Tiejo van Gent, Helma van der Heijden, Nicole Houdijk  
Status: Definitief  
Datum: 5 april 2016

## Inhoudsopgave

1. Aanleiding	4
2. Noodzaak intensieve revalidatie (ZG behandeling met verblijf)	4
3. Indicatieprotocol	5
3.1 Kenmerken en factoren van de cliënt en zijn omgeving	5
3.2 Kenmerken van het ZG-behandelaanbod	5
3.3 Kenmerken van de therapeutische verblijfssetting	6
3.4 Afwegingscriteria voor de voorliggendheid van ZG-behandeling vanuit een therapeutische verblijfssetting	7
3.4.1 Hoofdregels	7
3.4.2 Klantproces	8
3.4.3 Zorgbehoefte	9
3.4.4 Wegingscriteria	10
3.5 Behandelperspectief	11
Bijlage 1 Advies Zorginstituut Nederland (ZiNL) aan VWS	12
Bijlage 2 Afbakening Audiologische zorg en ZG-behandeling	13
Bijlage 3 Verdiepende uitwerking van het onderscheid tussen behandeling in de sector ZG versus behandeling in de sector GGZ	14

## **1. Aanleiding**

Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd. Het CIZ indiceert alleen nog langdurige zorg bij mensen die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Met de invoering van deze wetswijzigingen is een knelpunt ontstaan voor cliënten met een zintuiglijke functiestoornis bij wie verblijf voor een bepaalde periode (tijdelijk) een randvoorwaarde is voor het laten slagen van de ZG-behandeling om hun communicatieve beperkingen te leren compenseren en participatiemogelijkheden te verbeteren.

Het Zorginstituut Nederland stelt vast, dat ZG-zorg bedoeld in artikel 2.5a BZv valt onder de 'geneeskundige zorg' bedoeld in artikel 2.4. Dat betekent dat verblijf bedoeld in artikel 2.12 BZv mogelijk is, mits voldaan wordt aan de voorwaarde 'medisch noodzakelijk'. Zij vraagt aan de ZG-sector om zelf een indicatieprotocol te ontwikkelen en de bestaande producten te beschrijven in een zorgprogramma. Duidelijk moet daarbij zijn wanneer er een medische noodzaak is voor verblijf in het kader van de ZG-behandeling en daarmee samenhangend wanneer de ZG-problematiek voorliggend is op andere problematiek waardoor de ZG-sector de aangewezen aanbieder is. In bijlage 1 staat een toelichting op de brief van het Zorginstituut Nederland met een uitwerking van het begrip 'medische noodzaak'.

In onderstaand indicatieprotocol zijn de kenmerken en factoren uitgewerkt die een indicatie bieden voor jongeren en volwassenen die *tijdelijk* zijn aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf om de ZG-behandeling te kunnen laten slagen. Deze cliënten hebben behoefte aan ZG-behandeling met verblijf in een therapeutische setting toegespitst op een sterk communicatief klimaat. Het gaat hierbij om 30 cliënten per jaar gemiddeld bekeken over 2013 en 2014.

## **2. Noodzaak intensieve revalidatie (ZG-behandeling met verblijf)**

Er zijn specifieke hulpvragen inzake de communicatieve beperkingen die alleen beantwoord kunnen worden in een therapeutisch klimaat waar directe en integrale inzet van ZG-expertise en -deskundigheid aanwezig is. Dit klimaat, dat de cliënt nodig heeft om optimaal te kunnen functioneren, kan niet (langer) worden gecreëerd vanuit een extramuraal behandelaanbod en/of in een andere setting van de cliënt.

Er is sprake van acute of persisterende communicatienood door het ontbreken van de mogelijkheid om te communiceren binnen de eigen omgeving. De extramuraal behandeling geeft onvoldoende resultaat in de context van de omgeving van de cliënt. Dit heeft een sociale impact: de cliënt kan niet meer in zijn omgeving functioneren en loopt vast in zijn persoonlijk en maatschappelijk leven. De cliënt heeft geen perspectief meer op verbetering. Om weer perspectief te creëren is het zorginhoudelijk noodzakelijk om de cliënt enige tijd uit zijn systeem te halen en buiten de eigen omgeving therapeutische mogelijkheden te bieden en intensief te revalideren.

Een therapeutisch klimaat waarin de communicatie in alle facetten is afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, is het begin van een proces om verdergaande communicatienood te voorkomen en is noodzakelijk om de verstoorde ontwikkeling van de cliënt positief te beïnvloeden.

In dit beoogde therapeutisch klimaat worden de communicatieve mogelijkheden van de cliënt gedurende de hele dag optimaal aangesproken en gestimuleerd. Denk daarbij onder meer aan:

- creëren van een doofvriendelijke en/of een prikkelarme leefomgeving,
- inzetten van alternatieve communicatiemogelijkheden, zoals Nederlandse Gebaren Taal, Nederlands met Gebaren, Vierhandengebaren, pictogrammen en verwijzers (plaatjes of voorwerpen die staan voor een voor die cliënt bedoelde situatie of handeling) afgestemd op de visueel-ruimtelijke en communicatieve behoeften van de individuele cliënt, als voorwaarden voor therapeutische interventie,
- bieden van communicatiepartners, zowel professionals als peers, die continue en op alle gebieden van het leven met de cliënt in gesprek kunnen gaan, waardoor niet alleen incidenteel of oppervlakkig geleerd en gecommuniceerd wordt.

Vanuit dit communicatieve klimaat bieden we perspectief aan alle betrokkenen. De behandeling van de cliënt gaat altijd samen met behandeling van het systeem, in het bijzonder de ouders, en het betrekken van andere relevante/betekenisvolle personen bij de behandeling. Dit is van belang voor het kunnen generaliseren door de cliënt van verworven vaardigheden. Door ouders te betrekken bij de behandeling, in de vorm van ouderbehandeling of systeemtherapie, kunnen zij ook leren anders te gaan kijken, kunnen zij vanzelfsprekendheden die veelal gebaseerd zijn op hun eigen overtuigingen, opvattingen en normen en waarden, als het ware los te laten, waardoor er ruimte staat voor de cliënt, maar ook ruimte ontstaat bij ouders/gezin (er vindt 'beweging' plaats).

