

## Wlz-GGZ-zorgprofielen

Toetsing en aanscherping, resultaten 2<sup>e</sup> fase



## Inhoud

1.	Aanpak .....	3
2.	Resultaten .....	5
2.1	Respons .....	5
2.2	Resultaten .....	6
3.	Zorgprofielen.....	10

**Auteur(s)** dr. Patrick Jansen en drs. Peter Bakker  
**Opdrachtgever** Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg  
**Kenmerk** PJ/18/1274/zpggz  
**Publicatiedatum** 20 juli 2018

© Bureau HHM

# 1. Onderzoeksvraag en aanpak

*In opdracht van het Ministerie van VWS heeft bureau HHM in samenwerking met vertegenwoordigers van tien verschillende zorgorganisaties vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen ontwikkeld voor cliënten die mogelijk vanwege een psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz (zie rapportage met kenmerk PJ/18/0999/zpggz). Tijdens een bijeenkomst zijn deze profielen besproken met diverse stakeholders waarbij in grote lijnen draagvlak bleek te bestaan voor de vijf ontwikkelde zorgprofielen.*

Echter, omdat deze profielen zijn ontwikkeld met tien zorgorganisaties werd tijdens die bijeenkomst de vraag gesteld of deze profielen dekkend zijn voor alle beoogde Wlz-GGZ-clieënten. Daarbij werd het verzoek geuit om aanvullend op de afgesproken aanpak een toets uit te voeren om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

*In welke mate zijn de vijf zorgprofielen dekkend voor de gehele beoogde Wlz-GGZ-populatie?*

De toetsing is op de volgende wijze uitgevoerd:

- We hebben de zorgorganisaties benaderd die in 2017 een vragenlijst hebben ingevuld in het kader van de landelijke inventarisatie van het beoogd aantal Wlz-GGZ-clieënten (N=317).
- Deze zorgaanbieders hebben een e-mail ontvangen voor deelname aan de toetsing, inclusief de rapportage met resultaten van de eerste fase van de inhoudelijke beschrijving van de Wlz-GGZ-zorgprofielen.
- In overleg met het ministerie van VWS, de NZa en enkele zorgorganisaties hebben we een online-vragenlijst opgesteld waarin we per zorgorganisatie de volgende gegevens hebben opgevraagd:
  - Naam instelling, type instelling en contactgegevens respondent.
  - Een duiding van de beoogde Wlz-GGZ-clieënten op instellingsniveau naar de volgende typologieën: psychiatrische problematiek dominant, LVB-dominant, verslaving dominant, ouderen of divers gecombineerde problematiek.
  - Een selectie van circa 15 cliënten die een weerspiegeling zijn van de diversiteit aan beoogde Wlz-GGZ-clieënten van de betreffende organisatie, waarbij per cliënt de volgende vragen zijn beantwoord door (medische) professionals:
    - Wat is de huidige financieringsvorm (Zvw, Wlz, Wmo, PGB)?
    - Wat is de typering van de cliënt: psychiatrische problematiek dominant, LVB-dominant, verslaving dominant, ouderen of divers gecombineerde problematiek?
    - Welk van de vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen past het best bij deze cliënt indien sprake is van toegang tot de Wlz op basis van nieuwe toegangscriteria?
    - Indien geen van de profielen past:
      - Waarom past geen van deze profielen?

- Past één van de andere Wlz-zorgprofielen uit de VV-sector of gehandicaptenzorg?
  - Indien nee, dient één van de vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen aangescherpt te worden?
  - Indien nee, dient er een extra Wlz-GGZ-zorgprofiel gemaakt te worden?
- De zorgorganisaties hebben 2,5 week de tijd gekregen om de vragenlijst in te vullen. Gedurende deze periode was een helpdesk beschikbaar om vragen te beantwoorden.
- Vervolgens hebben we de gegevens geanalyseerd en beschreven in voorliggende rapportage.
- De resultaten zijn besproken met een expertpanel, bestaande uit 15 deskundigen die worden voorgedragen door GGZ-NL, Federatie Opvang, RIBW- Alliantie, ActiZ, VGN, CIZ en MIND.

## 2. Resultaten

Voor het verkrijgen van een zo groot mogelijke respons binnen de beperkt beschikbare doorlooptijd van het onderzoek hebben we de personen benaderd die in 2017 een vragenlijst hebben ingevuld in het kader van de landelijke inventarisatie van het beoogd aantal Wlz-GGZ-cliënten (N=317). Op deze manier hebben we de vragenlijst rechtstreeks onder de aandacht kunnen brengen bij personen die bekend zijn met de Wlz-GGZ-doelgroep en over informatie beschikken op cliëntniveau.

