

# Regionale knelpunten in de gehandicaptenzorg Utrecht en 't Gooi (excl. Almere)

Een samenwerking tussen de Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht (VGU) en  
Zilveren Kruis Zorgkantoor



Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht



Amerpoort

Bartiméus:

TV deTussen Voorziening

fivoor | Dienstverlening voor  
psychische zorg

H Humanitas  
DMH

InteraktContour  
VERDER MET HERSENLETSEL



LIEVEGOED®  
ANTHROPISCH ECHT ZORG

Philadelphia

Pluryn

REINAERDE

's Heeren Loo

Sherpa  
onderkent mensen  
met een beperking

eigenzinnige zorg  
Zideris

Versie 18-01-2022

## Inhoud

Regionale knelpunten in de gehandicaptenzorg Utrecht en 't Gooi (excl. Almere)..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

1. Achtergrond.....	3
2. Opgehaald beeld per knelpunt.....	3
2.1 VG6/VG7, complexe zorgvragen, combinatie met GGZ/verslavingszorg, disharmonisch profiel, (seksueel) grensoverschrijdend gedrag .....	4
2.2 Ouder wordende cliënt met verstandelijke beperking .....	7
2.3 LG cliënten met LVB/GGZ problematiek .....	10
2.4 Logeren/DTV (specifieke doelgroepen zoals EMB) .....	11
3. Woordenlijst.....	15

## 1. Achtergrond

### **De vraag- en aanbodkant in de gehandicaptenzorg ontwikkelt zich niet synchroon**

Dit kan problemen opleveren voor de toegankelijkheid van zorg, met name voor de complexere doelgroepen. Er is daarom een intentieovereenkomst gesloten tussen de VGU (Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht) en het Zilveren Kruis Zorgkantoor om de toegankelijkheid van zorg voor de GZ cliënten de komende jaren voldoende te borgen.

### **Partijen maken met elkaar afspraken om de toegankelijkheid de komende jaren te borgen**

Oplossingsrichtingen worden verkend en partijen maken afspraken met elkaar over het gewenste zorglandschap richting 2025. Voor zover noodzakelijk wordt per witte vlek of hiaat afgesproken welke zorgaanbieder dit verwachte knelpunt op gaat pakken, wat de concrete bijdrage aan het oplossen van het knelpunt gaat zijn en op welke termijn dat gereed is.

### **Uit interviews haalden we een kwalitatief en kwantitatief beeld op, alsmede aanbevelingen**

Bij de verschillende zorgaanbieders is op regionale knelpunten een beeld opgehaald van de opgave die er ligt en wat er nodig is om het knelpunt opgelost te krijgen. Hoe groot is de opgave de komende jaren en wat is er nodig om die opgave te realiseren (huisvesting, expertise, kennisdeling, samenwerking etc.)? Zilveren Kruis Zorgkantoor heeft hiervoor verschillende verdiepende interviews gevoerd met zorgaanbieders in de regio.

### **De interviews zorgen voor een concreter beeld van:**

- De huidige en toekomstige opgave in aantallen (kwantitatief)
- Wat en wie is er nodig om deze opgave te klaren? Expertise, setting, samenwerking etc. (kwalitatief)

## 2. Opgehaald beeld per knelpunt

In dit document leest u per knelpunt meer over de opgave die er ligt en welke aanbevelingen uit de interviews zijn gekomen om de knelpunten op te lossen.

## 2.1 VG6/VG7, complexe zorgvragen, combinatie met GGZ/verslavingszorg, disharmonisch profiel, (seksueel) grensoverschrijdend gedrag

### 2.1.1 Omschrijving en grootte van de doelgroep

Er wordt een toename in kwantiteit en complexiteit gesignaleerd binnen de groep cliënten met een complexe- en intensieve zorgvraag. De verwachting die alle partijen uitspreken is dat de trend rondom complexe en intensieve zorgvragen alleen maar toe zal nemen. Daar komt bij dat er weinig tot geen doorstroom is in de zeer intensieve zorg. Door goede (medische) zorg worden cliënten steeds ouder. Dit zorgt er echter ook voor dat de instroom stagneert. Er is meer vraag dan aanbod, maar het precieze tekort blijkt lastig te kwantificeren. Cliënten worden vaak bij meerdere partijen aangemeld, maar hebben niet altijd een formele wachtstatus bij het zorgkantoor. In onderstaande tabel is voor een aantal zorgaanbieders het aantal aanmeldingen van het afgelopen 1-1,5 jaar opgeteld. Veel partijen geven aan dat het aantal aanmeldingen in de praktijk mogelijk hoger zal liggen, omdat cliënten geregeld nog voor aanmelding afgewezen worden door de specifieke zorgvraag.

Totaal aantal geplaatste cliënten bij 7 partijen	Totaal aantal aanmeldingen bij 6 partijen	Totale wachtlijst bij 8 partijen	Wachtduur (min-max)
119	478	711	1 - 2 jaar, met uitschieters naar boven

De inzichten uit deze tabel zijn indicatief. Er kunnen dubbele cijfers tussen zitten en niet alle partijen konden precies dezelfde informatie aanleveren.

### Inzichten vanuit het zorgkantoor en de regionale tafel complexe zorgvragen

In de afgelopen 3 jaar zijn er gemiddeld genomen 45 cliënten uit deze doelgroep per jaar extra in zorg gekomen. Op de formele/centrale wachtlijst bij het zorgkantoor staan gemiddeld 45 VG6 cliënten en 12 VG7 cliënten. Gedurende 2021 zijn er bij de regionale tafel complexe casuïstiek 10 VG6 cliënten en 11 VG7 cliënten aangemeld. Hiervan zijn staan er nog 3 VG6 en 8 VG7 casussen open. De planning is dat er in de komende jaren in totaal circa 124 plekken bij zullen komen in het aanbod voor deze doelgroep. In 2022 komen er 40 plekken bij, in 2023 gaat het om 36 plekken en in 2024 om 48 plekken.

