

## Wlz-GGZ-zorgprofielen

Inhoudelijke beschrijving, resultaten 1<sup>e</sup> fase



## Inhoud

|            |  |    |
|------------|--|----|
| 1.         | Afbakening doelgroep .....                             | 3  |
| 1.1        | De huidige situatie .....                              | 3  |
| 1.2        | De toekomstige situatie; een nieuw Wlz-criterium ..... | 3  |
| 1.3        | Behandeling.....                                       | 5  |
| 2.         | Kenmerken doelgroep .....                              | 7  |
| 3.         | Zorgprofielen.....                                     | 8  |
| 4.         | Beschouwing .....                                      | 12 |
| Bijlage 1. | Vragenlijst Wlz-GGZ-zorgprofielen.....                 | 14 |
| Bijlage 2. | Beschrijvingen Wlz-GGZ-zorgprofielen.....              | 18 |

**Auteur(s)** dr. Patrick Jansen en drs. Peter Bakker  
**Opdrachtgever** Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg  
**Kenmerk** PJ/18/0999/zpggz  
**Publicatiedatum** 31 mei 2018

© Bureau HHM

# 1. Afbakening doelgroep

## 1.1 De huidige situatie

Sinds de inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 heeft een beperkte groep mensen met een psychische stoornis toegang tot de Wlz. Het betreft mensen die na verblijf met geneeskundige zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voortgezet verblijf nodig hebben. Dit is in artikel 3.2.2 van de Wlz als volgt omschreven:

- 1. Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.*
- 2. Na afloop van de periode, bedoeld in het eerste lid, kan de zorg telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaar verder worden voortgezet.*
- 3. Een onderbreking van ten hoogste negentig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd.*
- 4. Een verzekerde heeft slechts recht op zorg als bedoeld in het eerste en tweede lid voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen.*

Voor deze mensen zijn in de Regeling langdurige zorg (Rlz) vijf GGZ-B-voortgezet-verblijf-zorgprofielen gedefinieerd. Het besluit voor voortgezet verblijf wordt door het CIZ afgegeven, maar er vindt geen indicatiestelling op basis van de Wlz-toegangscriteria plaats (zie paragraaf 1.2). Indien de verantwoordelijk behandelaar aangeeft dat het verblijf met behandeling moet worden voortgezet krijgen deze mensen van het CIZ toegang tot de Wlz voor maximaal drie jaar (met een mogelijke verlenging van telkens drie jaar).

Deze voortgezet-verblijf-procedure blijft tot nader order gehandhaafd, omdat afschaffing van deze procedure consequenties heeft voor het vereveningsmodel in de Zvw en deze consequenties momenteel nog onvoldoende in beeld zijn. Bij de ontwikkeling van de zorgprofielen voor cliënten die voldoen aan de Wlz-criteria (zie volgende paragraaf) zijn we ervan uitgegaan dat de vijf GGZ-voortgezet-verblijf-zorgprofielen vooralsnog blijven bestaan voor cliënten die via de voortgezet-verblijf-procedure toegang krijgen tot de Wlz of cliënten die nu al Wlz-zorg ontvangen (huidige GGZ-B-groep).

## 1.2 De toekomstige situatie: toegang op basis van de Wlz-criteria

Naar aanleiding van de motie Keijzer en Bergkamp heeft het kabinet in 2014 het voornemen uitgesproken om mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op een vorm van permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel of escalatie ook toegang te bieden tot de Wlz. Het Zorginstituut heeft op 16 december 2015 geadviseerd om de huidige objectieve inhoudelijke Wlz-criteria ook voor de GGZ te laten gelden. Het kabinet heeft in het nieuwe regeerakkoord 'Vertrouwen in de

toekomst' kenbaar gemaakt het advies van het Zorginstituut op te volgen, mits de effecten geen belemmeringen vormen. In aansluiting hierop geeft voorliggende rapportage een beschrijving van Wlz-GGZ-zorgprofielen naast de reeds bestaande GGZ-B-voortgezet-verblijf-zorgprofielen, ervan uitgaande dat deze blijven bestaan, zolang het hiervoor beschreven artikel 3.2.2 van de Wlz van kracht blijft.

Voor mensen met een psychische stoornis die op basis van de Wlz-criteria toegang krijgen tot de Wlz gelden de voorwaarden die zijn beschreven in het eerste lid van artikel 3.2.1 van de Wlz:

*Een verzekerde heeft toegang tot de Wlz wanneer hij, vanwege een aandoening, stoornis, beperking of handicap, een blijvende behoefte heeft aan:*

- a. *permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of*
- b. *24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,*
  - *door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of*
  - *door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.*

Het gaat dus om een *blijvende* behoefte aan toezicht of nabijheid vanwege een reëel risico op escalatie of ernstig nadeel vanwege de aandoening, stoornis, beperking of handicap van de persoon. Hieronder volgt een toelichting op de onderstreepte termen uit artikel 3.2.1 Wlz, eerste lid.

### **Blijvend**

Blijvend wil zeggen: van niet voorbijgaande aard. Eventuele verbeteringen in het functioneren kunnen het beperkingenbeeld van de persoon niet zodanig wijzigen dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vervalst. Wel geldt voor deze groep cliënten dat voor hen een ontwikkelperspectief tot de mogelijkheden behoort.

### **Ernstig nadeel**

Ernstig nadeel betekent dat er als gevolg van fysieke problemen of zware regieproblemen een situatie kan ontstaan waarin verzekerde:

- a. Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- b. Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- c. Ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- d. Ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.

Bij 'ernstig nadeel voor de verzekerde' moet sprake zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde.

De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

### **Escalatie**

Acute verslechtering van de toestand van de verzekerde die onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maakt. Het kan hierbij gaan om fysieke of gedragsproblemen.

### **Permanent toezicht**

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties kan worden voorkomen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) misgaan.

### **24 uur per dag zorg in de nabijheid**

Zorg en toezicht is 24 uur per dag in de nabijheid nodig. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. De 24 uur per dag zorg in de nabijheid is nodig omdat:

- a. de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg (uitvoering van algemeen dagelijkse levensverrichtingen) nodig heeft.
- b. de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

De zorgprofielen die in voorliggende notitie worden beschreven gelden dus voor personen die voldoen aan de hiervoor beschreven Wlz-criteria.

## **1.3 Behandeling**

In artikel 3.1.1 van de Wlz is omschreven op welke zorg de verzekerde recht heeft. In lid c en d van dit artikel is beschreven welke behandeling dit betreft:

- c) *behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde;*
- d) *met verblijf gepaard gaande behandeling, waaronder wordt begrepen:*
  - 1°. *geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,*
  - 2°. *behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel*

*uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen;*

*3°. farmaceutische zorg;*

*4°. het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;*

*5°. tandheelkundige zorg;*

*6°. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.*

Deze beschrijving van behandeling maakt duidelijk dat als de grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd aan artikel 3.2.1 van de Wlz (het artikel waarin staat op basis van welke aandoeningen, stoornissen, beperkingen of handicaps een verzekerde recht op Wlz-zorg heeft) elke verzekerde met een psychische stoornis die op basis van de Wlz-criteria wordt toegelaten tot de Wlz recht heeft op behandeling.