### **3. Indicatieprotocol voor ZG-behandeling in een therapeutische verblijfssetting**

#### **3.1 Kenmerken en factoren van de cliënt en zijn omgeving**

- De cliënt heeft een ZG-behandelvraag op basis van prominente communicatieproblematiek. De specifieke zorgbehoefte is direct gerelateerd aan de zintuiglijke handicap (handicap-gerelateerd). De communicatieve zelfredzaamheid en/of het zelfbeeld en/of de ontwikkeling is zodanig beperkt dat het leidt tot ernstige problemen in het dagelijks functioneren van de cliënt (thuis, onderwijs, werk, vrije tijd). De zorgvraag heeft communicatieve, systemisch interactieve (relationeel en pedagogisch) en psychologische aspecten zowel bij cliënt en gezinsleden.
- Vanuit de thuissituatie kan onvoldoende worden aangesloten op de specifieke visueel ruimtelijke en/of communicatieve behoeften van de cliënt. De communicatieve ontwikkeling kan onvoldoende worden gestimuleerd of zelfs geheel worden belemmerd binnen de eigen leefomgeving van de cliënt waardoor de ontwikkeling van de cliënt stagneert of systeemproblematiek toeneemt. Extramurale ZG-behandeling sorteert daardoor onvoldoende effect.
- Er kan sprake zijn van psychische problemen welke een dusdanige sterke impact hebben op het dagelijks functioneren in de eigen omgeving dat ook bij de omgeving spanningen, klachten en problemen verergeren. Indien een cliënt gedragsproblemen of anderszins psychische nood laat zien, zijn deze voortgekomen uit of hangen sterk samen met de communicatieproblematiek (handicap- en beperking-gerelateerd).
- Er kan sprake zijn van bijkomende problematiek/comorbiditeit, zoals een (lichte) verstandelijke beperking (VIQ), psychische nood zich manifesterend in emotionele- of gedragsproblemen of psychische stoornissen zoals een autisme spectrum stoornis, ADHD.
- De cliënt verblijft zo snel mogelijk weer deels thuis om vervreemding te voorkomen. Perspectief is volledige terugkeer in het eigen systeem. De ouders of andere primaire verzorgers en overige gezinsleden worden mede behandeld op opvoedkundig en communicatief gebied zodat zij in toenemende mate kunnen voorzien in de voorwaarden die noodzakelijk zijn om de cliënt weer perspectief te bieden. De behandeling richt zich op afstemming, kunnen luisteren (sensitieve responsiviteit: vangen/luisteren/kijken, communicatie juist interpreteren en terug geven), rekening houden met verwerkingstijd en schakeltijd en een omgeving creëren die afgestemd is qua prikkelrijkheid, goede signaal-ruis-verhouding, etc. Deze aspecten bepalen of informatie die middels communicatievormen, zoals (ondersteunende) gebaren worden overgedragen ook daadwerkelijk 'binnen kan komen' en adequaat kan worden verwerkt. Om mee te kunnen groeien met de cliënt, dient gestreefd te worden naar een zodanig frequent contact met de thuissituatie, dat systeem en cliënt voldoende kunnen oefenen met de geleerde vaardigheden.
- De cliënt heeft cluster2 onderwijs, werk of dagbesteding die (in principe) gescheiden van de woning plaats vindt om aan het participatieperspectief te kunnen werken.

#### **3.2 Kenmerken van het ZG-behandel aanbod**

- De ZG-behandeling die wordt geleverd betreft multidisciplinaire zorg voor dove, slechthorende, doofblinde cliënten en cliënten met een communicatieve stoornis als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, bestaande uit: diagnostisch onderzoek, interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de beperkingen, interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de

zelfredzaamheid vergroten. Ook hulp bij mogelijke psychische klachten als gevolg van de auditieve en communicatieve beperkingen, hoort tot het zorgaanbod.

- Er wordt binnen deze behandeling gewerkt aan klinisch herstel, functioneel herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel.
- Er wordt gewerkt vanuit een systeemgerichte benadering. Er wordt uitgegaan van de hulpvraag van de cliënt en/of het cliëntsysteem rekening houdend met de eigen mogelijkheden en beperkingen en binnen de grenzen van wat cliënt en/of het systeem aankunnen.
- Behandeling vindt plaats op basis van een individueel handelingsplan met concrete behandeldoelen, gericht op zowel de hulpvraag van de cliënt als het systeem met als doel het bieden van perspectief binnen een vooraf vastgestelde termijn. Door middel van monitoren en evalueren wordt minstens driemaandelijks vastgesteld of de behandeling conform plan verloopt. Voorbeelden van concrete behandeldoelen:
  - o Cliënt gebruikt ondersteunende gebaren in gesprek met horenden
  - o Cliënt vertelt zowel in de groep als thuis wat hij wel of niet leuk vindt
  - o Cliënt voert zelfstandig een gesprek met beurtwisseling
  - o Moeder maakt structuurkaarten en past ze toe
- Ten behoeve van de uitvoering, monitoring en evaluatie is voortdurend overleg en afstemming noodzakelijk tussen de verschillende disciplines onder regie van een orthopedagoog of GZ- of ontwikkelingspsycholoog. Deze is eindverantwoordelijk voor het tot stand komen van het individuele handelingsplan, voor het zorgen voor (het delegeren van) de uitvoering ervan, voor de inhoudelijke beslissingen die genomen moeten worden en voor de inhoudelijke aansturing van de leden van het interdisciplinair team. Verschillende disciplines bijvoorbeeld logopedist, gebarendocent, gezinstherapeut worden betrokken en maken deel uit van het team, afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt.
- Als wordt vastgesteld op basis van de monitoring en evaluatie dat de intramurale doelen zijn bereikt, dan kan sprake zijn van terugkeer naar de reguliere situatie waarbij extramurale ZG-behandeling of ondersteuning vanuit het sociaal domein afdoende is. Zorgvuldig een vervolgtraject bieden voorkomt terugval op de therapeutische verblijfssetting.

### **3.3 Kenmerken van de therapeutische verblijfssetting**

- Binnen een passend communicatief klimaat en via continue interactie met behandelaars en andere kinderen/jongeren kunnen vaardigheden worden aangeleerd en getraind en kan aan blokkades in de communicatie en daarmee samenhangende stagnaties op andere ontwikkelingsdomeinen worden gewerkt op alle mogelijke momenten van de dag en in velerlei situaties binnen én buiten de locatie én in de thuissituatie.
- Het behandelprogramma is ingebed in het hele dagprogramma van de cliënt. Behandelaars hanteren continu dezelfde therapeutische aanpak, zodat de noodzakelijke interventies optimaal, zo nodig direct en continu, uitgevoerd en toegepast kunnen worden.
- Het verblijf is ondersteunend aan en randvoorwaardelijk voor de ZG-behandeling; beide kunnen niet los van elkaar worden gezien.
- Er wordt een einddatum aan de verblijfssetting gesteld. Dit is in de meeste gevallen maximaal een jaar. Er moet wel een mogelijkheid zijn om bij een zeer complexe gevallen met een duidelijke indicatiestelling opnieuw verlenging bij de zorgverzekeraar aan te vragen.
- Het perspectief wordt steeds expliciet aangegeven. Dit maakt voor alle betrokkenen duidelijk dat 'er werk aan de winkel is'.

### **3.4 Afwegingscriteria voor de voorliggendheid van ZG-behandeling vanuit een therapeutische verblijfssetting**

#### **3.4.1. Hoofdregels**

Het is belangrijk om helder af te bakenen wanneer de ZG-sector als categorale expertiseorganisatie de aangewezen partij is om behandeling met verblijf te bieden en wanneer een andere categorale organisatie aangewezen is. Hoofdregels zijn:

- De auditieve stoornissen en/of communicatieve beperkingen zijn dominant boven de andere beperkingen en/of functiestoornissen.
- Het op gang brengen van de communicatie en/of het vergroten van de communicatieve weerbaarheid en zelfredzaamheid is voorwaardelijk voor het terugkeerperspectief.
- Rode draad wordt gevormd door de communicatieve ontwikkeling in samenhang met de cognitieve, sociaal-emotionele en lichamelijke ontwikkeling.
- De behandelvraag van de cliënt voor verblijf staat voorop, het accent ligt op behandeling met verblijf voor een tijdelijke periode (met een eindig karakter).