### De meest genoemde contra-indicaties zijn:

- Een psychiatrische vraag die voorliggend is op de andere problematiek
- Ernstig grensoverschrijdend gedrag (zoals fysieke agressie waarbij separatie mogelijkheden nodig zijn)
- Seksueel overschrijdend gedrag
- Ernstige zorgmijding
- Ernstige verslavingsproblematiek/harddrugs gebruik
- Een hoge mate van crimineel gedrag dat een grote onveiligheid met zich meebrengt voor cliënten en medewerkers

Belangrijk is dat de grondslag VG, met de daaruit voortkomende problematiek en zorgvraag, op de voorgrond moet staan. Sommige zorgaanbieders hebben het aanbod geclusterd in woonprofielen of gedefinieerde doelgroepen. Hierdoor wonen cliënten op een plek die het beste aansluit bij de ondersteuningsvraag, aangevuld met een team medewerkers met een goede functiemix die zijn toegerust om professionele (methodische) zorg en begeleiding te bieden. Cliënten met een vergelijkbaar ondersteuningsprofiel wonen dus zoveel mogelijk samen.

### 2.1.2 Uit de gesprekken komen de volgende knelpunten naar voren

#### Voor cliënten met (ernstige) verslavingsproblematiek is er beperkte mogelijkheid tot passende zorg op een passende plek

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat verslavingsproblematiek niet meer standaard een harde contra-indicatie is. Verslavingsproblematiek wordt als problematisch gezien als de verslaving op de voorgrond staat en ontwrichtend werkt. Men kijkt bij verslavingsproblematiek wel steeds vaker verder

dan de verslaving naar punten als bereidheid tot behandeling en voorgeschiedenis met eerdere succesvolle afkickpogingen. Toch lijkt dit in de praktijk te knellen. Cliënten die abtinent zijn worden door reguliere VG-partijen vaak nog geweigerd omdat het risico op verslaving nog te groot wordt geacht. Hierdoor worden plekken bezet gehouden door cliënten die eigenlijk zouden kunnen doorstromen. Daarnaast zijn er voor een VG7 indicatie geen passende voorzieningen binnen de maatschappelijke opvang. Dit zijn cliënten die het niet redden in hun open setting. Als laatste wordt er een toename gesignaleerd van cliënten met een IQ onder de 50 en middelengebruik. De bekende plekken bieden vaak alleen een verslavingsbehandeling voor cliënten met een IQ boven de 70.

### **Dossierhouderschap maakt het voor zorgaanbieders soms lastig om een cliënt aan te nemen**

Zorgaanbieders lijken het dossierhouderschap en bijkomende zorgplicht spannend te vinden. Vaak stelt men veel voorwaarden voordat een cliënt geplaatst kan worden (bijvoorbeeld bij schizofrenie of harddrugs) vanuit een kliniek. Een voorwaarde voor deze complexe cliënten is vaak dat de deuren dicht moeten kunnen. Dit wordt door sommige zorgaanbieders als contra-indicatie gezien, ondanks dat zij een Wzd locatie zijn. Zorgaanbieders geven aan dat als een cliënt niet wil meewerken, er onvoldoende betrokkenheid ervaren wordt van netwerkpartners. Je staat er als zorgaanbieder dan alleen voor om de zorgplicht waar te maken. Dat maakt dat je van tevoren minder bereid bent om een "risico te nemen" door een complexe vraag aan te nemen.

### **Complexe zorgvragen nemen toe, deels door een gewijzigde aanpak in de GGZ en invoering van de Wzd/WvGGZ**

De druk vanuit de GGZ is met de ingang van de Wzd in 2021 duidelijk toegenomen. Het tekort aan plaatsen binnen de GGZ zorgt voor een toename van crisis aanmeldingen omdat cliënten met een beperking sneller doorgestuurd worden naar de GZ. De scheiding Wzd/WvGGZ maakt dit onderscheid nog scherper. Verder is er sprake van meer (onbehandelde) psychiatrie. Waar voorheen duidelijke toestandsbeelden zoals een psychose, manie of depressie, behandeld werden in de GGZ, is de druk groter geworden om nu eerder in te stappen. De wachtlijsten voor behandeling werken belemmerend, omdat dit voor deze cliënten vaak hard nodig is om verder te komen.

### **Het is een uitdaging om cliënten met ernstig grensoverschrijdend gedrag in de regio te plaatsen**

Er wordt bij deze cliënten vooral gekeken naar hun leerbaarheid. Als die er is, dan zal er naar behandelplekken verwezen hebben. Vaak hebben cliënten al meerdere plekken gehad, wat het een lastige zoektocht maakt. Het komt dan aan op intensieve behandelgroepen voor LVB+. De verwachting is dat er een verschuiving zal plaatsvinden waarbij de minder intensieve zorg naar de wijk of kleinschalige initiatieven zal verplaatsen en de woonparken daardoor bestemd worden voor de zeer complexe hulpvragen.

### **De arbeidsmarktproblematiek drukt op de (specialistische) zorg zowel op het niveau van begeleiders als behandelaren (medisch en gedragsdeskundig)**

Binnen de zorg is er sprake van een algehele schaarste aan personeel, maar voor de doelgroep met complexe zorgvragen is dit probleem nog groter. Het wordt steeds lastiger om begeleiders te werven en te behouden voor cliënten met een combinatie van problematieken. Goed geschoold personeel is lastig te behouden door betere salariering en arbeidsvoorwaarden in andere sectoren (zoals GGZ en jeugdzorg). Daarnaast ziet men dat medewerkers voor de complexe doelgroepen zich vaker aanbieden als ZZP-er. De betaalbaarheid staat daardoor onder druk. In 2021 zijn er veel crisisaanmeldingen geweest omdat teams uit elkaar vielen door Corona, ziekte en vacatureruimtes. Door de vele invalkrachten kan er niet gebouwd worden, wat voor sommige cliënten resulteert in crisis. Een ander groot knelpunt is dat specialisten erg schaars zijn. Denk hierbij aan Arts Verstandelijke Gehandicapten (AVG), psychiaters, Specialisten Ouderenzorg, GZ-psychologen en Klinisch Psychologen. Het gebrek aan AVG in woonvoorzieningen zorgt ervoor dat patiënten vanuit een kliniek vaak lange tijd niet losgelaten kunnen worden ten aanzien van hun medicatiegebruik. Verder hebben veel partijen geen eigen (behandelend) psychiater in huis. Een probleem wat daarbij genoemd wordt is dat de huisarts vaak geen psychofarmaca wil voorschrijven en opvolgen.

## De doelgroep VG6/VG7 heeft specifieke huisvestingseisen

Bestaande woonvormen waar eerder een ander type cliënt woonde, passen veelal niet. De complexe zorgvraag vraagt om een woning waar zicht is op de cliënten. Bijvoorbeeld op wanneer iemand vertrekt en op wat er buiten op straat gebeurt. Het voorkomen van gehorigheid en overlast is belangrijk. De cliënten wonen over het algemeen gegroepeerd wanneer zij begeleiding krijgen. Deze groep heeft echter ook een aantrekkingskracht op andere mensen zoals dealers. Daarnaast zorgt deze doelgroep soms voor hoge kosten door vernielingen.