Op dit moment bepaalt de plaats waar de Wlz-verzekerde de zorg ontvangt nog de inhoud van het verzekerde pakket (plaatsen met behandeling en plaatsen zonder behandeling). Bij de invoering van de Wlz is ervoor gekozen het onderscheid in behandelpakketten te behouden omdat aanpassen in de praktijk gevolgen heeft voor de bekostiging en de organisatie van de zorg. Destijds is toegezegd over het onderwerp behandeling advies te vragen aan het Zorginstituut. In het pakketadvies stelt het Zorginstituut voor de verschillen in verzekerde behandeling bij institutionele zorg op te heffen (onder 'institutionele zorg' verstaat het Zorginstituut zorg met verblijf en het volledig pakket thuis geleverd in een geclusterde setting). Het bestaan van verschillen in deze pakketten leidt namelijk tot onduidelijkheid voor cliënten, afstemmingsproblemen tussen Zvw-behandelaars en zorgpersoneel in instellingen, foutgevoeligheid bij medicijnenverstrekking en inefficiënties (verkeerde en dubbele declaraties). Het Zorginstituut adviseert dat alle cliënten bij institutionele zorg een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief (generalistisch) geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde. Belangrijke overweging daarbij is dat wanneer alle behandelzorg vanuit de Wlz wordt aangeboden, en dus niet langer versnipperd, dit ten goede komt aan de integraliteit en daarmee de kwaliteit van de zorg aan de cliënt (bron: Brief aan de Tweede Kamer met kenmerk 34104 nr. 198 d.d. 18 oktober 2017).

Het Ministerie van VWS komt in het najaar van 2018 met een reactie op het advies van het Zorginstituut. Dan zal duidelijk worden op welke wijze de behandeling voor cliënten die tot de Wlz zijn toegelaten wordt gefinancierd (integraal binnen de Wlz of afzonderlijk via de Zvw). Om tot een inhoudelijke beschrijving van zorgprofielen te komen gaan we ervan uit dat elke cliënt recht heeft op de behandeling in relatie tot de psychische stoornis op basis waarvan hij toegang heeft gekregen tot de Wlz. De wijze waarop deze behandeling wordt gefinancierd en/of geleverd staat hier los van en vormt geen onderscheidend criterium als dit niet in relatie staat tot objectieve cliëntkenmerken.

## 2. Kenmerken doelgroep

Om te bepalen of mensen met een psychische stoornis voldoen aan de criteria van de Wlz is het van belang dat op basis van de aandoening of stoornis kan worden onderbouwd waarom de persoon blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel.

Door deskundigen is aangegeven dat hiervoor kan worden geput uit informatie over de (recente) levensloop van de cliënt waarbij de volgende (combinatie van) kenmerken en indicatoren aan de orde kunnen zijn:

- Gebrek aan of het ontbreken van ziekte-inzicht.
- De hulpvraag niet uit kunnen stellen en/of verwoorden en/of niet in staat zijn om tijdig hulp te vragen.
- Beperkte cognitieve vaardigheden (geheugen, waarnemen, interpreteren en denken).
- Beperkt probleemoplossend vermogen.
- Impulsief beslissen/reageren; geen impulsbeheersing.
- Onvoorspelbaar gedrag.
- Een combinatie en interactie van beperkingen en problemen, waardoor de persoon kwetsbaar is en kans heeft op decompensatie.
- Niet kunnen plannen en organiseren.
- Niet in staat zijn om regie te voeren over een zelfstandige huishouding, niet de potentie (kunnen en willen) hebben om zelfstandig te wonen.
- Beperkingen zijn oorzaak en gevolg van de psychische stoornis (de stoornis is door onvermogen van de cliënt niet altijd gediagnostiseerd of niet te diagnosticeren of informatie over de diagnose en behandeling is in de periode van maatschappelijke teloorgang verloren gegaan).
- Beperkte ADL- en HDL-vaardigheden.
- Zelfverwaarlozing en slechte gezondheid in algemene zin (zoals nierfalen, diabetes, leveraandoeningen en cognitieve problemen).
- Toename van somatische klachten, zoals bij Korsakov, of vanwege psychiatrie (waaronder verslaving).
- Klachten voortkomend uit medicatie- en/of drugsgebruik.
- Ernstige mate van disfunctioneren op diverse levensgebieden.
- Gebrek aan sociale vaardigheden en interpersoonlijk functioneren.
- Onvermogen om duurzame contacten te onderhouden (geen sociaal steunend netwerk).
- Personen ervaren weinig binding met de samenleving, zijn eenzaam.
- Er is sprake van traumatisering door lichamelijk en/of seksueel geweld.
- Het verleden bestaat uit een verzameling van instabiele periodes (niet in stabiele situatie opgegroeid, perioden van dakloosheid, perioden van intramurale opname voor behandeling).

Kanttekening: voor mensen met een psychische stoornis is de blijvende behoefte aan toezicht/nabijheid soms moeilijk vast te stellen.

## 3. Zorgprofielen

In dit hoofdstuk beschrijven we zorgprofielen voor mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-criteria. Hierbij houden we rekening met de volgende randvoorwaarden:

- De inhoud van de zorgprofielen sluit aan bij de duiding van het Zorginstituut.
- De zorgprofielen zijn herkenbaar en onderscheidend voor cliënten en belanghebbende partijen.
- De zorgprofielen bieden aanknopingspunten voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om bijbehorende tarieven vast te stellen. Dit betekent dat binnen elk zorgprofiel sprake moet zijn van homogeniteit, zodat de bandbreedte van de zorgomvang per zorgprofiel beperkt is.
- De zorgprofielen zijn voor de indicatiestellers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) hanteerbaar om toe te passen bij het indicatiebesluit.
- De zorgprofielen bieden aanknopingspunten voor het zorg inkoopproces van Wlz-uitvoerders.

Voor het maken van een inhoudelijke beschrijving van deze zorgprofielen hebben we gegevens verzameld bij 10 zorgaanbieders (3 klinische aanbieders, 6 aanbieders met beschermd wonen en 1 aanbieder van verslavingszorg). Deze zorgaanbieders hebben de vragen die in bijlage 1 zijn opgenomen beantwoord voor 15-20 cliënten die verschillen qua cliëntkenmerken en naar aard en omvang van zorgbehoefte. In totaal hebben we over 184 cliënten gegevens ontvangen.