Afwegingscriteria voor de keuze tussen de verschillende sectoren in de gehandicaptenzorg kunnen alleen worden gebaseerd op onderzoeksgegevens van de cliënt. Een cliënt doorloopt binnen de sector ZG altijd eenzelfde traject (klantproces, zie 3.4.2) waarin onderzoeken worden uitgevoerd.

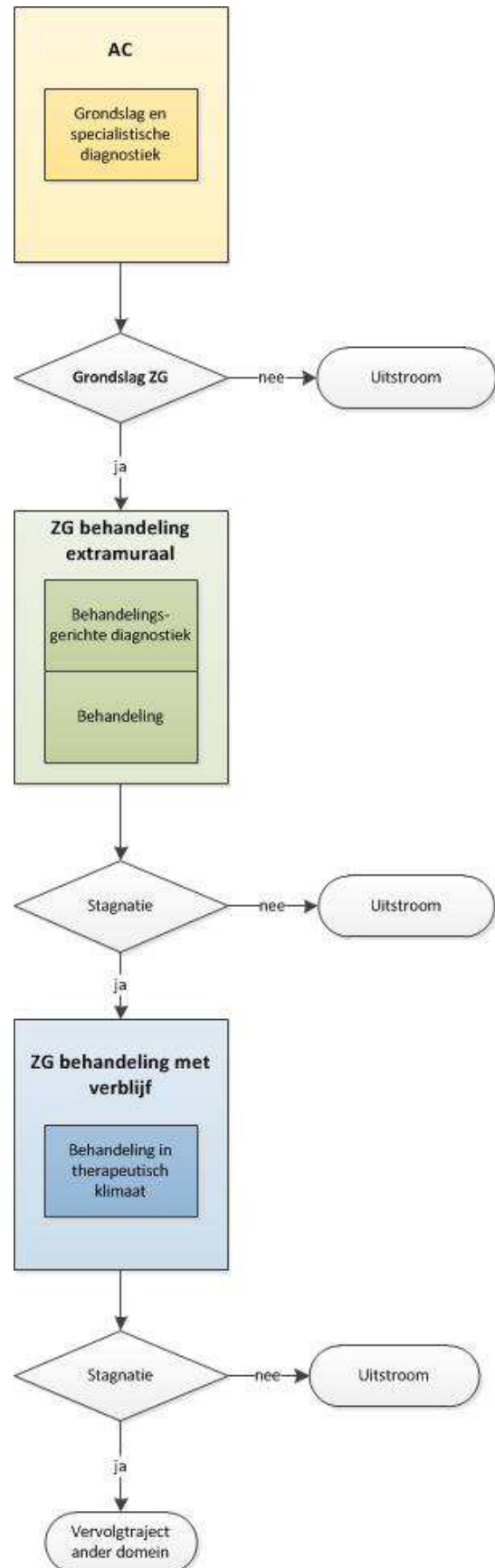
Deze onderzoeksgegevens worden vastgelegd in het medisch dossier van de cliënt (3.4.3). De aard en mate van beperkingen worden vastgelegd conform het Beperkingen-formulier dat de sector met het Centrum voor Indicatiestelling (CIZ) onder het AWBZ-regime heeft ontwikkeld. Als op deze aspecten een ernstscore van 2 of hoger werd gescoord, kwam de cliënt in aanmerking voor behandeling met verblijf op basis van de behoefte aan een therapeutisch leefklimaat.

### 3.4.2. Klantproces

Jongeren en volwassenen die aangewezen zijn op intensieve revalidatie, d.w.z. behandeling met verblijf, binnen ZG aud/com, zijn altijd bekende cliënten van de sector vanuit de extramurale zorg. Deze cliënten hebben allemaal in het verleden grondslag- en specialistisch onderzoek op een Audiologische Centrum gehad waarna zij zijn doorverwezen naar de ZG-behandeling. Zie bijlage 2

De cliënten waar het in deze notitie over gaat, worden vrijwel altijd eerst extramuraal behandeld binnen de Zvw-ZG behandeling. Pas als deze behandeling onvoldoende antwoord biedt op de hulpvraag of achterblijft bij de verwachtingen, is intensieve revalidatie door middel van behandeling met verblijf aan de orde.

De stagnatie van de interventie of de verzwaarde zorgbehoefte blijkt uit het medisch dossier en de evaluatie van het behandelplan van de extramurale behandeling. Deze gegevens vormen de basis voor de beslissing om behandeling met verblijf in te zetten binnen de ZG of dat uitstroom naar een andere sector aan de orde is.