## Er is een groep cliënten die ondanks een Wlz indicatie keer op keer dakloos raakt

Vaak beslissen deze cliënten om zelf weg te gaan, omdat zij de bemoeienis als te groot ervaren. De maatschappelijke opvang ziet daardoor veel cliënten aangemeld worden die keer op keer dakloos raken. De bemoeienis vanuit de reguliere VG zorg lijkt voor hen te groot, waardoor ze weer vertrekken. De maatschappelijke opvang zoekt naar alternatieven om met de complexe problematiek zo zelfstandig mogelijk te wonen. Waarbij bemoeienis er wel is, maar indirecter. Hierdoor ervaren cliënten het minder als bemoeienis.

### 2.1.3 Zorgaanbieders geven de volgende aanbevelingen mee

1. Er is in de regio een tekort aan plekken in een **beschermde omgeving**. Zowel voor (ernstige) verslavingsproblematiek als bij LVB cliënten die meer nabijheid, toezicht, aansturing of routine nodig hebben. Op deze plekken moet voldoende begeleiding zijn, een prikkelarme omgeving en kleine groepen. Daarnaast wordt een tekort aan abstinente doorstroomplekken ervaren. Het is belangrijk om bij de uitbreiding in plekken ook aandacht te hebben voor de capaciteit van een passend aanbod in werk- en dagbesteding voor deze doelgroepen.
2. De **uitstroom van cliënten met een forensisch profiel** vanuit de kliniek verloopt moeizaam, verken oplossingen om dit te verbeteren. Dit wordt met justitie besproken, maar ook zij hebben moeite met het vinden van partijen die deze doelgroep zorg wil bieden. Als voorbeeld wordt de Schakel (samenwerking Rooyse Wissel en Dichterbij in Limburg) genoemd. Dit is een speciaal aanbod waar meer van nodig is. Een deel van de cliënten met een forensisch profiel past prima in de huidige woonvoorzieningen, maar een deel ook echt niet. Zij vragen om een andere bejegening en manier van beveiligen, ander personeel, en veel cliënten in traditionele woonvoorzieningen zijn te kwetsbaar voor deze doelgroep.
3. Voor een aantal van de afgewezen cliënten zou uitbreiding van **Skeave Huse plekken** een oplossing kunnen bieden.
4. **Overbruggingsplekken** zouden een betere oplossing zijn dan meer crisisbedden. Langdurig verblijf op een crisisplek is voor zowel de cliënt als voor de zorgverlener niet wenselijk. Er wordt (bijvoorbeeld) gedacht aan tijdelijke bedden **voor drie doelgroepen**: 1) Voor de doelgroep die nog een vorm van behandeling nodig heeft, geen crisisopname meer nodig heeft maar nog niet door kan stromen naar een reguliere plek. 2) Voor de doelgroep die nog intensievere behandeling nodig heeft, geen crisisopname meer is, uit een BORG instelling komt en nog niet direct doorgeplaatst kan worden naar reguliere plek. 3) Voor de doelgroep zonder behandeling, die kort verblijf nodig hebben, waar geen sprake van crisis meer is maar die nog niet doorgeplaatst kunnen worden naar een reguliere plek (bijv. PGB cliënten).
5. Het harde onderscheid tussen GGZ-W en VG indicaties is soms vaag. Het advies is **niet te zeer vanuit hokjes te denken**, maar vooral vanuit de zorgvraag die op het snijvlak GZ en GGZ valt. Die kan prima passen binnen de VG.
6. Door alle aandacht die er voor de LVB doelgroep is wordt ervaren dat er veel en snel doorverwezen wordt naar de VG. Een **acute opname afdeling psychiatrie, opgezet vanuit de GGZ en de VG**, wordt genoemd als een mooi alternatief of aanvullend aanbod
7. De wens is om **gezamenlijk een LVB/GGZ locatie te ontwikkelen met diverse behandel-, begeleiding-, woon- en crisismogelijkheden**. Belangrijk hierbij is om ook een structurele samenwerking met de verslavingszorg te hebben. Hierbij wordt gedacht aan een kleinschalige beleving, binnen voldoende schaalgrootte om veilig te kunnen werken.
8. Een **FACT LVB/GGZ (en verslavingszorg) team** wordt nog gemist in de regio. Er is nu regelmatig sprake van handelingsverlegenheid bij VG-GGZ problematiek. De VG instelling vindt psychiatrische problematiek ingewikkeld, en de GGZ instelling kan moeilijk met de verstandelijke

bepierking omgaan. Het COT kan op dit moment alleen bij VG problematiek ingezet worden. In de praktijk kan kennis preventief meer uitgewisseld worden en kan er meer samengewerkt worden, bijvoorbeeld door **personeel uit te wisselen tussen VG en GGZ**. Mogelijk kan gekeken worden of het COT ook breder ingezet kan worden dan alleen bij de VG populatie.