Uit de gegevens werd duidelijk dat de cliënten waarvan de zorgaanbieders (op basis van de kenmerken uit hoofdstuk 2) verwachten dat ze voldoen aan de Wlz-criteria, zich op een beperkt aantal kenmerken van elkaar onderscheiden en op een aantal andere kenmerken niet of nauwelijks:

Onderscheidende kenmerken:

- Cognitief functioneren
- ADL-vaardigheden

Bijkomende kenmerken:

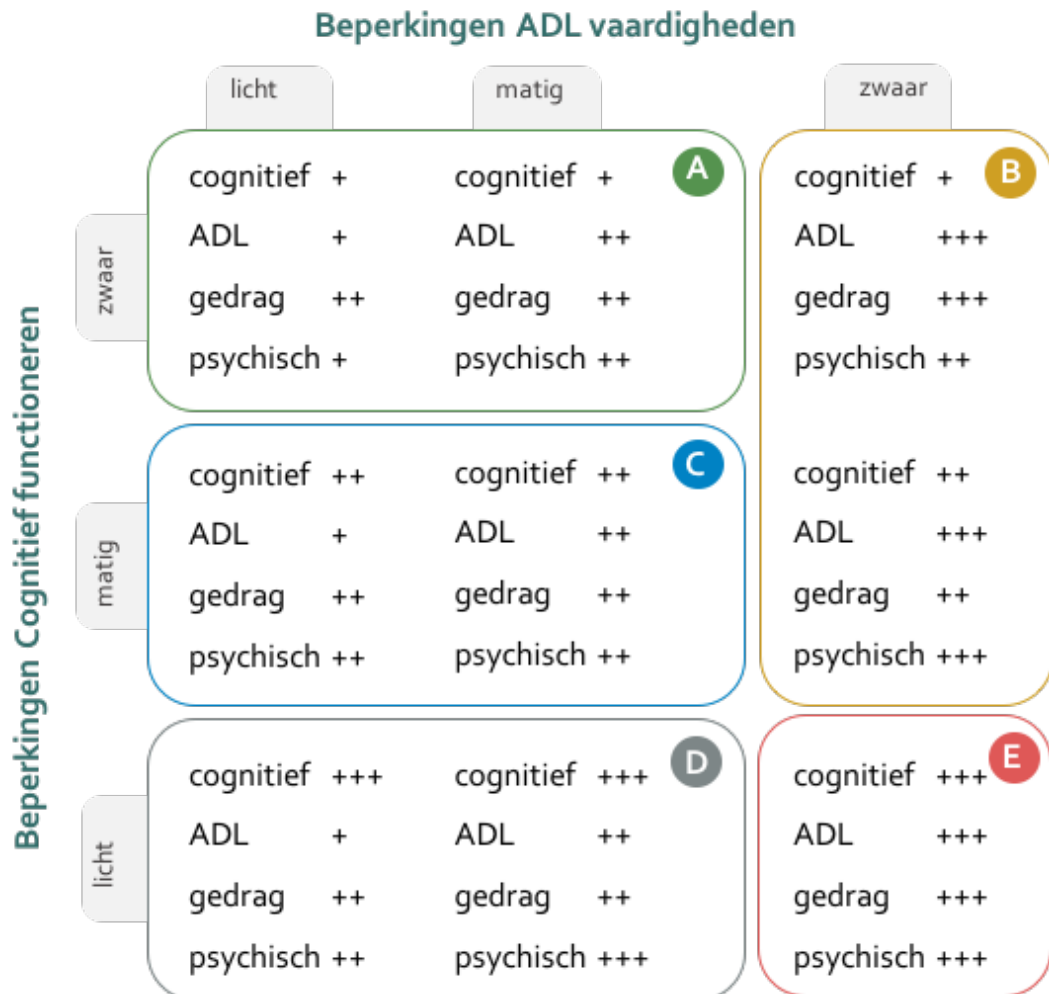
- Gedragmatig functioneren
- Psychisch functioneren

Niet onderscheidende kenmerken:

- Fysiek functioneren
- Oriëntatie
- Ernstig nadeel
- Behandeling



Vervolgens hebben we op basis van deze gegevens een indeling naar een aantal zorgprofielen gemaakt. Hierbij hebben we een matrix gemaakt met drie niveaus van cognitief functioneren en drie niveaus van ADL-vaardigheden. Vervolgens hebben we daaraan de mate van gedragsmatig en psychisch functioneren toegevoegd. Het resultaat van deze indeling is weergegeven in schema 1.



Schema 1. Indeling naar zorgprofielen op basis van gegevens uit de vragenlijst.

We hebben deze indeling besproken met vertegenwoordigers van de zorgaanbieders en een cliëntenorganisatie aan de hand van de volgende vragen:

- Welke cliëntkenmerken zijn essentieel om vast te stellen dat deze cliënten blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel?
- Is er grote diversiteit of grote overeenkomst tussen deze beoogde Wlz cliënten?
- Is er diversiteit of overeenkomst op het gebied van cliëntkenmerken en/of zorgvraag?
- Wat zijn essentiële onderscheidende cliëntkenmerken en/of zorgvragen?

Naar aanleiding van de bespreking van deze vragen en de indeling in schema 1 is afgesproken om op basis van de bestaande GGZ-B-C-profielen nieuwe beschrijvingen te maken voor de Wlz-GGZ-zorgprofielen voor personen die voldoen aan de Wlz-criteria. De

experts vonden een beschrijving op basis van de profielen uit schema 1 geen meerwaarde hebben ten opzichte van een aanpassing van de beschrijvingen van de bestaande profielen. Ten eerste vertonen GGZ-B en C-profielen veel overeenkomst met de indeling die uit schema 1 naar voren is gekomen. De B- en C-profielen zijn op basis van een vergelijkbaar onderscheid van ADL-vaardigheden en cognitieve vaardigheden opgebouwd, waarbij de B-profielen van toepassing zijn voor cliënten die verblijf nodig hebben vanwege de behandeling en de C-profielen voor cliënten die verblijf nodig hebben vanwege de ondersteuning. Ten tweede zijn de B- en C-profielen al in de praktijk toegepast en hebben bewezen dat de partijen in de praktijk hiermee in grote lijnen goed hebben kunnen werken.

Voor de nieuwe beschrijving hebben we ook gebruik gemaakt van de volgende notities die door diverse zorgaanbieders en stakeholders zijn aangedragen:

- Notitie over cliënten met Korsakov (Korsakov Kenniscentrum).
- Notitie over ouderen met chronisch psychiatrische verpleeghuiszorg (Actiz).
- Notitie over cliëntengroep EPA met comorbiditeit (HvO Querido).
- Memo MIND en Ypsilon over de GGZ en de Wet langdurige zorg.
- Reactie Per Saldo op onderzoek Wlz-zorgprofielen GGZ.
- [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl) (o.a. zorgstandaarden persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen en depressieve stoornissen).