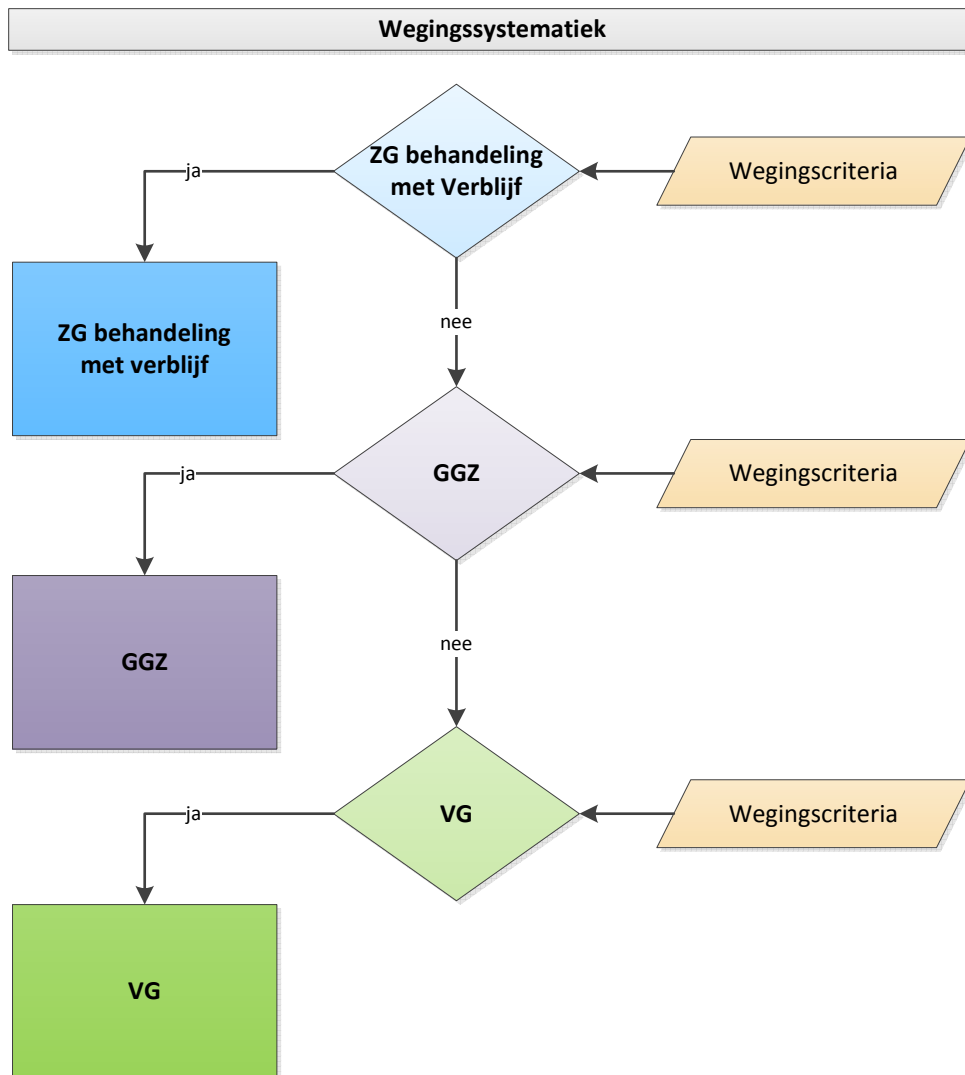


3.4.3 Zorgbehoefte, vastgelegd in het medisch dossier/behandelplan op de volgende ICF-onderzoeksgebieden zoals die ook door het CIZ (AWBZ regime) werden uitgevraagd:

Onderzoeksgebied	Toelichting met voorbeelden (niet uitputtend)
<b>Diagnose</b>	doof, doofblind, ernstig slechthorend, taalontwikkelingsstoornissen
<b>Relevante ziekten, aandoeningen en/of functiestoornissen</b>	Zintuiglijke stoornissen, mentale stoornissen, spraak- en taalstoornissen, stoornissen in psychisch functioneren, stoornissen in motorisch functioneren, gedragsstoornissen, verslavingsproblemen, psychische stoornissen inclusief emotionele- en gedragsstoornissen, klachten inclusief psychisch onwel bevinden en zorgen van anderen over het psychisch functioneren van cliënt.
<b>Aard en mate van beperkingen (conform beperkingenformulier CIZ)</b>	Beperkingen van activiteiten die relevant zijn in relatie tot de zorgvraag en beperkingen die te beoordelen zijn, zoals psychosociale functies, psychosociaal welbevinden, communicatieve redzaamheid, sociale redzaamheid, mobiliteit, persoonlijke zorg, huishoudelijk leven en relaties.
<b>Maatschappelijk leven</b>	Deelname aan maatschappelijke activiteiten (participatie).
<b>Belangrijke levensgebieden</b>	Spelen (alleen, samen) Opleiding Beroep/werk Economische zelfstandigheid Wonen en vrije tijd
<b>Externe factoren</b>	ondersteuning van het systeem van de cliënt.
<b>Ambitie</b>	Wat de cliënt nodig heeft en wil bereiken in relatie met het perspectief.
<b>Zorgconsumptie</b>	De voorzieningen waar de cliënt al gebruik van maakt op het gebied van wonen, welzijn, zorg, onderwijs en arbeid
<b>Medische noodzakelijkheid</b>	De medische noodzaak voor verblijf kan volgens het Zorginstituut Nederland op verschillende vlakken liggen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de zorg kan een infrastructuur vergen die alleen intramuraal geleverd kan worden;</li> <li>• het kan efficiënter zijn om een intensief revalidatietraject intramuraal te geven dan extramuraal. De patiënt hoeft dan niet heen en weer te reizen, wat zeker bij een grotere afstand lastig kan worden;</li> <li>• de fysieke conditie van de patiënt kan de patiënt belemmeren, om heen en weer te reizen;</li> <li>• verblijf kan op individueel niveau een zorginhoudelijke meerwaarde hebben, omdat de patiënt zich volledig kan wijden aan de revalidatie;</li> <li>• in veel gevallen is het zorginhoudelijk wenselijk om een patiënt enige tijd uit zijn systeem te halen, wat het behandelresultaat bevordert.</li> </ul>

### 3.4.4 Wegingscriteria

Weging of de cliënt met een auditieve stoornis en/of communicatieve beperkingen redelijkerwijze is aangewezen op ZG-behandeling met verblijf.



Weging voor ZG-behandeling met Verblijf als:

1. Relevante voorliggende voorziening (meestal ambulante ZG-behandeling) geen antwoord geeft op de zorgbehoefte waardoor:
  - Er sprake is van ernstige tot zeer ernstige beperkingen in de communicatieve redzaamheid.
  - Er sprake is van communicatieve nood, ernstige psychosociale problematiek en/of interactieve problematiek en/of een bedreigde communicatieve en/of sociaal- en emotionele ontwikkeling waarop de thuis- of extramurale woonsituatie geen antwoord heeft.
2. Het een handicap-gerelateerde stoornis betreft.
3. Het perfoormaal IQ (PIQ) gelijk of boven de 70 ligt.
4. De gezins- en systeemproblematiek kan zeer complex zijn maar er is voldoende steunkader; toezicht, zorg en steun in termen van veiligheid, ondersteuning en daginvulling.
5. Er behandelperspectief is.

Weging voor de sector GGZ als:

1. Er sprake is van voorliggende psychiatrische problematiek waaronder acute psychische problemen in termen van levensbedreigend gevaar, gevaar voor anderen en omgeving, noodzaak tot verpleging.
2. Er sprake is van ernstig seksueel overschrijdend gedrag bij psychiatrische problematiek.
3. Er sprake is van ernstig zelf verwondend gedrag en/of agressie naar derden bij psychiatrische problematiek.
4. Er sprake is van een ernstige depressie met suïcidaal gedrag.
5. Cliënt een psychiatrisch ziektebeeld (schizofrenie, ernstige persoonlijkheidsstoornis) heeft ontwikkeld of ontwikkelt dat de overhand heeft, waardoor de cliënt meer gebaat is bij plaatsing binnen of behandeling vanuit een (kinder)psychiatrische setting.
6. Verslavingsproblematiek voorliggend is waarvoor de expertise elders ligt.
7. Er geen sprake is van inzet en begeleidbaarheid van de cliënt en medewerking van het cliëntstelsel.

Bovenstaande criteria geven aan dat het geen ZG handicap-gerelateerde stoornis is. Er kan wel sprake zijn van zintuiglijke handicap maar het complexe psychiatrische beeld en/of psychiatrische stoornissen staan voorop in de behandeling.

*Zie bijlage 3 voor verdiepende uitwerking in het onderscheid tussen behandeling in de sector ZG versus behandeling in de sector GGZ.*

Weging voor de sector VG als:

1. Er sprake is van een perfoormaal IQ lager dan 70 (PIQ SON, WISC of WAIS).
2. Er sprake is van een perfoormaal IQ lager dan 85 in combinatie met een psychiatrische aandoening zoals stoornissen in het autistisch spectrum (ASS).
3. Communicatie alleen mogelijk is als de context aanwezig is (situatieniveau) en er ook geen perspectief is om over de situatie heen te leren communiceren (signaal-symboolniveau).