9. Op dit moment is niet bekend of er **verslavingsbehandeling aanbod is voor cliënten met een laag IQ (onder 50)**. Het is de vraag hoe effectief dat is, maar wat is dan het aanbod als dat niet de oplossing is? Waar kunnen cliënten met een IQ<50 en verslaving naartoe? De aanbeveling is om deze vraag in de regio te bespreken. Is er een zorgaanbieder die hier iets in kan betekenen?
10. De **krachten van de reguliere VG** kunnen sterker gebundeld worden met de **maatschappelijke opvang** en hun manier van begeleiden. Denk aan wel aanwezig zijn, zonder teveel voor cliënten te bepalen of te sturend op te treden. Hier heeft de maatschappelijke opvang veel ervaring mee.
11. Er is bij een aantal partijen behoefte aan een **behandelend psychiater** die structureler betrokken kan zijn en ook medicatie kan voorschrijven en opvolgen.
12. Dossierhouderschap zou aantrekkelijker moeten zijn. **Gedeeld dossierhouderschap** wordt genoemd als mogelijke oplossing. Zorg voor een goede formele samenwerking met netwerkpartners (behandelaar van bijvoorbeeld GGZ of verslavingszorg) met gedeelde verantwoordelijkheid, ook als het om dossierhouderschap gaat. Beleg de zorgplicht niet bij één organisatie bij complexe casuïstiek. Als voorbeeld wordt verwezen naar de PGA (persoonsgerichte) aanpak vanuit de gemeente. De verblijfsaanbieder is dan wel dossierverantwoordelijk, maar ook de gemeente pakt hierbij een rol om de andere partijen een verantwoordelijkheid toe te wijzen.
13. Begeleiders met passende expertise (zoals geschoold op het gebied van psychiatrie en verslaving) zijn belangrijk. Er zou **meer samenwerking** kunnen zijn op het **behouden en aantrekken van personeel**; dit wordt nu nog veelal binnen een eigen organisatie gehouden, waardoor men in elkaars vijver aan het vissen is en de problemen niet worden opgelost. Men kan ook kijken naar mogelijkheden om mensen uit andere sectoren te werven, die binnen de organisatie de kans krijgen om diploma's te behalen.
14. Pak de **schaarste** op het gebied van **behandelaars**, zoals bijvoorbeeld de AVG en gedragskundige, aan door **regionale en gezamenlijke inzet** van deze disciplines. Dit maakt de regio minder kwetsbaar en zorgt dat alle klanten een beroep kunnen blijven doen op deze zorg.
15. In de regio Gooi & Vechtstreek lijkt gebrek aan **betaalbare huisvesting voor medewerkers** een belangrijk knelpunt. Mogelijke maatregelen zijn meer werving in Flevoland, betere reiskosten vergoeding en sociale woningbouw voor zorgmedewerkers. Er wordt verder geopperd om een lobby op te zetten voor passende huisvesting voor zorgmedewerkers in de regio. Vergelijkbaar met de regeling die er in Amsterdam is voor onderwijzend personeel.
16. Meer aandacht voor **scholing** zoals bijvoorbeeld een **leergang LVB** bij één van de partijen.
17. Aan het zorgkantoor wordt meegegeven dat zij **meer zekerheid** mogen geven **voor specifieke oplossingen**. Als ergens een hard en complex knelpunt gesignaleerd wordt, dan is het belangrijk dat er een partij is die de nek uitsteekt om dat knelpunt op te lossen en het inhoudelijke risico op zich neemt en geen (aanvullend) risico op financiering loopt.

## 2.2 Ouder wordende cliënt met verstandelijke beperking

### 2.2.1 Omschrijving en grootte van de doelgroep

Door het ouder worden neemt de complexiteit van de zorgvraag veelal toe. Het ouder worden op zichzelf is echter geen indicatie om tot de doelgroep gerekend te worden. Er moet sprake zijn van bijkomende problematiek zoals dementie, toenemende fysieke zorg of in toenemende mate gedragsproblemen. Men ziet dat bij de EMB doelgroep dergelijke klachten al vanaf 35 jaar kunnen optreden, bij de MVB doelgroep vanaf 50 jaar en bij LVB vanaf 65 jaar. Eerder wanneer er sprake is van veelvuldig middelengebruik (waaronder ook langdurige medicatie).

Door de vergrijzing en stijging van de levensverwachting wordt deze groep groter. Dit zorgt voor druk op de ouderenzorg voor cliënten met een verstandelijke beperking. Er is een tekort aan plekken ontstaan doordat de snelle vergrijzing niet volledig opgevangen kan worden met de huidige verpleegzorg locaties.



In onderstaande tabel is voor een aantal zorgaanbieders het totaal aantal aanmeldingen van de afgelopen 1-1,5 jaar genoteerd. Aangegeven wordt dat de wachtlijsten in feite veel langer zijn omdat vaak voor aanmelding al wordt aangegeven dat de wachtlijst lang is en de kans op plaatsing klein, met name voor externe cliënten. Het betreft voornamelijk VG5 profielen. Bij gedragsproblemen wordt een VG7 aangevraagd. VV profielen komen vrijwel niet voor. Een VV10 wordt zelden aangevraagd omdat daarbij de dagbestedingscomponent niet separaat verzilverd kan worden.

Totaal aantal geplaatste cliënten bij 4 partijen	Totaal aantal aanmeldingen bij 3 partijen	Totale wachtlijst bij 5 partijen	Wachtduur (min-max)
24	64	279	1 – 1,5 jaar

De inzichten uit deze tabel zijn indicatief. Er kunnen dubbele cijfers tussen zitten en niet alle partijen konden precies dezelfde informatie aanleveren.

### Inzichten vanuit het zorgkantoor

De groep 'cliënten ouder dan 50 jaar' is in de afgelopen 2,5 jaar toegenomen met 30-40 cliënten per jaar. De formele/centrale wachtlijst bij het zorgkantoor is voor deze doelgroep vrij stabiel met ongeveer 55 cliënten ouder dan 50 jaar. Het aanbod zal in de komende jaren groeien met circa 159 plekken. In 2022 zullen er 36 plekken bijkomen, in 2023 gaat het om 49 plekken en in 2024 om 74 plekken.

### De meest genoemde contra-indicaties zijn:

- Forse agressie
- Verslavingsproblematiek
- Seksueel overschrijdend gedrag
- Noodzaak tot een individueel aanbod (ouderenzorg wordt veel in groepswooningen aangeboden)

De doelgroep ouder wordende client met zeer complex gedrag en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag is zeer moeilijk tot niet plaatsbaar. Er wordt een trend gezien van een toename in de complexe doelgroep met veel triple problematiek (VG, somatiek en GGZ/verslaving). Sommige zorgaanbieders hebben het aanbod geclusterd en bieden daar ouderenzorg aan VG cliënten. Partijen die dit niet hebben denken hier over na of willen hier naartoe.

## 2.2.2 Uit de gesprekken komen de volgende knelpunten naar voren

### Externe cliënten kunnen door de grote vraag vrijwel niet geplaatst worden

Veel plekken worden opgevuld door interne doorstroom. Bij deze cliënten wijzigt de ondersteuningsvraag vanwege toenemende fysieke beperkingen of een dementieel proces. Dit vraagt een andere woon-en begeleidingsomgeving gericht op ouderdom of dementie.

### De ouder wordende cliënt vraagt om andere huisvesting en inrichting/outillage

Het gaat bij huisvesting en inrichting/outillage om bv. brede deuren, een hoog-laag bed, tilliften en andere hulpmiddelen. Lang niet alle locaties zijn geschikt voor deze doelgroep. Met name op verouderde locaties zijn er minder mogelijkheden door de beperkte ruimte in de kamers. Als de zorg dan te complex wordt moeten cliënten verhuizen. Binnen de reguliere VG is een eigen appartement met eigen douche de standaard. In de verpleegzorg is er meer behoefte aan grotere badkamers en gedeelde woonkamers naast kleinere studio's.