Dit heeft geleid tot de volgende vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen, allemaal inclusief behandeling:

1. GGZ Wonen met intensieve begeleiding
2. GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
3. GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
4. GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
5. GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

Bij deze vijf zorgprofielen hebben vertegenwoordigers van enkele zorgaanbieders aangegeven dat ze hierin profielen missen voor mensen die vanwege complexe psychiatrische problematiek met onvoorspelbaar gedrag intensieve begeleiding en behandeling nodig hebben. Waarbij de snelheid waarmee escalaties kunnen optreden verpleegkundige en medische expertise in de nabijheid noodzakelijk is, zodat signalering tijdig kan plaatsvinden en hierop adequaat kan worden geanticipeerd.

Op basis van deze opmerkingen zijn van de zorgprofielen 3, 4, en 5 extra beschrijvingen gemaakt waarbij de behoefte aan deze behandel-component expliciet is beschreven (zorgprofiel 6, 7 en 8)<sup>1</sup>. Uit de bespreking van alle acht zorgprofielen tijdens de stakeholdersbijeenkomst werd duidelijk dat het onderscheid tussen deze drie extra

---

<sup>1</sup> 6. GGZ Intensieve behandeling met intensieve begeleiding en gedragsregulering

7. GGZ Intensieve behandeling met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging

8. GGZ Beveiligd wonen met intensieve behandeling vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

zorgprofielen en de overige zorgprofielen, geredeneerd vanuit cliëntkenmerken, niet onderscheidend is. Voor het CIZ is het niet mogelijk om op basis van cliëntkenmerken een onderscheid te maken tussen de profielen 3,4 en 5 versus 6, 7 en 8. Daarmee zijn deze drie extra zorgprofielen voor het CIZ niet hanteerbaar.

Daarnaast is 'behandeling' in de analyse niet naar voren gekomen als een onderscheidend kenmerk voor de totstandkoming van de zorgprofielen. In de vragenlijst hebben we wel gevraagd om per cliënt aan te geven welke behandelaar behandeling levert en in welke omvang. In tabel 1 hebben we aan de hand van de profielen uit schema 1 weergegeven in welke mate verschillende type behandelaren behandeling leveren.

| Behandelaar     | A   | B   | C   | D   | E   |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Psychiater      | 85% | 85% | 85% | 80% | 90% |
| Arts            | 45% | 75% | 45% | 45% | 65% |
| Psychotherapeut | 0%  | 0%  | 0%  | 5%  | 0%  |
| Psycholoog      | 20% | 15% | 25% | 15% | 5%  |
| SPV-er          | 45% | 65% | 55% | 70% | 65% |
| Anders          | 35% | 35% | 30% | 45% | 40% |

Tabel 1. Mate van behandeling verdeeld over vijf profielen en uitgesplitst naar type behandelaar.

De gegevens in tabel 1 maken duidelijk dat een grote meerderheid van de cliënten onder behandeling van een psychiater staat en een kleiner aantal behandeling krijgt van een andere arts of SPV-er. Over de omvang van de behandeling hebben we beperkt informatie gekregen. Meest belangrijke reden hiervoor is, dat veel van deze cliënten behandeling ontvangen via de Zvw waarop de zorgaanbieder die beschermd wonen levert geen zicht heeft.

Naar aanleiding van de bespreking tijdens de stakeholdersbijeenkomst stellen we voor om vooralsnog uit te gaan van vijf zorgprofielen. Daarbij stellen we wel voor om op het moment dat tarieven worden ontwikkeld bij deze zorgprofielen, per zorgprofiel nader in beeld te brengen wat de benodigde omvang van behandeling is. Op basis van de bandbreedte die wordt gevonden met betrekking tot de mate van behandeling kan dan worden bepaald hoe gekomen kan worden tot passende tarieven. Ons voorstel is ook om per zorgprofiel te inventariseren of er cliëntkenmerken zijn waardoor het niet mogelijk is om de zorg te verzilveren in de vorm van een modulair pakket thuis, volledig pakket thuis of persoonsgebonden budget (bijvoorbeeld vanwege de directe noodzakelijke aanwezigheid van verpleegkundige en medische expertise, zodat signalering altijd tijdig kan plaatsvinden en hierop adequaat kan worden geanticipeerd).

In bijlage 2 is van de vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen een uitgebreide beschrijving opgenomen. Deze zijn van toepassing voor alle cliënten die op basis van een psychische stoornis voldoen aan de Wlz-criteria. Gegeven het feit dat vrijwel alle cliënten behandeling ontvangen en elke cliënt die is toegelaten tot de Wlz hier recht op heeft, is behandeling onderdeel van elk zorgprofiel.

## 4. Beschouwing

In afstemming met een aantal zorgaanbieders hebben we een beschrijving gemaakt van vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen. Deze profielen zijn opgebouwd in lijn met de bestaande Wlz-zorgprofielen en gegeven de bestaande bekostigingssystematiek met zorgzwaartepakketten, toeslagen en meerzorgregeling. Reden hiervoor is dat uit onderzoek van de NZa in 2015 is gebleken dat de partijen tevreden zijn met de bestaande structuur van zorgprofielen en dit in 2017 is herbevestigd in een ander onderzoek van de NZa ter voorbereiding op het Wlz-kostenonderzoek. Desondanks hebben partijen tijdens voorliggend onderzoek wel aangegeven dat een modulair opgebouwd systeem (met bijvoorbeeld modules voor verzorging, begeleiding en behandeling) wellicht meer mogelijkheden biedt om persoonsgerichte zorg te leveren, zodat je op elk gewenst moment kunt opschalen en afschalen. Op dit moment hebben VWS en de NZa er echter voor gekozen om uit te gaan van de bestaande structuur, om geen onderscheid te creëren tussen de zorgprofielen van de verschillende grondslagen.

Om toegang te krijgen tot de Wlz moet de persoon blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel. Gedurende elke bijeenkomst met experts is aangegeven dat het voor de GGZ-doelgroep lastig of zelfs onmogelijk is om deze blijvendheid vast te stellen. In hoofdstuk 2 hebben we kenmerken beschreven die behulpzaam kunnen zijn om de blijvendheid vast te stellen. We bevelen VWS aan om samen met het CIZ een traject te starten om deze kenmerken nader te operationaliseren in relatie tot de toegangscriteria van de Wlz.

Gedurende het traject is diverse keren gebleken dat het feit dat VWS in het najaar van 2018 een besluit neemt over het advies van het Zorginstituut over de behandeling in de Wlz tot onduidelijkheden heeft geleid bij de beschrijving van de nieuwe zorgprofielen. Omdat alle cliënten die op basis van een psychische stoornis zouden worden toegelaten tot de Wlz recht hebben op behandeling, hebben we dit in alle zorgprofielen opgenomen. De beschrijving van de zorgprofielen staat los van de wijze waarop deze behandeling momenteel wordt gefinancierd; binnen of buiten de Wlz. Bij de uitwerking van de zorgprofielen om te komen tot passende tarieven dient per zorgprofiel in beeld te worden gebracht wat de omvang van de benodigde behandeling is.