### 2.1 Respons

Door 203 zorgorganisaties is een vragenlijst ingevuld. Daarbij hebben 66 zorgorganisaties alleen gegevens aangeleverd over hun zorgorganisatie, maar geen gegevens over cliënten. Dit betekent dat in totaal 137 zorgorganisaties cliëntgegevens hebben aangeleverd. Per organisatie hebben we gevraagd om gegevens aan te leveren over maximaal 15 cliënten die een weerspiegeling zijn van de diversiteit aan beoogde Wlz-GGZ-cliënten bij de betreffende organisatie. Omdat een aantal zorgorganisaties minder dan 15 cliënten heeft die hieraan voldoen konden niet alle zorgorganisaties 15 cliënten aanleveren. In totaal hebben we gegevens ontvangen over 1.245 cliënten. Dit betreft 15% van de landelijk beoogde Wlz-GGZ-cliëntenpopulatie (N = 8.500). Statistisch betekent deze respons dat sprake is van een foutenmarge van 2,5% en een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Met andere woorden, qua aantallen is de mate van representativiteit van de resultaten zeer hoog.

Uit tabel 1 blijkt, dat in de respons diverse typen zorgorganisaties en typen dominante problematiek van de cliënten zijn vertegenwoordigd.

Type organisatie	Dominante problematiek						Totaal
	Psychiatrie	LVB	Verslaving	Ouderen	Combinatie	Overige	
Geïntegreerde GGZ-instelling	6			3	5		14
Beschermd Wonen	22	4	3	11	19	2	61
Verslavingszorg		1		1			2
Verpleeghuiszorg	8			3	10	1	22
Gehandicaptenzorg	14	2		2	2		20
Ouderinitiatief	3			2	2		7
Onbekend	6		1	1	3		11
<b>Eindtotaal</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>3</b>	<b>137</b>

Tabel 1. Typering zorgorganisaties en dominante problematiek

Het merendeel van de organisaties is te typeren als Beschermd Wonen. Daarnaast bevinden zich diverse organisaties uit de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg onder de respondenten en ook geïntegreerde GGZ-instellingen. De ouderinitiatieven hebben cliënten in zorg met een PGB. Indien we kijken naar de aard van de problematiek waarop deze zorgorganisaties

zich richten, dan betreft het bij de meerderheid van deze organisaties cliënten met psychiatrische problematiek al of niet in combinatie met andere problematiek. Er zitten ook diverse organisaties bij die zich met name richten op ouderen met psychiatrische problematiek en in kleine mate op licht verstandelijk beperkten (LVB) en verslaafden.

## 2.2 Resultaten

Om een beeld te geven van de mate waarin de zorgprofielen dekkend zijn voor de gehele beoogde Wlz-GGZ-populatie presenteren we in deze paragraaf de gegevens voor elk van de volgende vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen:

- GGZ Wonen met intensieve begeleiding,
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging,
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering,
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging,
- GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

Zoals hiervoor beschreven is bij 1.245 cliënten aangegeven welk van deze vijf zorgprofielen passend zijn. In totaal is aan 1.211 cliënten (97,3%) één van de profielen toegekend, voor 20 cliënten (1,6%) was geen van deze profielen passend en voor 14 cliënten (1,1%) is het onbekend of één van de profielen passend is. Op basis van deze percentages concluderen we dat de vijf zorgprofielen dekkend zijn voor de beoogde groep Wlz-GGZ-clieënten.

Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal cliënten verdeeld over de Wlz-GGZ-zorgprofielen in relatie tot de problematiek die voor deze cliënten dominant is.

Wlz-GGZ-zorgprofiel	Dominante problematiek						Onbekend	Totaal
	Psychiatrie	LVB	Verslaving	Ouderen	Combinatie	Overig		
Intensieve begeleiding	240	15	22	25	45	2		349
Intensieve begeleiding en verzorging	98	12	10	63	61	12	1	257
Intensieve begeleiding en gedragsregulering	202	25	21	32	113	3		396
Intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	34		4	74	42	2		156
Extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	22	1	4	3	18	5		53
Geen van deze profielen	4	2	1	6	1	6		20
Onbekend	5			4	3		2	14
<b>Totaal</b>	<b>605</b>	<b>55</b>	<b>62</b>	<b>207</b>	<b>283</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>1.245</b>

Tabel 2. Indeling in Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar dominante problematiek

Uit tabel 2 blijkt dat in elk profiel diverse typen cliënten zijn vertegenwoordigd. Daarbij komt een inhoudelijk beeld naar voren dat past bij de aard van de verschillende profielen:

bijvoorbeeld bij de oudere cliënten vormen de profielen met een verzorgingscomponent het grootste aandeel en bij cliënten met LVB-problematiek ligt de nadruk op begeleiding en gedragsregulering.