### Doelgroepen sluiten niet altijd goed op elkaar aan

Dit kan zorgen voor onderlinge spanningen in bijvoorbeeld een gedeelde huiskamer. Homogeniseren van groepen is wenselijk, maar het is een zoektocht naar hoe ver dit mogelijk is. Ouderen die lange tijd buiten de Wlz hebben gewoond, matchen vaak niet met medecliënten die al langere tijd binnen de Wlz wonen. Dit vraagt ook iets anders wat betreft de benadering vanuit de begeleiding. Er is vaak geen passend aanbod in de bestaande groepswooningen. Binnen de verpleegzorglocaties wordt een toename gezien van LVB cliënten die zelfstandig of ambulante gewoond hebben.

### Er wordt in een (te) laat stadium gezocht naar een specifieke ouderwoning



Er mist een aanbod voor ouder wordende cliënten die nog niet aan verpleegzorg toe zijn, maar waar de reguliere zorg ook niet meer passend is ('tussenwoningen'). Verwanten zien er soms tegenop om deze stap al eerder te maken. Het is van belang dat er tijdig het gesprek over wordt aangegaan. Eén van de partijen zet hier actief op in door webinars voor cliënten en verwanten te organiseren. Hier worden de effecten al van gezien waarbij cliënten soms eerder worden aangemeld. Wanneer een cliënt in een woning met trappen woont dan wordt eerder het gesprek aangegaan. Hierdoor ontstaan uiteindelijk minder crisis situaties. Naast of nog voor het realiseren van 'tussenwoningen' kan gekeken worden naar mogelijkheden om de zorg meer naar de cliënt thuis te brengen in de vorm van ambulante ondersteuning. Specifiek voor de LVB doelgroep geldt dat zij vaak niet naar een groepswoning willen als zij de rest van hun leven een eigen woning hebben gehad.

### **De combinatie van begeleiding en verpleegkundige verzorging maakt het vinden van geschikt personeel erg lastig**

Medewerkers aantrekken en behouden die de combinatie van verpleegkundige verzorging en (zeer) intensieve begeleiding en gedragsregulering kunnen en willen bieden is zeer moeilijk. Daarnaast is zelf opleiden erg kostbaar. Zowel verpleegkundigen en VIG-ers als agogisch geschoolde begeleiders zijn schaars. De schaarste aan verpleegkundig personeel is binnen de VG-sector het meest nijpend. Binnen deze doelgroep komen relatief eenvoudige medische handelingen voor wat minder uitdagend kan zijn voor deze medewerkers. Het personeelstekort zorgt verder voor een belemmering in de samenwerking tussen disciplines. Zowel fysiek als hoe men samenwerkt in de dossiervoering en hoe men bereikbaar is kan deze samenwerking verbeterd worden. Zo kan men vaak elkaars aantekeningen niet inzien. Hierdoor is er een gescheiden cultuur ontstaan die moeizaam te doorbreken is. Binnen de ouderenzorg lijkt dit beter georganiseerd te zijn.

### **Samenwerking met de V&V is in de praktijk nog lastig**

De samenwerking met VVT is in opkomst maar kan met name voor de ouder wordende cliënt met een LVB beter. Deze cliënten worden regelmatig geweigerd door verpleeghuizen, terwijl het wonen op een beschut VG terrein eigenlijk niet nodig is. Wonen in de wijk of in een regulier verpleeghuis zou passender zijn. De terughoudendheid om met cliënten met een verstandelijke beperking om te gaan is voor andere sectoren nog een belemmering. Voorbeelden waar cliënten wel binnen de reguliere ouderzorg zijn gaan wonen, bleken ook niet altijd passend. Deze cliënten kunnen snel het mikpunt worden van overige bewoners. Verder is er een verschil in visie tussen de VG en de V&V. VG cliënten hebben vaak een langere levensverwachting dan de cliënten die vanuit V&V instromen in een verpleeghuis. Ook is het zo dat de V&V zelf lange wachtlijsten heeft, wat de instroom vanuit de VG bemoeilijkt.

### **Deze doelgroep heeft een eigen vorm van dagbesteding nodig**

De dagbesteding moet gericht zijn op belevingsgerichte zorg en een laag tempo. Deze doelgroep kan niet 9 dagdelen per week naar de dagbesteding toe. Dit kan meer vanuit de woning geregeld worden.

## **2.2.3 Zorgaanbieders geven de volgende aanbevelingen mee**

1. Het kan een overweging zijn om het **aanbod te clusteren en specificeren**. Daarbij kan worden gedacht aan de volgende indelingen: locatie met kwetsbare ouderen, ouderen met meer lichamelijke zorgvragen, ouderen met lichtere vormen van dementie en ouderen met dementie en psychiatrische problematiek.
2. **Samenwerking met ouderenzorg versterken of opzetten**. De ouderenzorg en gehandicaptenzorg kunnen veel van elkaar leren en elkaar versterken op diverse gebieden. Vaak heeft men geen SO in huis. Mogelijk kan in de toekomst samen met de ouderenzorg een **medische poli** worden opgezet, waarbij de AVG en SO gezamenlijk beschikbaar zijn. Een partij die al wel werkt met een SO geeft aan dat het fijn zou zijn als er een extra SO voor de regio betrokken zou zijn. Een andere vorm van samenwerking is om (jongere) VG cliënten te laten werken in de V&V sector. Dit om verbinding tussen beide sectoren te stimuleren.
3. Organiseer **deskundigheidsbevordering en scholing** van medewerkers voor deze doelgroep. Een partij met een aanvullende interne opleiding over de zorgvraag die voortkomt uit het ouder worden ervaart dit als waardevol. Medewerkers van LVB locaties zijn zich er niet altijd van bewust

dat ouder worden een belangrijk onderwerp is. Bij deze doelgroep kan dementie relatief vroeg optreden, dus het is goed om medewerkers hier bewust van te maken.