De zorgprofielen zijn gebaseerd op gegevens van 10 zorgaanbieders (3 klinische aanbieders, 6 aanbieders met beschermd wonen en 1 aanbieder van verslavingszorg), waarbij elke zorgaanbieder gegevens heeft aangeleverd voor 15-20 cliënten die verschillen qua cliëntkenmerken, naar aard en omvang van zorgbehoefte en een weerspiegeling zijn van de diversiteit aan cliënten voor die zorgaanbieders. In totaal hebben we over 184 cliënten gegevens ontvangen. Op basis van de reacties die we hebben gekregen tijdens de stakeholdersbijeenkomst is de verwachting dat de vijf beschreven zorgprofielen een goede basis vormen voor de indeling van alle mensen met een psychische stoornis die mogelijk toegang tot de Wlz krijgen. Echter, de voorgestelde zorgprofielen zijn nog niet toegepast in de praktijk. We bevelen aan als tweede fase van de inhoudelijke ontwikkeling in de praktijk

te toetsen of deze zorgprofielen representatief zijn voor de personen met een psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-criteria en met voorstellen te komen voor eventueel noodzakelijke aanpassingen. Bij de ontwikkeling van de nieuwe zorgprofielen zijn we ervan uitgegaan dat de voortgezet-verblijf-route met de vijf GGZ-B-zorgprofielen afzonderlijk blijft bestaan (zie paragraaf 1.1). Tevens biedt deze toets de gelegenheid om af te stemmen met de geplande ontwikkelingen van een GGZ-kwaliteitskader voor de Wlz.

## Bijlage 1. Vragenlijst Wlz-GGZ-zorgprofielen

U kunt deze vragenlijst invullen voor 15-20 cliënten van uw organisatie die op basis van de aandoening of (psychische) stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel (zie ook de notitie Afbakening doelgroep Wlz, kenmerk PB/18/0361). We willen u vragen om bij deze selectie te kiezen voor cliënten die verschillen qua cliëntkenmerken en naar aard en omvang van zorgbehoefte.

### Persoonlijke gegevens van de cliënt

Naam organisatie: \_\_\_\_\_

Cliëntkenmerk: \_\_\_\_\_

Leeftijd cliënt: \_\_\_\_\_ jaar

Stoornissen/aandoeningen (meerdere antwoorden mogelijk):

- psychische stoornis
- somatische aandoening
- psychogeriatrische aandoening
- verstandelijke handicap
- lichamelijke handicap
- zintuiglijke handicap

Gebruik psychofarmaca:

- ja
- nee

Aard en omvang (Zvw/Wlz-)behandeling (meerdere antwoorden mogelijk):

- psychiater                      uren per week: \_\_\_\_
- arts                                      uren per week: \_\_\_\_
- psychotherapeut              uren per week: \_\_\_\_
- psycholoog                      uren per week: \_\_\_\_
- spv-er                                  uren per week: \_\_\_\_
- anders                                  uren per week: \_\_\_\_
- onbekend

## Cliëntkenmerken

| In hoeverre heeft de cliënt problemen met... | Geen probleem<br>Cliënt kan deze activiteiten zelf/er is geen hulp van een ander nodig | Wel een probleem<br>Cliënt kan deze activiteiten zelf/een ander moet toezien of stimuleren | Wel een probleem<br>Cliënt kan deze activiteiten slechts met veel moeite/een ander moet helpen | Wel een probleem<br>Cliënt kan deze activiteiten niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen | Niet beoordeeld/niet van toepassing |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
| ... het cognitief functioneren?              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            |
| ... het fysiek functioneren?                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            |
| ... ADL-vaardigheden?                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            |
| ... oriëntatie?                              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            |
| ... gedragsmatig?                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            |
| ... psychisch functioneren?                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            |

## Toelichting antwoordcategorieën:

- **Geen probleem** (cliënt kan deze activiteiten zelf en/of er is geen hulp van een ander nodig)  
Deze score wordt geregistreerd als de cliënt geen probleem heeft of geen beperking ten aanzien van de betreffende activiteit.
- **Wel een probleem** (cliënt kan deze activiteiten zelf en/of een ander moet toezien of stimuleren)  
Deze score wordt geregistreerd als de cliënt een andere persoon nodig heeft, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om met het probleem om te gaan of de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.
- **Wel een probleem** (cliënt kan deze activiteiten slechts met veel moeite en/of een ander moet helpen)  
Deze score wordt geregistreerd als de cliënt de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf kan uitvoeren of met veel moeite met het probleem weet om te gaan. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen of helpen bij het oplossen van het probleem, waarbij de resterende zelfredzaamheid van de verzekerde wordt gerespecteerd en/of zoveel mogelijk wordt bevorderd.
- **Wel een probleem** (cliënt kan deze activiteiten niet zelfstandig en/of een ander moet dit overnemen)  
Deze score wordt geregistreerd als de cliënt de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren of geheel niet met het probleem kan omgaan. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen of het probleem geheel oplossen.
- **Niet beoordeeld/niet van toepassing**

## Toelichting vragen:

- Bij **cognitief functioneren** gaat het er om in hoeverre de cliënt ziekte-inzicht heeft, in staat is om zijn eigen vaardigheden goed in te schatten, adequaat reageert op onverwachte situaties, in staat is tot het oplossen van problemen, het nemen van besluiten en het inschatten van de gevolgen daarvan, complexe taken te initiëren, dagelijkse routine te regelen, zicht begrijpelijk kan maken naar anderen, een gesprek kan voeren en contacten met anderen onderhoudt.
- Bij **fysiek functioneren** gaat het er om in hoeverre de cliënt in staat is te lopen, het kunnen veranderen van de lichaamspositie (zoals opstaan uit een stoel of bed), het kunnen handhaven van de lichaamspositie (rechttop blijven staan of zitten) en het kunnen voortbewegen in huis of buitenshuis (met of zonder hulpmiddelen).

- Bij **ADL-vaardigheden** gaat het er om of de cliënt in staat is zich aan- en uit te kleden, naar het toilet te gaan, zichzelf te reinigen, tanden en haren te verzorgen, een broodmaaltijd te bereiden of huishoudelijke apparaten te gebruiken zoals een wasmachine, stofzuiger of strijkijzer. Deze score wordt verricht vanuit zowel cognitieve stoornissen als fysieke stoornissen.
- Bij **oriëntatie** gaat het er om in hoeverre de cliënt in staat is om zich te oriënteren in tijd, plaats, ruimte of persoon en problemen heeft met het geheugen of denken? Deze score wordt verricht vanuit zowel cognitieve stoornissen als fysieke stoornissen.
- Bij **gedragmatig functioneren** gaat het er om in hoeverre de cliënt onaangepast gedrag vertoont in de vorm van zelfverwonding, verbale of lichamelijke agressie, destructie, verslaving, manipulatie, dwangmatigheid of grensoverschrijdend seksueel gedrag.
- Bij **psychisch functioneren** gaat het er om in hoeverre de cliënt zich angstig voelt en/of last heeft van hallucinaties, wanen, irreële angsten, hechtingsproblemen, depressie, achterdocht, decorumverlies en/of stemmingswisselingen zonder zichtbare aanleiding.