*In de tabellen zijn bewust geen percentages gepresenteerd omdat het doel van het onderzoek is om te bepalen in hoeverre de zorgprofielen dekkend zijn voor de diversiteit aan beoogde Wlz-GGZ-cliënten. Hierdoor hebben de zorgorganisaties selectief bepaalde cliënten gekozen, zodat alle typen cliënten zijn vertegenwoordigd en kunnen de aantallen niet worden gebruikt om een landelijk representatieve verdeling van alle beoogde Wlz-GGZ-zorgprofielen weer te geven (wat ook niet het doel is van voorliggend onderzoek).*

Tabel 3 geeft een overzicht van de Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar type organisatie.

Wlz-GGZ-zorgprofiel	Type zorgorganisatie							Totaal
	Geïntegreerd GGZ	Beschermde wonen	Verslavingszorg	Verpleeghuiszorg	Gehandicaptenzorg	Oudereninitiatief	Onbekend	
Intensieve begeleiding	27	125		82	59	10	46	349
Intensieve begeleiding en verzorging	37	108	7	37	31	11	26	257
Intensieve begeleiding en gedragsregulering	33	203	3	56	37	28	36	396
Intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	14	79	14	21	7	17	4	156
Extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	2	22	5	4	5	3	12	53
Geen van deze profielen	3	9			4	2	2	20
Onbekend	1	4		7	2			14
<b>Totaal</b>	<b>117</b>	<b>550</b>	<b>29</b>	<b>207</b>	<b>145</b>	<b>71</b>	<b>126</b>	<b>1.245</b>

Tabel 3. Indeling in Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar type organisatie

Uit deze tabel komt naar voren dat cliënten van alle typen zorgprofielen voorkomen binnen vrijwel elk type zorgorganisatie. Het feit dat binnen de Verslavingszorg geen cliënten zijn aangeleverd voor het eerste zorgprofiel (alleen begeleiding) is volgens de experts een gevolg van het feit dat bij cliënten met verslaving die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz ook sprake is van een combinatie van andere problematiek waardoor de cliënt ook behoefte heeft aan verzorging, verpleging en/of gedragsregulering.

Tabel 4 geeft een overzicht van de Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar financieringsregiem.

Wlz-GGZ-zorgprofiel	Financieringsregiem						Totaal
	Zvw	Wlz-voortgezet verblijf	Wlz-VV-GZ	Wmo	Wmo+Zvw	Onbekend	
Intensieve begeleiding	4	20	2	280	37	6	349
Intensieve begeleiding en verzorging		25	10	169	37	16	257
Intensieve begeleiding en gedragsregulering	6	33	12	286	47	12	396
Intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	1	59	2	69	25		156
Extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	4	3	2	43	1		53
Geen van deze profielen	1	3		15	1		20
Onbekend		1		6	6	1	14
<b>Totaal</b>	<b>16</b>	<b>144</b>	<b>28</b>	<b>868</b>	<b>154</b>	<b>35</b>	<b>1.245</b>

Tabel 4. Indeling in Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar financieringsregiem

De gegevens uit tabel 4 maken duidelijk dat de cliënten uit het onderzoek momenteel vanuit verschillende wettelijke regiems worden gefinancierd. De profielen zijn dus dekkend voor cliënten die voldoen aan de Wlz-criteria en momenteel worden ondersteund vanuit de Wmo (eventueel in combinatie met Zvw) of vanuit de Wlz voortgezet verblijf ontvangen.

Tot slot geeft tabel 5 een beeld van de Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar PGB-gebruik.