4. Inzet van een **flexibel ambulante ouderenteam** met ook deskundigheid op het gebied van **palliatieve zorg**. Hierbij wordt gedacht aan een team dat vergelijkbaar is met het COT. Hierdoor kan expertise vanuit een centraal punt ingezet worden. Kennis van palliatieve zorg voor deze doelgroep moet breder verspreid worden. Een dergelijk ambulante team zou door samenwerkende ouderenzorg en gehandicaptenzorg organisaties opgezet kunnen worden. Er dient daarbij nadrukkelijk aandacht te zijn voor het type mensen; de verpleegkundigen dienen ook interesse te hebben in begeleiding en vice versa voor de agogisch geschoolde medewerkers.
5. **LVB deskundigheid delen** met de ouderenzorg.
6. Het zou mooi zijn om de nieuwe vormen van VG ouderenzorg **in de buurt van reguliere ouderenzorg te realiseren** zodat de medische voorzieningen en nachtzorg gedeeld kunnen worden.
7. Het is belangrijk om **tijdig in gesprek** te gaan met cliënten en naasten over **(on)geschikte huisvesting en zorg**.
8. Op dit moment ontbreekt er een specifiek voor de **doelgroep geschikte hospice** op regionaal niveau. Aanbevolen wordt om te inventariseren hoe groot de vraag is naar een dergelijke oplossing.
9. Er is vraag naar **revalidatieplekken voor deze doelgroep**, ook vanuit het ziekenhuis. Bestaande revalidatieplekken zijn relatief lang bezet. Er zouden zo'n 10-20 extra plekken gerealiseerd moeten worden. Het voordeel van revalidatieplekken is dat paramedici nabij zijn. Het is wel belangrijk om per cliënt kritisch te kijken of er niet een reguliere ouderenplek nodig is.

## 2.3 LG cliënten met LVB/GGZ problematiek

### 2.3.1 Omschrijving en grootte van de doelgroep

De LG cliënten met LVB/GGZ problematiek worden gezien als aparte groep naast NAH-clieënten. Beiden hebben echter een zorgindicatie met LG grondslag. In de praktijk blijkt dat de groep LG cliënten (niet NAH) erg klein is. Toch wordt deze groep wel herkend als knelpunt. Er is in heel Nederland weinig passend aanbod voor deze doelgroep, ook in de regio Utrecht/Gooi. Voor cliënten met een verhuishvraag is het zeer lastig om een vervolgplek te vinden en cliënten die aangemeld worden zijn lastig te plaatsen. De complexiteit van de doelgroep vormt zich door de combinatie van specialistische verpleegkundige zorg en ADL-zorg in combinatie met benodigde gedragsmatige begeleiding ten aanzien van de LVB of GGZ problematiek. Doordat deze groep in cijfers wegvalt in de totale LG/NAH groep, lukt het niet goed om een kwantificering te geven aan het aantal aanmeldingen en plaatsingen voor de LG cliënten.

#### Inzichten vanuit het zorgkantoor

In de doelgroep LG en NAH samen is vrijwel geen groei te zien in de afgelopen jaren. Op de wachtlijst staan ongeveer 28 cliënten LG en NAH. In de komende jaren zullen er naar verwachting 9 plekken in het aanbod bijkomen specifiek voor LG cliënten (voor NAH komen er 110 plekken bij).

### 2.3.2 Uit de gesprekken komen de volgende knelpunten naar voren

#### Wanneer er 24/7 verpleegkundige of medische zorg nodig is dan kan dat niet geboden worden

Men kan de zorg bieden, zolang dit niet te intensief wordt. Geplande zorg wordt vaak in samenwerking met thuiszorg of wijkverpleging aangeboden. De huidige kleine groep LG cliënten aan wie wel zorg geboden kan worden, heeft daarom geen forse problematiek op medisch- of gedragsmatig vlak. Een aantal van hen zou willen doorstromen omdat ze weinig aansluiting vinden met de NAH cliënten, omdat ze een andere woonvorm willen of omdat ze in een andere regio willen wonen. Er is zowel voor de NAH als de LG doelgroep meer vraag dan aanbod en een toename van complexere zorgvragen.

#### De combinatie van medische zorg en begeleiding blijkt ingewikkeld bij het vinden van personeel

Een van de grootste knelpunten rondom deze doelgroep lijkt personeel te zijn. Verpleegkundigen en VIG-ers zijn goed in het bieden van ADL-zorg, maar hebben minder affiniteit met het bieden van begeleiding. Andersom zijn agogisch geschoolde begeleiders vaak goed in de noodzakelijke begeleiding, maar kunnen zij niet de gewenste medische zorg bieden. Het behouden en krijgen van goed personeel is daardoor lastig. Ook wanneer de medische zorgvraag in complexiteit toeneemt dan vraagt dit zowel overdag als in de nacht veel extra inzet. Het volume voor deze doelgroep is een belangrijk criterium om de zorg op niveau te houden.

### **De complexe zorg van deze doelgroep is momenteel lastig te bieden in de wijk**

Cliënten in deze doelgroep willen zich graag in de maatschappij bewegen en in de wijk begeleid wonen. Echter kan de medische zorg vaak alleen in een verpleeghuis geboden worden en de begeleiding alleen in de gehandicaptenzorg. Gesprekken over samenwerking met V&V partners heeft nog geen resultaat gehad. Dit kwam met name niet tot stand door de schaalgrootte. Een oplossing die wordt gezien: LG zorgaanbieders zouden kunnen intrekken in een vleugel van een V&V complex met 50-100 bewoners waar de LG expertise ingezet kan worden, aanvullend op de medische zorg. Echter is een dergelijke samenwerking op dit moment geen prioriteit binnen de V&V sector en ook daar zijn personeelstekorten. De omvang van de groep maakt dat ook vanuit de GZ sector er weinig aandacht voor is.

### **De samenwerking tussen de gehandicaptenzorgorganisatie en GGZ-organisaties kan beter**

Meestal zijn FACT-teams actief betrokken bij verschillende cliënt-casuïstieken. Wanneer er klinische behandeling of opname rondom GGZ-problematiek nodig is, zijn er echter meestal geen opnameplekken die mensen in een rolstoel kunnen bedienen.

### **Samenwerking met verpleeghuizen en thuiszorg komt moeizaam van de grond**

Afgelopen jaren is onderzocht om bij deze doelgroep samen te werken met verpleeghuizen en thuiszorg, maar gezien het personeelstekort in deze organisaties en het gebrek aan expertise op de gedragsmatige component, kon ook in deze samenwerking de zorg niet geboden worden aan de doelgroep. Op cliëntniveau heeft rond verschillende casuïstiek of in noodsituaties uitwisseling van expertise plaatsgevonden en dit is nog steeds mogelijk. Structurele uitwisseling op schaalgrootte is hierbij niet op gang gekomen. Oorzaken hiervan zijn de druk op wachtlijsten in de ouderenzorg waardoor dit geen prioriteit is bij ouderenzorglocaties.