Ook bij deze cliënten kan er sprake zijn van een zintuiglijke handicap. Het aangrijpingspunt in de behandeling ligt echter op de algemene achterstand in de ontwikkeling.

### **3.5 Behandelperspectief**

Behandeling met kortdurend verblijf stopt als:

- het behandelresultaat is gehaald op klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk gebied. Het verblijf kan worden afgerond en een passend vervolgtraject kan worden ingezet. Mogelijk zal aansluitend nog wel voor een periode extramurale behandeling vanuit de ZG-Zvw nodig zijn en voor sommige cliënten kan een begeleidingsvraag blijven bestaan, die vanuit het gemeentelijk domein (JW of Wmo) beantwoord kan worden.
- het behandelgoal met verdere behandeling met kortdurend verblijf niet wordt gehaald. Net zoals een cliënt niet tegen zijn zin in behandeld kan worden, zo kan een behandelaar niet onder druk worden gezet om naar diens inzicht zinloze of niet effectieve behandeling te continueren. Wanneer blijkt dat de kenmerken en factoren van een cliënt (alsnog) leiden tot een zorgbehoefte waarbij de cliënt blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig heeft, zal een Wlz-indicatie aan de orde zijn.

## Bijlage 1 Advies Zorginstituut Nederland (ZiNL) aan VWS

Het ZiNL concludeert in haar brief<sup>1</sup> van 26 november 2015 aan VWS het volgende: 'intensieve revalidatie met verblijf' zowel voor jeugdigen als volwassenen valt onder de Zvw. De ZG-zorg bedoeld in artikel 2.5a Bzv valt onder de 'geneeskundige zorg' bedoeld in artikel 2.4. Dat betekent, volgens het ZiNL, dat verblijf bedoeld in artikel 2.12 Bzv mogelijk is om zintuiglijk gehandicaptenzorg te leveren, mits voldaan wordt aan de voorwaarde 'medisch noodzakelijk'.

De medische noodzaak voor verblijf kan op verschillende vlakken liggen:

- de zorg kan een infrastructuur vergen die alleen intramuraal geleverd kan worden;
- het kan efficiënter zijn om een intensief revalidatietraject intramuraal te geven dan extramuraal. De patiënt hoeft dan niet heen en weer te reizen, wat zeker bij een grotere afstand lastig kan worden;
- de fysieke conditie van de patiënt kan de patiënt belemmeren, om heen en weer te reizen;
- verblijf kan op individueel niveau een zorginhoudelijke meerwaarde hebben, omdat de patiënt zich volledig kan wijden aan de revalidatie;
- in veel gevallen is het zorginhoudelijk wenselijk om een patiënt enige tijd uit zijn systeem te halen, wat het behandelresultaat bevordert.

Voor *jeugdigen* geeft het ZiNL een tweeledig antwoord:

- Bij de intensieve revalidatie gaat het om jeugdigen bij wie de zintuiglijke revalidatie stagneert omdat er sprake is van bijkomende problematiek, bijvoorbeeld psychische klachten/stoornis, verstandelijke beperking, belastende gezinssituatie. Ondanks deze bijkomende problematiek heeft de sector ons laten weten dat de intensieve revalidatie niet meer omvat dan een combinatie van producten uit het productenboek van de sector. Aangezien het Zorginstituut in 2013 heeft aangegeven welke producten onder de Zvw vallen, en er nu geen nieuwe producten in het geding zijn, valt ook de intensieve revalidatie onder de ZG-zorg zoals bedoeld in art. 2.5a.
- 'Verblijf' is een te verzekeren prestatie onder de Zvw en opgenomen in artikel 2.12 Bzv. Onder de basisverzekering valt verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Indien dit verblijf medisch noodzakelijk is voor de te verlenen Zintuiglijk gehandicapten-zorg valt dit onder de verzekerde zorg. De medische noodzaak moet individueel worden vastgesteld.

Voor *volwassenen*:

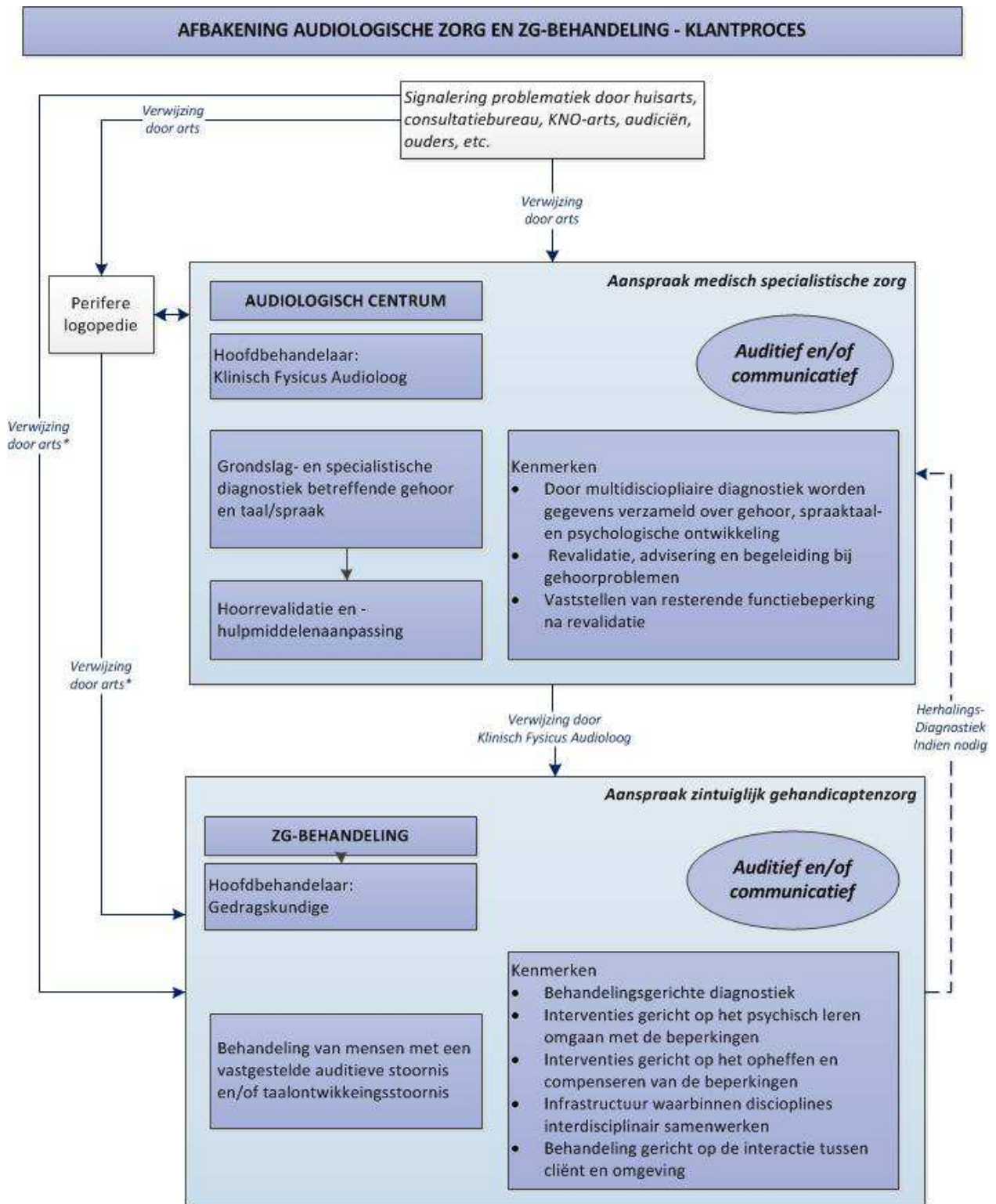
Het ZiNL stelt ook nog dat de intensieve revalidatie met verblijf zowel voor jeugdigen als voor volwassenen zintuiglijk gehandicapten bestaat. Bijvoorbeeld wanneer bij volwassenen de stoornis / beperking plotseling optreedt of plotseling verslechtert. De zorg gericht op het opheffen of compenseren van de beperkingen en/of de zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking, kan dan tijdelijk geïntensiveerd worden.