Wlz-GGZ-zorgprofiel	PGB-gebruik			Totaal
	Ja	Nee	Onbekend	
Intensieve begeleiding	76	258	15	349
Intensieve begeleiding en verzorging	20	213	24	257
Intensieve begeleiding en gedragsregulering	43	339	14	396
Intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	4	141	11	156
Extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	3	49	1	53
Geen van deze profielen	3	16	1	20
Onbekend		11	3	14
<b>Totaal</b>	<b>149</b>	<b>1.027</b>	<b>69</b>	<b>1.245</b>

Tabel 5. Indeling in Wlz-GGZ-zorgprofielen verdeeld naar PGB-gebruik



In totaal maken 149 cliënten uit het onderzoek gebruik van een PGB. Voor het grootste deel van deze cliënten past één van de Wlz-GGZ-zorgprofielen. Ter informatie kunnen we nog melden, dat 113 cliënten een PGB heeft op basis van de Wmo (deels in combinatie met Zvw), 33 cliënten op basis van de Wlz en 2 Zvw.

## 3. Zorgprofielen

*Uit de resultaten van het vorige hoofdstuk blijkt dat de vijf Wlz-GGZ-zorgprofielen in grote mate dekkend zijn voor de beoogde cliëntengroep. Daarnaast zijn tijdens de toetsing en de bijeenkomst met het expertpanel enkele suggesties gedaan om de inhoudelijke beschrijving van de zorgprofielen aan te scherpen. Hieronder geven we per zorgprofiel een overzicht van deze suggesties.*

### **GGZ Wonen met intensieve begeleiding**

- Bij cliënten met een ASS zijn geen beperkingen op het gebied van mobiliteit, daarnaast is geen behandeling nodig bij het ombuigen van het probleemgedrag. Bij deze doelgroep is vooral de communicatie een probleem.
- Een aantal keer is aangegeven dat geen sprake is van mobiliteitsproblemen.
- Enkele keren is aangegeven dat *ondersteuning* bij de persoonlijke verzorging moet worden opgenomen; dit speelt bij cliënten met een combinatie van PSY en VG.
- Enkele keren is aangegeven dat behandeling niet aan de orde is en/of niet integraal geboden hoeft te worden.

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

- Een enkele keer is aangegeven dat geen intensieve verzorging nodig is; andere respondenten geven aan dat sommige cliënten juist intensieve verzorging nodig hebben.
- Enkele keren is aangegeven dat ontwikkeling niet meer mogelijk is (er zijn geen behandelmogelijkheden) en de begeleiding zich richt op behoud en voorkoming van verdere achteruitgang.

### **GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering**

- Een aantal keer is aangegeven dat geen sprake is van mobiliteitsproblemen.
- Een aantal keer is aangegeven dat *intensieve sturing* op persoonlijke verzorging en op ADL/HDL-vaardigheden nodig is om zelfverwaarlozing en gezondheidsrisico's te voorkomen dan wel te kunnen stabiliseren. Bij andere cliënten is 'de ADL op alle vlakken op orde en is geen sprake van lichamelijke problematiek'.
- Enkele keren is aangegeven dat de behandeling ook ambulante plaats kan vinden en niet in de setting aanwezig hoeft te zijn.
- Voor enkele cliënten is geen sprake van behandelmogelijkheden of herstel.

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

- Een enkele keer is aangegeven dat de hulp bij ADL/HDL 'te zwaar' is aangezet in dit profiel.

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

- Enkele keren is aangegeven dat de term besloten (gecontroleerde in- en uitgang) onvoldoende duidelijk is.

De hiervoor beschreven opmerkingen hebben we zoveel mogelijk verwerkt in de definitieve beschrijvingen die zijn opgenomen op de volgende pagina's.

Daarnaast hebben enkele respondenten aangegeven waarom geen van de profielen past:

- Enkele keren is aangegeven dat cliënten met Korsakov moeilijk onder te brengen zijn in de Wlz-GGZ-zorgprofielen
- Een keer is aangegeven dat behoefte is aan een profiel met intensieve verpleging en verzorging in combinatie met gedragsregulatie.
- Enkele keren is aangegeven dat een gesloten setting noodzakelijk is.
- Enkele keren is aangegeven dat behoefte is aan een profiel met verzorging in combinatie met gedragsregulatie.
- Enkele keren is aangegeven dat het onderdeel behandeling onvoldoende naar voren komt.