## **2.3.3 Zorgaanbieders geven de volgende aanbevelingen mee**

1. Men ziet mooie kansen om **samen met de VVT met schaalgrootte in de wijk de zorg** voor mensen LG en VG in te bedden en te organiseren. Bijvoorbeeld door de specialistische kennis op begeleiding in deze setting te brengen. Het opschalen van deze zorg op enkele plekken in Nederland zou ook een mogelijkheid kunnen zijn, maar kan ook spanning geven gezien de wens om lokaal te kunnen blijven wonen. Vanuit de VG brengt men graag de kennis van VG/LVB naar de organisaties met de expertise op medisch gebied, zoals de verpleeghuizen.
2. Om de grootte van deze doelgroep beter in kaart te brengen wordt aanbevolen om **navraag te doen bij revalidatie-afdelingen** en hun uitstroom. Mogelijk hebben zij hier een beter beeld van.
3. Aan alle partijen kan de vraag worden gesteld **hoe vaak men een cliënt uit deze doelgroep aangemeld** krijgt. Op deze manier kan de orde van grootte beter in kaart gebracht worden.

## **2.4 Logeren/DTV (specifieke doelgroepen zoals EMB)**

### **2.4.1. Omschrijving en grootte van de doelgroep**

De wachttijd voor logeren is langer dan een half jaar. In totaal noemt men 82 wachtenden die in het afgelopen jaar op de wachtlijst stonden. Er zijn relatief weinig cliënten in zorg gekomen omdat ouders het in de afgelopen twee jaar vaak nog te spannend vonden om te starten met logeren in verband met Corona. Daarnaast werd er door Corona ook minder logeerszorg geboden. Er werd met name ingezet op intensieve zorg bij cliënten en families thuis waar het echt nodig was. Toch geldt voor logeren dat

de vraag groter is dan het aanbod. De wachtlijstcijfers betreffen soms ook cliënten die wachten op uitbreiding naar een extra weekend. Eén van de partijen geeft aan dat zij met één weekend starten en dit daarna uitbouwen als dit mogelijk en wenselijk is. Vaak zijn kinderen al bekend vanuit bijvoorbeeld de dagbesteding. In toenemende mate ziet men dat <18 jarigen kiezen voor logeren als eerste stap naar volledig wonen en als ontlasting van de mantelzorg.

Totaal aantal geplaatste cliënten bij 3 partijen	Totaal aantal aanmeldingen bij 3 partijen	Totale wachtlijst bij 3 partijen	Wachtduur
Niet beschikbaar	Niet beschikbaar	>100	Langer dan een half jaar

De inzichten uit deze tabel zijn indicatief. Er kunnen dubbele cijfers tussen zitten en niet alle partijen konden precies dezelfde informatie aanleveren.

### Inzichten vanuit het zorgkantoor

In de afgelopen 5 jaar is logeren met ongeveer 15 cliënten teruggelopen van 115 naar 100 cliënten. Wachtlijstcijfers zijn helaas niet beschikbaar.

### De meest genoemde contra-indicaties zijn:

- Een te intensieve zorgvraag waarvoor de logeervoorziening niet geschikt is
- Kinderen/jongeren met externaliserende gedragsproblemen
- Specifieke eisen op het gebied van hulpmiddelen en medische bekwaamheden, denk aan ademhalingsondersteuning of het uitzuigen van de longen
- Cliënten met zeer ernstig probleemgedrag/een intensieve behandel-begeleidingsvraag (of 1 op 1 zorg).
- Veiligheidsrisico's voor andere cliënten

Verder wordt per cliënt gekeken naar de beschikbare huisvesting, de bestaande groepssamenstelling en de personele bezetting als criteria of een kind geplaatst kan worden. Voor jongvolwassenen (>18) met een intensieve begeleidingsvraag zijn minder mogelijkheden.

### 2.4.2 Uit de gesprekken komen de volgende knelpunten naar voren

#### Voor de (Z)EVMB doelgroep is het aanbod zeer beperkt

Deze doelgroep met bijkomende verpleegkundige behandelingen is te intensief. Dit is ook moeizaam uit te breiden door het tekort aan verpleegkundigen. Voor deze groep is het aantal beschikbare plekken en het aantal aanmeldingen dan ook het meest uit balans.

#### Het bieden van logeropvang vraagt veel van de omgeving

Denk hierbij aan geluidsoverlast en incidenten. Dit vraagt daarmee ook veel van de organisatie. Deze moet daarnaast ondersteuning kunnen bieden bij incidenten.

#### De doelgroep die voor logeren wordt aangemeld, heeft veelal complexe zorgvragen

Er is vaak sprake van multi-problem problematiek binnen de gezinnen en naast een verstandelijke beperking en complexe medische problematiek hebben cliënten veelal ook een gedragsstoornis gerelateerd aan ASS of ADHD of andere problemen op bijvoorbeeld het gebied van de hechting. Gezien wordt dat de vraag naar logeren voor jonge kinderen (<10 jaar) steeds meer toeneemt. Dit kan bij EVMB al vanaf 1 jaar zijn. Gesignaleerd wordt dat cliënten met minder intensieve ondersteuningsvragen ook terecht kunnen bij andere partijen zoals in hun eigen netwerk of bij zorgboerderijen. De groep intensieve zorgvragers blijft over en wordt bij de geïnterviewde partijen aangemeld. Eén van de partijen neemt een klein aantal van de zeer complexe zorgvragers op binnen hun instaphuis en intensief logeren (met woonmogelijkheid). Daar wordt vanuit het hele land aangemeld maar ook hier is de bezetting erg moeilijk rond te krijgen.

#### De wensen van de ouders matchen niet met die van de organisatie

De wens vanuit de organisaties is om deeltijdverblijf te combineren met logeren op een afzonderlijke locatie, zodat e.e.a. efficiënt georganiseerd en gecombineerd kan worden. Vanuit ouders is de wens juist anders. Zij willen graag via deeltijdverblijf bij een bestaande woning aanhaken, zodat cliënten kunnen wennen aan de woning waar zij komen wonen.

### **Personeel aantrekken is een uitdaging**

Het is lastig om aantrekkelijke en haalbare contracten te bieden. Een contract bij alleen logeren levert een contract van ongeveer 10 uur per week op. Medewerkers zoeken toch grotere contracten. Er wordt gezocht naar combinaties met andere dienstverlening. De inzet van specialisten zoals een AVG of psychiater is voor een cliënt die alleen logeren afneemt niet vanzelfsprekend. Verder is er bij logeren sprake van een piekbelasting in de weekenden en vakanties. Dit maakt het nog lastiger om personeel te werven. De diversiteit en ingewikkeldheid van de problematiek maakt ook dat medewerkers afhaken. Bij deze doelgroep is daarnaast nog een wakende nachtwacht nodig, wat het financieel verder onder druk zet.