Het ZiNL heeft de sector gevraagd om in een **indicatieprotocol** uit te werken hoe men tot de conclusie komt dat ZG-zorg is aangewezen en niet, bijvoorbeeld, GGZ-zorg. Het kan gaan om langdurige trajecten en in het individuele geval moet duidelijk zijn op welk moment de behandeling succesvol is en eindigt of moet eindigen wegens uitblijven van resultaat. Daarom moet bij de indicatiestelling, die geldt voor de inhoud van de zorg, ook de aangewezen duur van de behandeling betrokken en onderbouwd worden.

---

<sup>1</sup> Ref.nr. 2015148771, dd 26 november 2015, getekend door Mw.mr.M. v.d. Veen-Helder, hoofd Pakket

## Bijlage 2 Afbakening Audiologische zorg en ZG-behandeling



\* Bij nieuwe cliënten (cliënten waar de ZG-stoornis nog niet eerder is vastgesteld) of bij cliënten waar er een wijziging in ZG-stoornis optreedt, moet er altijd sprake zijn van een verwijzing van een medisch specialist/KFA. Bij cliënten waar de ZG stoornis al eerder is vastgesteld door een medisch specialist/KFA (en waar er geen wijziging in de ZG stoornis is opgetreden) en waar er een ZG gerelateerde zorgvraag optreedt, kan worden volstaan met een verwijzing van de huisarts of de jeugdarts.

### **Bijlage 3 Verdiepende uitwerking van het onderscheid tussen behandeling in de sector ZG versus behandeling in de sector GGZ**

(behorend bij hoofdstuk 3.4.4 indicatieprotocol ZG aud/com)

#### ZG versus GGZ

Beide sectoren krijgen te maken met co-morbiditeit die binnen de eigen sector kan worden behandeld. Zoals bij de ZG-sector psychische problematiek voorkomt, heeft men binnen de GGZ te maken met psychiatrische problematiek gecombineerd met milde zintuiglijke stoornissen (gehoorverlies < 35 dB of spraak / taalstoornissen met testcores < 1,5 SD). Beide sectoren zijn hiertoe geëquipeerd, zeker met de mogelijkheid van het inroepen van elkaars advies (consultatie).

Kinderen met een auditieve stoornis of een taal ontwikkelingsstoornis lopen een veel grotere kans op het ontwikkelen van psychische en sociaal-emotionele problemen dan kinderen zonder deze stoornissen<sup>2</sup>. De ZG-sector is derhalve van oudsher gewend aan en toegerust op het omgaan met deze problematiek, naast het behandelen van de communicatieve beperkingen die samenhangen met de stoornis. Multidisciplinair handelen zit 'in de genen' van de ZG-sector.

Om de meest passende sector (ZG, GGZ, VG, LG of anderszins) te kunnen bepalen is goede diagnostiek op basis van eenduidige en heldere inhoudelijke criteria nodig voor wat betreft de aard, de ernst en complexiteit en de (mate van) handicap-gerelateerdheid van de problematiek. In de ZG-sector zijn daartoe heldere diagnostiekmodules ontwikkeld voor vaststelling van psychische problematiek inclusief criteria voor de ernst, complexiteit inclusief risicovolheid, sociale steunkader en beloopkenmerken van de psychische problematiek.

Diagnostische instrumenten die daarvoor worden gebruikt zijn o.a. de ASEBA (CBCL, TRF en YSR); de VOG, de VABS-screener en diverse intelligentietests: BSID, WNV, SON en WISC. Multidisciplinair overleg m.b.t. de interpretatie van de testgegevens, besluitvorming en indicatiestelling is daarbij structureel ingebouwd en tijdens de behandeling voortdurend aan de orde. Dit geldt al vanaf het moment dat we de cliënt voor het eerst zien op onze audiologische centra tot aan het moment dat we moeten vaststellen dat extramurale behandeling geen antwoord biedt op de hulpvraag van de cliënt (zie klantproces in hoofdstuk 3.4.2).

Naast *diagnostiekmodules* zijn er medisch herkenbare, homogene, methodisch onderbouwde, evidence en best practice based *behandelmogelijkheden* ontwikkeld, waarbinnen lichte tot matig ernstig, handicap-gerelateerde psychische problematiek kan worden behandeld.

De multidisciplinaire zorg is complex, divers en omvangrijk. Voor alle doelgroepen geldt dat naast de auditieve en/of communicatieve beperking vaak sprake is van bijkomende problematiek zoals ernstige sociaal-emotionele problematiek en/of een leerachterstand. Mogelijke psychische klachten als gevolg van de auditieve beperking behoren van oudsher tot het zorgaanbod van de ZG-sector. Als de vraag naar ZG-zorg duidelijk is, dan mag bijkomende milde problematiek geen contra-indicatie zijn. Dat is contrair aan de

---

<sup>2</sup> (Van Gent, T (2012), Mental health problems in deaf and severely hard of hearing children and adolescents. Thesis Leiden University; Van Daal, J. (2007). Behaviour problems in children with language impairment. JCPP, 48, 1139-1147)

beleidsinspanningen om zorg voor jeugdigen te 'ontschotten' en het aantal hulpverlenende instanties in gezinnen zo veel mogelijk te beperken.

Planbare psychologische interventies op basis van bijvoorbeeld psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en systeeminterventies kunnen goed in de context van de ZG-zorg worden geboden. Interventies op terrein van psychofarmaca, dwangmedicatie, separatie en beperking van vrijheden van cliënten in het kader van de wet BOPZ, psychiatrische zorg op maat en zorg bij crisissituaties zijn de expliciete expertise van de GGZ.

#### *Uitwerking wegingscriteria in termen van de DSM op cliëntniveau*

Inhoudelijke criteria voor behandeling in de ZG-sector worden beoordeeld naar aard van de psychische problematiek en naar ernst, complexiteit en risicovolheid en de mate van handicap-gerelateerdheid.