Tot slot zijn nog enkele opmerkingen gemaakt die voor alle profielen gelden:

- Cliënten die vanwege een psychische stoornis mogelijk toegang krijgen tot de Wlz, zijn niet per definitie gebaat bij een plek in een GGZ-instelling. Dit speelt met name bij gecombineerde problematiek, zoals LVB + PSY en ZG + PSY.
- Regelmatig is aangegeven dat cliënten nu geen toegang krijgen tot de Wlz, omdat niet kan worden vastgesteld dat de verstandelijke beperking voor het 18<sup>e</sup> levensjaar is ontstaan en de psychische grondslag geen toegang geeft tot de Wlz. Verwacht wordt dat met de Wlz-GGZ-zorgprofielen deze cliënten wel toegang krijgen tot de Wlz.
- Enkele keren is aangegeven dat bij de beoogde Wlz-GGZ-cliënten psychiatrie niet altijd de 1e (dominante) grondslag is, maar ook een licht verstandelijk beperking kan zijn. Vanwege de combinatie van problematiek en wederzijdse beïnvloeding van deze problematiek is het niet altijd mogelijk om vast te stellen welke van de twee de 1<sup>e</sup> grondslag is.

## GGZ Wonen met intensieve begeleiding

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.

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, psychiatrische verpleging en/of behandeling is dan ook met name gericht op het omgaan met de defecten en de kwetsbaarheid als gevolg daarvan, op het ondersteunen en/of behandelen van cliënten om het probleemgedrag om te buigen tot constructief of functioneel gedrag.

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.

<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 kunnen vanwege lichamelijke schade ten gevolge van leefstijl en/of vanwege gevolgschade van de stoornis en/of de medicatie, eerder dan gemiddeld mobiliteitsproblemen hebben. Vaak maken zij dan gebruik van hulpmiddelen op relatief jonge leeftijd vanwege somatische aandoeningen.
<b>Gedragsproblematiek</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 begeleidings-/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 levens-terreinen zoals huisvesting, financiën en sociale relaties. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag.
<b>Grondslag</b>	Bij cliënten in dit zorgprofiel is sprake van 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, psychiatrische verpleging en/of behandeling gericht op het gedrag van de cliënt, op het ondersteunen en/of behandelen van cliënten om het probleemgedrag om te buigen tot constructief of functioneel gedrag. Indien van toepassing is sprake van gecontroleerd gebruik van middelen.

<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 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.
<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 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.
<b>ADL/HDL</b>	Ten aanzien van ADL hebben de cliënten vanwege een slechte gezondheid in algemene zin veelal 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.
<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 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. De begeleiding is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek en het begeleiden van gedrag als gevolg van cognitieve schade.
<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, danwel stabilisatie en continuering van de situatie. Gericht op het voorkomen van instabiliteit op het gebied van huisvesting, financiën, sociale relaties. Cliënt heeft een zinvolle invulling van de dag.
<b>Grondslag</b>	Bij cliënten in dit zorgprofiel is sprake van een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), mogelijk in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of (lichte) 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 levenssterreinen 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, psychiatrische verpleging en/of behandeling.</p>	
<b>Sociale redzaamheid</b>	<p>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.</p>
<b>Psychosociale/cognitieve functies</b>	<p>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.</p>
<b>ADL/HDL</b>	<p>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.</p>
<b>Mobiliteit</b>	<p>Cliënten kunnen vanwege lichamelijke schade ten gevolge van leefstijl en/of vanwege gevolgschade van de stoornis en/of de medicatie, eerder dan gemiddeld mobiliteitsproblemen hebben. Vaak maken zij dan 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.</p>
<b>Gedragsproblematiek</b>	<p>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.</p>
<b>Aard van het begeleidings-/behandeldoel</b>	<p>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.</p>
<b>Grondslag</b>	<p>Bij cliënten in dit zorgprofiel is sprake van een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), mogelijk in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of (lichte) verstandelijke handicap.</p>

**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, verpleging en zorg nodig. 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 levensterreinen 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, psychiatrische verpleging en/of 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 veelal 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). De somatische klachten zijn zodanig van aard dat veelal dagelijks behoefte is aan intensieve verpleging en monitoring. Cliënten kunnen hun persoonlijke leefomgeving niet zelfstandig schoonhouden, hierbij moeten zij intensief worden 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 ernstige gedragsproblematiek die, mede door intensieve begeleiding, voortdurend moet worden gereguleerd.
<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.
<b>Grondslag</b>	Bij cliënten in dit zorgprofiel is sprake van een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of (lichte) 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 psychiatrische verpleging, 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.
<b>Grondslag</b>	Bij cliënten in dit zorgprofiel is sprake van een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), mogelijk in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of (lichte) verstandelijke handicap.