### Vaststellen ernstig nadeel

1. Kunnen er gevaren optreden als gevolg van de beperkingen?  
*Denk aan: vallen, stikken, (ver)dwalen, misbruik (lichamelijk/financieel), onder invloed van anderen komen (loverboys), verslaving, zelfdestructie, verwaarlozing, lichamelijke letsel.*  ja  nee
2. Zijn de gevaren blijvend?  
*Er zijn geen veranderingen meer mogelijk in de persoon of met hulpmiddelen (actief door maatregelen/behandeling/ hulpmiddelen of passief doordat de gevaren spontaan/vanzelf verdwijnen).*  ja  nee
3. Is de verzekerde in staat om dreigend gevaar goed in te schatten?  ja  nee
4. Is de verzekerde in staat om bij dreigend gevaar adequate hulp in te roepen?  ja  nee
5. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt?  ja  nee
6. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde zichzelf in ernstige mate verwaarloost?  ja  nee
7. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde ernstig lichamelijke letsel oploopt?  ja  nee
8. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt  ja  nee

### Keuze Zorgprofielen

Kunt u aangeven welk van de volgende beschrijvingen (zie pagina 4 t/m 8) het huidige zorgprofiel van de cliënt het beste weergeeft:

- ZP 3 GGZ Beschermd wonen met intensieve begeleiding**  
Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening intensieve begeleiding nodig. De cliënten hebben een veilige, weinig eisende en prikkelarme woonomgeving nodig die bescherming, stabiliteit en structuur biedt. De symptomatologie is bij deze cliënten naar de achtergrond geschoven en de 'defecten' staan op de voorgrond. De begeleiding is dan ook met name gericht op het omgaan met deze defecten. De psychiatrische problematiek bij deze cliënten varieert van passief tot actief. De psychiatrische symptomen zijn bij tijd en wijle lastig onder controle te krijgen; dan is intensivering van zorg gewenst (of bijstelling van medicatie).



- **ZP 4 GGZ Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding en verzorging**  
Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening intensieve begeleiding nodig. De cliënten hebben een structuur en toezicht biedende beschermende woonomgeving nodig, die deels een besloten karakter kan hebben (gecontroleerde in- en uitgang). Er is ondersteuning van taken op alle levensterreinen nodig inclusief hulp vanwege (somatische) gezondheidsbeperkingen. De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten actief van aard (de psychopathologie is floride, en/of er is sprake van actieve middelen verslaving). De problematiek wordt getracht onder controle te houden met medicijnen, indien van toepassing gecontroleerd gebruik van middelen en intensieve begeleiding.
- **ZP 5 GGZ Beschermd wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering**  
Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening intensieve zorg en intensieve begeleiding nodig. De woonomgeving moet veel structuur, veiligheid en bescherming bieden, die deels een besloten karakter kan hebben (gecontroleerde in- en uitgang). Er is ondersteuning en overname van taken op alle levensterreinen nodig. De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten actief van aard (de psychopathologie is floride, en/of er is sprake van actieve middelenverslaving). De problematiek wordt getracht onder controle te houden met medicijnen, indien van toepassing gecontroleerd gebruik van middelen en intensieve begeleiding.
- **ZP 6 Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging**  
Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening, in combinatie met een somatische aandoening, lichamelijke handicap of verstandelijke beperking, intensieve begeleiding en zorg nodig. De woonomgeving moet veel structuur, veiligheid en bescherming bieden en zijn aangepast aan de beperkingen van de cliënten (b.v. rolstoelgebruik). Er is veelal overname van taken op alle levensterreinen nodig. De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten actief van aard (de psychopathologie is floride). De problematiek wordt getracht onder controle te houden met medicijnen en intensieve begeleiding.
- **ZP 7 Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding**  
Deze cliëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is zeer intensieve begeleiding nodig met daarnaast intensieve verzorging, een buitengewoon gestructureerd klimaat en grote mate van beveiliging en bescherming. De verblijfsomgeving moet hier op zijn afgestemd. Er is een specifieke bouwkundige setting en specifieke beveiligingsklimaat nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf. De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.
- **Geen van bovenstaande**

➔ Zie de volgende pagina's voor een uitgebreide omschrijving van de profielen.

NB: deze omschrijvingen zijn niet opgenomen in deze bijlage.

## Bijlage 2. Beschrijvingen Wlz-GGZ-zorgprofielen

| GGZ Wonen met intensieve begeleiding  |  |
|---|--|
| <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening intensieve begeleiding nodig. Ze zijn niet in staat regie te voeren over een zelfstandige huishouding, hebben niet de potentie (kunnen en willen) om zelfstandig te wonen; kunnen hun hulpvraag niet uitstellen en/of verwoorden en/of zijn niet in staat om tijdig hulp te vragen. Er is sprake van een beperkt probleemoplossend vermogen, van impulsief beslissen en reageren en van problemen in de impulsbeheersing.</p> <p>Het vaardigheidsniveau van de cliënt is beperkt. Cliënten kunnen eenvoudige taken waar zij in het dagelijks leven voor staan niet zonder begeleiding uitvoeren. De cliënten hebben een veilige, weinig eisende en prikkelarme woonomgeving nodig die bescherming, stabiliteit, veiligheid en structuur biedt. De begeleiding/ behandeling is dan ook met name gericht op het omgaan met de defecten en de kwetsbaarheid als gevolg daarvan, op het ondersteunen en behandelen van cliënten om het probleemgedrag om te buigen tot constructief of functioneel gedrag.</p> <p>De psychiatrische problematiek bij deze cliënten varieert van passief tot actief. De psychiatrische symptomen zijn bij tijd en wijle lastig onder controle te krijgen, dan is intensivering van zorg gewenst (of bijstelling van medicatie). Cliënten hebben zelf geen of beperkt inzicht in de gevolgen van de aandoening en de effecten van hun (probleem)gedrag.</p> |  |
| <b>Sociale redzaamheid</b>  | De cliënten hebben ten aanzien van hun sociale redzaamheid dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies van zelfregie en/of een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Buiten professionals hebben cliënten zeer weinig relaties die steunend kunnen zijn of deze relaties zijn niet in de nabijheid. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men nagenoeg niet in staat, cliënt ervaart geen binding met de samenleving. Cliënt vraagt niet op een adequate wijze om hulp, geeft de eigen grenzen niet aan. |
| <b>Psychosociale/ cognitieve functies</b>   | Er zijn forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige taken. De cliënten hebben bijvoorbeeld begeleiding nodig bij het beheren van geld en/of het verrichten van administratieve handelingen. Cliënten hebben begeleiding nodig bij het structureren van de dag en het doen van dagelijkse repeterende handelingen zoals verzorgen van maaltijden en doen van boodschappen. De cliënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle cognitieve/psychische functies.  |
| <b>ADL/HDL</b>  | Ten aanzien van ADL hebben de cliënten in het algemeen behoefte aan toezicht of stimulatie met betrekking tot de persoonlijke verzorging en het schoonhouden van hun persoonlijke leefomgeving.  |
| <b>Mobiliteit</b>   | Cliënten hebben vanwege lichamelijke schade ten gevolge van leefstijl en/of vanwege gevolgschade van de stoornis en/of de medicatie, eerder dan gemiddeld mobiliteitsproblemen. Vaak maken zij gebruik van hulpmiddelen op relatief jonge leeftijd vanwege somatische aandoeningen.  |