### **De financiering van de huisvesting van logeren beperkt de mogelijkheden**

Een duurzame combinatie van een dienstverlening met logeren, waarbij een ruim logeeraanbod kan worden georganiseerd, is nog niet gevonden. Een pand met alleen een logeerbestemming (b)lijkt financieel niet haalbaar. Ook een combinatie met deeltijdverblijf is geen oplossing voor de financiële haalbaarheid. Deeltijdverblijf is voor organisaties financieel onaantrekkelijk omdat het tarief lager ligt dan bij logeren. Opbouwen naar vier dagen per week zorgt ervoor dat het financieel haalbaarder wordt. Maar dit kost tijd. Combinaties met dagbesteding zijn nog niet eenvoudig, doordat logeren verschillende doelgroepen kent. Het gaat vaak niet om dezelfde kinderen als bij de dagbesteding. Passende huisvesting voor kinderen met EMB is een probleem. Dit kan nog niet op een schaal georganiseerd worden dat het veilig en financieel haalbaar is.

### **Het percentage no – show voor logeren is hoog**

Een probleem voor de bedrijfsvoering van logeren is dat no-show die binnen 48 uur voor de start van het logeren ontstaat, niet wordt gefinancierd. Er zijn voor de cliënt geen consequenties verbonden aan het afmelden. De oorzaak van no-show is heel divers. Familie kan hun kind zelf mee willen nemen naar een activiteit of een kind of de ouders kunnen ziek zijn. Als er bij logeren minder dan 3 kinderen zijn, dan 'zakt men door de bodem heen'. Volgens de geïnterviewde zorgaanbieders is zelfs bij een volle groep met 6 cliënten het tarief echter al niet dekkend. Ouders worden wel aangesproken op no-show, maar het blijft voorkomen. Het gaat echter ook niet altijd om vermijdbare no-show.

### **2.4.3 Zorgaanbieders geven de volgende aanbevelingen mee**

1. **Bundel de krachten en deskundigheid** in de regio voor deze doelgroep, zodat partijen **gezamenlijk de risico's dragen** voor minder rendabel aanbod, zoals logeren. Met name als het gaat om kinderen met een heel intensieve ondersteuningsvraag (verzorging en begeleiding) is het belangrijk om de samenwerking te zoeken met aanbieders in de regio. Dit is bijna noodzakelijk op het gebied van deskundigheid, beschikbaar personeel, huisvesting en schaal. Een groep met intensief logeren voor kinderen met complexe gedragsproblemen en/of met zware somatische/lichamelijk klachten kunnen nergens anders terecht in de regio. Het delen van risico's tussen partijen helpt zowel vanuit financieel oogpunt als vanuit expertise. De pijn landt op die manier niet bij één partij.
2. **Digitale hulpmiddelen** in het pand zijn van meerwaarde en dragen bij aan de veiligheid in de nacht. Denk aan: akoestisch uitluisteren, camera, deurverklikkers of epi matten. Vaak zijn deze faciliteiten er nog niet, wat de mogelijkheden om cliënten te plaatsen beperkt.
3. Kijk naar **combinaties van logeren bij een KDC**. Zijn er mogelijkheden om het KDC aan te passen, zodat dat geschikt is voor logeren?.
4. **Neem bij bouwplannen voor een nieuw KDC ook logeren mee** in verband met de vastgoedlasten. Op dit moment zijn veel KDC gebouwen niet passend voor de mix van KDC en logeren. Het blijkt vaak ook niet haalbaar om dit alsnog aan te passen. Voor EMB moeten er dan teveel aanpassingen worden gedaan. Deze combinatie lijkt wel de meeste kansen te bieden op juiste ondersteuning.

5. Het aanbieden van **logeerzorg in vakantiehuisjes** is een goede oplossing voor de vastgoedlasten. Echter kan een groot deel van de doelgroep hier niet opgevangen worden en is dit alleen buiten vakantieperiodes om betaalbaar.
6. Kies bewust voor wat meer **gemengde groepen**, zodat cliënten van elkaar kunnen leren en er minder rigide vastgehouden hoeft te worden aan een bepaald profiel.
7. **Zoek naar mogelijkheden voor passende bekostiging**. Invoeren van verschillende tarieven op zorgzwaarte zou wellicht helpend zijn. Verder wordt aangegeven dat voor een kostentoereikend tarief de gemeente en het Zorgkantoor nodig zijn. Er zijn weinig zorgaanbieders met logeer aanbod, waardoor combinatie voor de hand ligt. Het is goed om ook het gesprek met de NZa aan te (blijven) gaan over de hoogte van de vergoeding, indien daar het knelpunt zit (bv. t.a.v. no-show). Het zorgkantoor is bereid om hierbij mee te helpen als een en ander goed onderbouwd kan worden.
8. Mogelijk is **'logeren met je eigen PGB-team'** een mooi idee om te verkennen. Een pilot hiervoor is gestart. Het artikel hierover van Wij zien je Wel is te vinden op: <https://www.wijzienjewel.nl/nieuwsberichten/logeren-met-je-eigen-pgber-een-goede-oplossing-voor-tekort-aan-logeeropvang>. In dit artikel staat ook een stappenplan.

### 3. Woordenlijst

GZ	Gehandicapten zorg
VG	Verstandelijk gehandicapten
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
WvGGZ	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang
AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten
COT	Crisis- en OndersteuningsTeam
PGB	Persoonsgebonden budget
EMB	Ernstige meervoudige beperking
MVB	Matige verstandelijke beperking
LVB	Licht verstandelijke beperking
NAH	Niet-aangeboren hersenletsel
FACT	Flexible Assertive Community Treatment (ambulant team vanuit de GGZ) FACT-teams behandelen en begeleiden mensen die een ernstige psychiatrische aandoening hebben in combinatie met problemen op andere levensterreinen (wonen, werken, sociale contacten, financiën etc.). Deze behandeling en begeleiding vindt plaats in de eigen omgeving van de cliënt.
KDC	Kinderdagcentrum\
(Z)EVMB	(Zeer) Ernstig Verstandelijk Meervoudig Beperkt