- Naar aard

Naar aard van de aanwezige psychische problematiek hanteert de ZG-sector inclusiecriteria die indiceren welke psychische problematiek primair vanuit de eigen sector kan worden behandeld, vermits de problematiek na onderzoek overwegend handicap gerelateerd blijkt te zijn.

Samengevat betreft het de volgende problematiek:

1. Aandachtsproblemen, opstandig of druk gedrag
2. Somberheid of angst, inclusief trauma en de emotionele reactie op inter- en intrapersonlijke stressoren
3. dwang
4. slaapproblemen

In veel gevallen bepalen wij niet zelf of de behandeling door de ZG-sector kan worden geboden. De complexiteit van de problematiek vereist in die gevallen een primair bio-psycho sociale benadering van onderzoek om een passende diagnose en indicatie te kunnen stellen voor de meest geschikte behandeling. Deze benadering past qua expertise primair in de gespecialiseerde J-GGZ of vereist naar oordeel van de poortwachter (huis-) arts eerst nader medisch onderzoek alvorens voor een psychologische (deel-) behandeling (al dan niet (deels) in de sector ZG) wordt doorverwezen. Ook de audiologische centra verwijzen in die gevallen door naar de J-GGZ. Dit geldt voor:

- Zindelijkheidsproblemen, problemen in de sociale omgang, het spel of het gedrag die aan een autisme spectrum stoornis doen denken (ASS), ticstoornissen, eetstoornissen, chronisch vermoeidheidssyndroom, Developmental Coordination Disorder (DCD), psychose, automutilatie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen,
- Voor psychische crisissituaties waarbij sprake is van een groot risico in termen van (dreigend) gevaar voor zichzelf -inclusief maatschappelijke teloorgang-, voor anderen of voor de omgeving.

In het kader van een behandeling door de J-GGZ kan de ZG-sector wel vanuit haar specifieke expertise:

- Inhoudelijk mee-behandelen of vervolgbehandeling bieden,
- Op communicatief gebied adviseren aan andere behandelaars om een behandeling elders beter mogelijk te maken, of
- In goed overleg tot (deel-) behandeling overgaan daar waar deze door afwezigheid van een indicatie voor een behandeling in de J-GGZ of bij het ontbreken van voldoende

visuele en communicatieve randvoorwaarden voor behandeling elders (zoals in de reguliere J-GGZ, de orthopedagogische zorg, de jeugdzorg). Omdat we hier te maken hebben met een kleine doelgroep met zeer specialistische visueel ruimtelijke en communicatieve zorgbehoeften is specialistische kennis op dit gebied in reguliere zorgvoorzieningen begrijpelijkerwijs vaak onvoldoende voorhanden. In DSM termen is dan de toegankelijkheid van de zorg in het geding. Dit kan behalve op inhoudelijke gronden ook het geval zijn bij een (te) grote afstand tot de zorgaanbieder. Indien dit het geval is, kan overwogen worden dat hulp vanuit de ZG-sector wordt aangeboden, daar waar de visueel-communicatieve voorwaarden aanwezig zijn en/of de afstand thuisnabij is. In dat geval behoort afstemming met en consultatie door de verwijzer tot de mogelijkheden. In alle gevallen is natuurlijk het streven dat de zorg steeds geboden wordt door de zorgverlener die daartoe het beste is toegerust en de zorg het meest doelmatig kan aanleveren<sup>3</sup>.

Taal-, spraak- en communicatiestoornissen (geclassificeerd binnen de DSM V onder de neuro-biologische ontwikkelingsstoornissen) worden alle tot de primaire zorg / het aandachtsgebied van de sector ZG gerekend. Samenwerking met de GGZ op het gebied van onderzoek, diagnostiek, behandeling en consultatie is nodig waar sprake is van co-morbiditeit. Vaak echter voelt de GGZ zich tekort schieten en verwijst om die reden weer terug.

- Naar ernst, complexiteit en risicovolheid en handicapgerelateerdheid  
Tot welke mate van ernst, complexiteit en risicovolheid kunnen handicap-gerelateerde psychische problemen worden behandeld op grond van inhoudelijke argumenten? Dit zijn psychische klachten waaronder lichte tot matig-ernstige handicap-gerelateerde symptomen van DSM stoornissen, d.w.z. waarbij de handicap (nog) voorligt en er voor de cliënt of systeem hoogstens:
  - Geen tot een latent tot zeer beperkt risico is in termen van: blootstelling aan geweld, gewelddadigheid, suïcidaliteit, in omstandigheden waarin escalatie van problemen dreigt,
  - Er beperkte complexiteit is in termen van lichamelijke of psychische co-morbiditeit, persoonlijkheidsproblematiek, of anderszins complicerende problematiek welke niet interfereert met de behandeling van het hoofdprobleem, en
  - Er in principe voldoende sociaal steunkader is in termen van veiligheid, toezicht, zorg, ondersteuning en daginvulling om lichte psychische problemen extramuraal te kunnen behandelen. Maar het sociale steunkader is dermate ontregeld door bijvoorbeeld interactieproblemen, gezinsproblemen of andere omgevingsstressoren, dat behandeling van de communicatieve en bijkomende zorgvragen welke passen binnen het ZG-zorgaanbod, alleen met tijdelijk verblijf kan worden aangepakt.
  - De kans op herstel voor cliënt door behandeling met verblijf groot is.

Bovengenoemde criteria voor specialistische ZG-zorg voor handicap-gerelateerde psychische klachten en stoornissen sluiten naar ernst, risicovolheid, complexiteit en beloop aan bij criteria voor zorg die beter in de specialistische GGZ kan worden geboden<sup>4</sup>.

- Onder symptomen van een lichte tot milde DSM-stoornis wordt hier verstaan: weinig tot enkele kernsymptomen en aanvullende symptomen met enige tot duidelijker

---

<sup>3</sup> zie ook Bakker & Jansen, HHM rapport, 2013

<sup>4</sup> idem



waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren (te onderscheiden van ernstiger stoornissen)

- Andere vigerende richtlijnen helpen deze criteria per klacht/stoornis scherper te stellen. In de multidisciplinaire richtlijn voor depressies bij jeugdigen ligt de grens tussen een milde en ernstige stoornis bij <9 symptomen, het ontbreken van psychose of suïcidaliteit, minder dan 15 symptomen op een zelfbeoordelingsschaal (CDI), en op niet meer dan 3 levensgebieden problemen (thuis, school, leeftijdgenoten, hobby/activiteiten)<sup>5</sup>. Het landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie adviseert depressieve kinderen <8 jaar sowieso naar de GGZ te verwijzen voor nader onderzoek, hetgeen binnen De sector ZG als criterium wordt overgenomen.