| GGZ Wonen met intensieve begeleiding                   |  |
|--|--|
| <b>Gedrag-<br/>problematiek</b>                        | Bij deze cliënten kan terugkerend sprake zijn van enige gedragsproblematiek, maar die is hanteerbaar in de context van voortdurende begeleiding in de nabijheid. Dit speelt met name bij reactief gedrag met betrekking tot interactie.  |
| <b>Aard van het<br/>begeleidings/<br/>behandeldoel</b> | De aard van het begeleidings/behandeldoel is leren omgaan met of begeleiden bij de kwetsbaarheid en het hanteren van de effecten van hun gedrag. De focus ligt op stabilisatie en behoud van vaardigheden en is ontwikkelingsgericht. Er kan echter ook sprake zijn van begeleiding bij achteruitgang en het voorkomen van instabiliteit op het gebied van levensterreinen zoals huisvesting, financiën en sociale relaties. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag. |
| <b>Dominante<br/>grondslag</b>                         | De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort). Mogelijk in combinatie met een (licht) verstandelijke beperking en/of een lichte somatische aandoening.  |

**GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging**

Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening intensieve begeleiding nodig. Ze kunnen hun hulpvraag niet uitstellen en/of verwoorden en/of zijn niet in staat om tijdig hulp te vragen. De cliënten hebben een structuur en toezicht biedende beschermende woonomgeving nodig, die deels een besloten karakter kan hebben (gecontroleerde in- en uitgang). Er is ondersteuning van taken op alle levensterreinen nodig inclusief hulp vanwege (somatische) gezondheidsbeperkingen.

De psychiatrische problematiek bij deze cliënten varieert van passief tot actief en/of er is sprake van actieve middelen verslaving. De problematiek wordt getracht onder controle te houden met medicijnen en begeleiding/ behandeling gericht op het gedrag van de cliënt, op het ondersteunen en behandelen van cliënten om het probleemgedrag om te buigen tot constructief of functioneel gedrag. Indien van toepassing is sprake van gecontroleerd gebruik van middelen.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Sociale redzaamheid</b></p>                | <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun sociale redzaamheid dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Buiten professionals hebben cliënten zeer weinig relaties die steunend kunnen zijn of deze relaties zijn niet in de nabijheid. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, cliënt ervaart geen binding met de samenleving. Cliënt vraagt niet op een adequate wijze om hulp, geeft de eigen grenzen niet aan.</p> |
| <p><b>Psychosociale/ cognitieve functies</b></p> | <p>Er zijn forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige taken. De cliënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Dagelijks repeterende handelingen worden voor de cliënt georganiseerd, cliënt kan daarbij onder begeleiding taken uitvoeren. Cliënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle cognitieve/psychische functies; er kan sprake zijn van geheugendefecten.</p>   |
| <p><b>ADL/HDL</b></p>                            | <p>Ten aanzien van ADL hebben de cliënten vanwege een slechte gezondheid in algemene zin vaak dagelijks behoefte aan hulp bij de persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld als gevolg van problemen passend bij het ouder worden of door verwaarlozing van de gezondheid door het zwerven op straat). Cliënten kunnen hun persoonlijke leefomgeving niet zelfstandig schoonhouden, hierbij worden zij intensief begeleid.</p>   |
| <p><b>Mobiliteit</b></p>                         | <p>Cliënten hebben vanwege lichamelijke schade ten gevolge van leefstijl en/of vanwege gevolgschade van de stoornis en/of de medicatie, eerder dan gemiddeld mobiliteitsproblemen. Vaak maken zij gebruik van hulpmiddelen op relatief jonge leeftijd vanwege somatische aandoeningen. Op bekende 'ingesleten' routes kunnen ze zonder begeleiding reizen. Voor overige routes reizen ze met begeleiding.</p>   |
| <p><b>Gedragsproblematiek</b></p>                | <p>Bij deze cliënten is sprake van gedragsproblematiek. De begeleiding is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek en het begeleiden van gedrag als gevolg van cognitieve schade.</p>  |

**GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging**

|  |   |
|--|---|
| <b>Aard van het begeleidings/ behandeldoel</b> | De aard van het begeleidings/behandeldoel is ontwikkelingsgericht in het leren omgaan met of begeleiden bij de kwetsbaarheid en het hanteren van de effecten van hun gedrag. Gericht op het voorkomen van instabiliteit op het gebied van huisvesting, financiën, sociale relaties. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag. |
|  |   |
| <b>Dominante grondslag</b>                     | De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), mogelijk in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of verstandelijke handicap.   |

| GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering  |   |
|--|---|
| <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening intensieve zorg en intensieve begeleiding nodig. Ze kunnen hun hulpvraag niet uitstellen en/of verwoorden en/of zijn niet in staat om tijdig hulp te vragen. De woonomgeving moet veel structuur, veiligheid en bescherming bieden, die deels een besloten karakter kan hebben (gecontroleerde in- en uitgang). Er is ondersteuning en overname van taken op alle levensterreinen nodig.</p> <p>De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten actief van aard (de psychopathologie is floride). De problematiek wordt getracht onder controle te houden met medicijnen en intensieve begeleiding/behandeling.</p> |   |
| <b>Sociale redzaamheid</b>   | De cliënten hebben ten aanzien van hun sociale redzaamheid dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Er is sprake van verlies van zelfregie en vaak van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten zijn vanwege een gebrek aan sociale vaardigheden niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, cliënten ervaren grote afstand tot de maatschappij. Cliënt vraagt niet op adequate wijze om hulp, geeft de eigen grenzen niet aan.   |
| <b>Psychosociale/ cognitieve functies</b>  | Bij deze cliënten ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen of is aanvullende hulp noodzakelijk. De cliënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle cognitieve/psychische functies. Ze beslissen vaak impulsief, hebben geen inzicht in de consequenties van gedrag.  |
| <b>ADL/HDL</b>   | Ten aanzien van ADL hebben de cliënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan toezicht en stimulatie en/of hulp. Er kunnen somatische problemen zijn die extra aandacht vragen als gevolg van zelfverwaarlozing. Cliënten verwaarlozen hun persoonlijke leefomgeving hebben hierbij intensieve begeleiding nodig.   |
| <b>Mobiliteit</b>  | Cliënten hebben vanwege lichamelijke schade ten gevolge van leefstijl en/of vanwege gevolgschade van de stoornis en/of de medicatie, eerder dan gemiddeld mobiliteitsproblemen. Vaak maken zij gebruik van hulpmiddelen op relatief jonge leeftijd vanwege somatische aandoeningen. Op zeer bekende 'ingesleten' routes kunnen ze zonder begeleiding reizen. Voor overige routes reizen ze met begeleiding.   |
| <b>Gedrags-problematiek</b>  | Bij deze cliënten is sprake van ernstige gedragsproblematiek die, mede door intensieve begeleiding, voortdurend moet worden gereguleerd. Deze cliënten doen een groot beroep op hun omgeving en zetten deze voortdurend onder druk met probleemgedrag. Ze zijn beperkt gevoelig voor correctie en niet in staat hun gedrag na correctie aan te passen, hebben weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactie-problemen en een relatief beperkt leervermogen. Er is sprake van verbaal agressief gedrag, manipulatief, dwangmatig, destructief en reactief gedrag met betrekking tot interactie. Er kan sprake zijn van zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag. |

| GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering |   |
|---|---|
| <b>Aard van het begeleidings/ behandeldoel</b>            | De aard van het begeleidings/behandeldoel is stabilisatie en continuering van de situatie dan wel ontwikkelingsgericht (daar waar mogelijk). Cliënten worden begeleid met of geleerd om te gaan met hun kwetsbaarheid en het hanteren van de effecten van hun gedrag. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag. |
| <b>Dominante grondslag</b>                                | De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), mogelijk in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of verstandelijke handicap.   |

**GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging**

Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening, in combinatie met een somatische aandoening, lichamelijke handicap of verstandelijke beperking, intensieve begeleiding en zorg. Ze kunnen hun hulpvraag niet uitstellen en/of verwoorden en/of zijn niet in staat om tijdig hulp te vragen. De wederzijdse beïnvloeding van de stoornissen, aandoeningen en/of beperkingen leidt tot complexe zorgvragen. De woonomgeving moet veel voorspelbaarheid, structuur, veiligheid en bescherming bieden en zijn aangepast aan de beperkingen van de cliënten (b.v. rolstoelgebruik). Er is veelal overname van taken op alle levenssterreinen nodig. Cliënten zijn kwetsbaar bij een verstoring van het lichamelijk/cognitief ziektebeeld.

De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten actief van aard (de psychopathologie is floride). De problematiek wordt getracht onder controle te houden met medicijnen en intensieve begeleiding/behandeling.

|  |  |
|--|--|
| <b>Sociale redzaamheid</b>               | De cliënten hebben ten aanzien van hun sociale redzaamheid dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Er zijn zware regieproblemen. Cliënten zijn niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat.  |
| <b>Psychosociale/cognitieve functies</b> | Bij deze cliënten ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van bijna alle taken vaak worden overgenomen. De cliënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle cognitieve/psychische functies.  |
| <b>ADL/HDL</b>                           | Met betrekking tot ADL hebben de cliënten vanwege een slechte gezondheidssituatie uitgebreide behoefte aan hulp, onder andere bij het eten en drinken en bij het zich wassen en kleden. Ze hebben vaak dagelijks behoefte aan hulp of overname bij de persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld als gevolg van problemen passend bij het ouder worden of door verwaarlozing van de gezondheid door het zwerven op straat). Cliënten kunnen hun persoonlijke leefomgeving niet zelfstandig schoonhouden, hierbij worden zij intensief begeleid. |
| <b>Mobiliteit</b>                        | Ten aanzien van mobiliteit wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen en ondersteuning door begeleiding. Op zeer bekende 'ingesleten' routes kunnen ze zonder begeleiding reizen. Voor overige routes reizen ze met begeleiding.   |
| <b>Gedragsproblematiek</b>               | Bij deze cliënten is sprake van gedragsproblematiek, maar deze is enigszins voorspelbaar en herkenbaar. De begeleiding is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek.   |
| <b>Aard van het begeleidingsdoel</b>     | De aard van het begeleidingsdoel is divers; zowel stabilisatie en continuering van de situatie, ontwikkelingsgericht (daar waar mogelijk) en begeleiding bij achteruitgang zijn aan de orde. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag.   |



GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Dominante grondslag</b> | De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of verstandelijke handicap. |
|----------------------------|--|

**GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding**

Deze cliëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve begeleiding nodig met daarnaast intensieve verzorging, een buitengewoon gestructureerd klimaat en grote mate van beveiliging en bescherming. De verblijfsomgeving moet hier op zijn afgestemd, bijvoorbeeld prikkelarm. Er is een specifieke bouwkundige setting en specifieke beveiligingsklimaat nodig met bijvoorbeeld een gecontroleerde in- en uitgang. Er is ondersteuning en overname van taken op alle levensterreinen nodig.

De psychiatrische problematiek is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.

|  |   |
|--|---|
| <b>Sociale redzaamheid</b>                     | De cliënten hebben ten aanzien van hun sociale redzaamheid dagelijks zeer intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een buitengewoon sterk gestructureerde dagindeling. Er is sprake van verlies van zelfregie en vaak van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten zijn niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Deelname aan het maatschappelijk leven is vanwege de extreme gedragsproblematiek niet aan de orde.  |
| <b>Psychosociale/ cognitieve functies</b>      | Bij deze cliënten ontbreken alle besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken volledig worden overgenomen. De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle cognitieve/psychische functies.  |
| <b>ADL/HDL</b>                                 | Ten aanzien van ADL hebben de cliënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan enige hulp. Bij deze cliënten is regelmatig tot vaak verpleegkundig handelen nodig (medicatie en gezondheidsbescherming). Cliënten verwaarlozen hun persoonlijke leefomgeving hebben hierbij intensieve begeleiding nodig.  |
| <b>Mobiliteit</b>                              | Ten aanzien van mobiliteit hebben de cliënten in beperkte mate hulp nodig. Uit veiligheidsoverwegingen kan geen sprake zijn van het zelfstandig verplaatsen buitenshuis.  |
| <b>Gedragsproblematiek</b>                     | Deze cliënten hebben nagenoeg geen impulsbeheersing en kennen verschillende vormen van extreme gedragsproblematiek. Dit betreft verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De cliënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze continu onder druk. Ze zijn ongevoelig voor correctie, hebben geen inzicht in hun eigen aandeel bij interactie-problemen en hebben een zeer beperkt leervermogen. Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren. |
| <b>Aard van het begeleidings/ behandeldoel</b> | De problematiek van deze groep cliënten is als chronisch te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent begeleiding en behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag.   |

GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Dominante grondslag</b> | De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort). |
|----------------------------|---|