Ernstiger psychische klachten en stoornissen die bestaan naast de zintuiglijke stoornis, worden primair buiten de sector ZG behandeld. Dit dient bij voorkeur plaats te vinden in de gespecialiseerde J-GGZ (en/of in de somatisch specialistische zorg), daar waar voldoende expertise met de doelgroep D/SH/TOS (of anderszins communicatief beperkte) kinderen / jongeren is ontwikkeld, hetgeen slechts in enkele GGZ jeugdteams het geval is. We kunnen daarbij denken aan:

- Ernstiger handicap-gerelateerde stoornissen (in termen van symptomatologie, uitval en sociale impact, complexiteit, risico, sociale steun, en verwachte kans op herstel). Onder handicap-gerelateerde psychische problemen wordt hier verstaan klachten en symptomen die na onderzoek in het individuele geval overwegend het gevolg kunnen worden genoemd van de auditief/communicatieve handicap,
- Alle duidelijk niet handicap-gerelateerde psychische klachten en stoornissen. Onder niet handicap-gerelateerd kunnen dan worden verstaan: die klachten en stoornissen waarvan na oriënterend onderzoek / diagnostiek geen overwegend / voorliggend verband met de handicap of de communicatieve beperking kan worden aangetoond,
- Acute psychische problemen, in termen van (levensbedreigend) gevaar (b.v. suïciderisico of psychose, maatschappelijke teloorgang), gevaar voor anderen en omgeving, en / of de noodzaak tot verpleging.

Een ernstige psychische stoornis kan worden herkend aan het gegeven dat de meeste symptomen van een stoornis aanwezig zijn, er duidelijke sociale uitval is evenals substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren.

Omdat er in het geval van auditief/communicatief gehandicapte kinderen en jongeren bijna altijd sprake is van bovengemiddeld gecompliceerde problematiek, kan de J-GGZ -indien aan zet- zelf beoordelen of er wordt doorverwezen naar Jeugdzorg op voorwaarde dat de expertise in de lokale jeugdhulpverlening ter plekke toereikend is m.b.t. communicatieve beperkingen. Immers, deze zal niet overal in voldoende mate de visueel-ruimtelijke en communicatieve randvoorwaarden kunnen bieden voor deze kleine doelgroepen met complexe zorgbehoeften.

In de samenwerking die vanuit de sector ZG proactief wordt gezocht, worden gezamenlijk met de gespecialiseerde J-GGZ t.b.v. D/SH al werkende, steeds eenduidig te beoordelen criteria ontwikkeld ter bepaling van de ernst en complexiteit van de stoornis en het primaire aangrijpingspunt van behandeling voor elk van de zorgpartners.

---

<sup>5</sup> Trimbosinstituut, 2009

### *Uitwerking wegingscriteria in termen van de DSM op systeemniveau*

Het huidige beleid t.a.v. sociaal maatschappelijke gezinsproblematiek is één gezin één plan en het terugdringen van het aantal hulpverlenende organisaties. Wanneer een ZG-zorgorganisatie reeds is betrokken bij een gezin, zijn er duidelijke criteria nodig om vast te stellen wanneer zorg door de J-GGZ of opvoedkundige hulp geïndiceerd is. Belangrijke beoordelingsmomenten zijn vraagstukken rond de veiligheid van de kinderen in het betreffende gezin of opvoedingsproblemen samenhangend met medische, psychiatrische of verslavingsproblemen van de ouders. De ervaring leert echter dat de handelingsverlegenheid van medewerkers uit andere zorgsectoren dan de ZG zorg, dusdanig groot is dat ze veelal terugverwijzen naar de ZG-zorg.

Vergelijkbaar met het frequenter vóórkomen van psychische problematiek bij zintuiglijke stoornissen is dat ernstige communicatieve beperkingen vaak juist de oorzaak kunnen zijn van of een sterke invloed kunnen hebben op het ontstaan en in stand houden van de ernst van de sociaal-maatschappelijke gezinsproblematiek. Denk daarbij bijvoorbeeld aan sociale isolatie-, participatie- en interactieproblemen waarmee doofheid, slechthorendheid of taalstoornissen vaak gepaard gaan.

Nóg meer dan dat dat het geval is bij psychische problemen, is de ZG-sector juist van oudsher gericht op het in kaart brengen van sociaal-maatschappelijke gezinsproblematiek. Immers zodra een cliënt in aanmerking komt voor zorg wordt d.m.v. uitgebreide anamnese onderzocht in welke mate de zintuiglijke stoornis c.q. communicatieve beperking invloed heeft op het sociaal-maatschappelijk functioneren van het (gezins)systeem, waarbinnen de cliënt leeft.

Systeemgericht werken wordt zowel impliciet als expliciet toegepast, zowel binnen de anamnese als in de loop van de behandeling. Die werkwijze is mede geënt op het referentiekader van de ICF<sup>6</sup>.

De aard en ernst van relatie / gezinsproblematiek kan in kaart worden gebracht c.q. worden geclassificeerd. Dat kan m.b.v. de DSM, maar ook met de ICF. Zowel in de DSM IV als V bestaan hiervoor de V-codes (V61.9-V61.81). Er wordt onderscheid gemaakt tussen partner-, ouder / kind- en brusjesproblematiek. Er kan worden gedacht aan: overmatige ruzies en conflicten, gebrekkige of niet adequate communicatie, terugtrekking, frustratie / woede, vermijding, onveilige hechting, overbescherming, opvoedingsonmacht, overmatige zorgen of verdriet en jaloezie.

In de DSM wordt aangegeven dat de problematiek nader dient te worden gespecificeerd m.b.v. assessment en differentiaaldiagnostiek. Zoals gezegd vindt dit in principe op basis van de inclusiecriteria plaats binnen de sector zelf. Zowel binnen de audiologische centra als binnen de diagnostiek modules in de zorg is structureel aandacht voor exploratie van de gezinsproblematiek. Onderzocht wordt met welke oorzaken de gezinsproblematiek samenhangt. Als die samenhangt met de zintuiglijke stoornis of met de daarmee gepaard gaande communicatieve beperkingen, dan is de ZG-sector de aangewezen behandelsector. Als die samenhangt met stoornissen of problemen, die in andere sectoren dienen te worden behandeld, dan vindt verwijzing daar naar plaats.

---

<sup>6</sup> rapport systeemgericht werken J. Isarin, Kentalis – Pontem, nov 2013

Zodra blijkt dat de sociaal-emotionele gezinsproblematiek samenhangt met een zintuiglijke handicap dan behoort behandeling van die problematiek onverkort tot de ZG-sector, ongeacht de ernst van de problematiek. De communicatienood (onmacht / onvermogen tussen degenen met en zonder de zintuiglijke stoornis) hangt immers zo direct samen met de sociaal-maatschappelijke problematiek, dat vermindering van die nood direct kan leiden tot verkleining van de problematiek.

Behalve de directe communicatienood kunnen zintuiglijke handicaps aanleiding geven tot verwerkings- en aanpassingsproblemen bij de omgeving en (veelvuldig voorkomende) gevoelens van machteloosheid, schuld en schaamte tot forse problemen leiden bij ouders / verzorgers of andere gezinsleden . Met de behandeling daarvan heeft de ZG-sector decennia lang ervaring en specifieke deskundigheid opgebouwd.

In geval van (dreigende) agressie, mishandeling of (vermoedens van) misbruik wordt uiteraard contact gezocht met het AMK of andere instanties die voor behandeling daarvan zijn aangewezen.