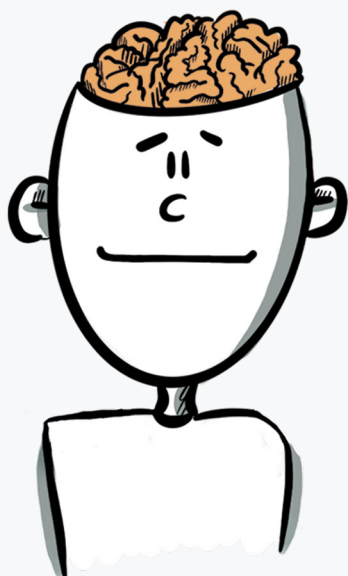


# Handreiking goede zorg



Wat is NAH+?



Wie hoort wel/niet bij de doelgroep NAH+?



Hoe ziet het zorglandschap NAH+ in Nederland eruit?



Wat zijn de uitgangspunten van goede zorg bij NAH+?

## Redactie

Kitty Jurrius  
Jolanda Smits  
Iris Westers  
Frank Willem Hogervorst

**Versie Juni 2026**

## Met dank aan

Olga Doornbos  
Marco Meijer  
Eefje Broers  
Brenda van den Broek  
Frank Kwakman  
Monique Burger  
Astrid Roesink  
Alle meelezers



# Inhoudsopgave

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inleiding</b>                                                 | <b>5</b>  |
| Inkadering van de handreiking                                    | 5         |
| Visie op goede zorg                                              | 5         |
| <br>                                                             |           |
| <b>1. Doelgroepbeschrijving</b>                                  | <b>7</b>  |
| 1.1 Inleiding                                                    | 7         |
| 1.2 Definities NAH en NAH+                                       | 7         |
| 1.3 Doelgroepbeschrijving DEC NAH+                               | 9         |
| 1.4 Doelgroepbeschrijving REC NAH+                               | 10        |
| 1.5 Doelgroepbeschrijving REC NAH++                              | 11        |
| 1.6 Exclusiecriteria                                             | 12        |
| <br>                                                             |           |
| <b>2. Zorglandschap</b>                                          | <b>15</b> |
| 2.1 Zorglandschap NAH+                                           | 15        |
| 2.1.1 Aanbod en clustering Regionaal Expertisecentrum NAH+ (REC) | 16        |
| 2.1.2 Aanbod en clustering Doelgroep Expertisecentrum NAH+ (DEC) | 16        |
| 2.1.3 Aanbod en clustering REC NAH++ (in ontwikkeling)           | 17        |
| 2.1.4 Cliëntgebonden Consultatie en Advies                       | 17        |
| 2.2 Clientgebonden consultatie en advies; toepassing             | 18        |
| 2.3 Expertisenetwerk NAH+                                        | 22        |
| <br>                                                             |           |
| <b>3. Doelgroepspecifieke criteria</b>                           | <b>25</b> |
| Overzicht criteria en doelgroepspecifieke criteria – NAH+        | 25        |
| <br>                                                             |           |
| <b>4. NAH+ toegang tot het zorglandschap</b>                     | <b>29</b> |
| 4.1 Indicatiestelling NAH+                                       | 29        |
| 4.2 Expertteams NAH+                                             | 33        |
| <br>                                                             |           |
| <b>5. Zorgmodel NAH+</b>                                         | <b>34</b> |
| 5.1 Uitgangspunten voor goede zorg voor mensen met NAH+          | 35        |
| 5.2 Zorgmodel NAH+                                               | 36        |
| <br>                                                             |           |
| <b>6. Dagelijkse zorg, begeleiding en behandeling</b>            | <b>38</b> |
| 6.1 Somatische zorg                                              | 39        |
| 6.2 Begeleidings- en behandelklimaat                             | 40        |
| 6.3 Aanvullende behandeling                                      | 45        |

|            |                                                           |           |
|------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7.</b>  | <b>Dagbesteding</b>                                       | <b>47</b> |
| <b>8.</b>  | <b>Leefklimaat en sociale omgeving</b>                    | <b>49</b> |
| 8.1        | Leefklimaat en sociale omgeving intern                    | 49        |
| 8.2        | Sociale omgeving extern                                   | 50        |
| 8.3        | Fysieke omgeving                                          | 52        |
| <b>9.</b>  | <b>Gespecialiseerd Multidisciplinair Kernteam</b>         | <b>57</b> |
| <b>10.</b> | <b>Competentieprofiel en scholing</b>                     | <b>59</b> |
| <b>11.</b> | <b>Team en veiligheid</b>                                 | <b>65</b> |
| <b>12.</b> | <b>Gedwongen opname en zorg</b>                           | <b>69</b> |
| 12.1       | Toepasselijke wetgeving                                   | 69        |
| 12.2       | Toepassing van de wetgeving binnen het REC en DEC         | 70        |
| <b>13.</b> | <b>Kwaliteit, cliënttevredenheid en inspraak</b>          | <b>73</b> |
| <b>14.</b> | <b>Wetenschappelijk onderzoek en kennisinfrastructuur</b> | <b>75</b> |





# Inleiding

## Inkadering van de handreiking

Deze handreiking goede Zorg NAH+ is opgesteld in het kader van de zorg die wordt verleend door de Expertisecentra NAH+. De handreiking geeft een beeld van de vereiste kwaliteit van zorg in regionale expertisecentra NAH+ (REC's) en Doelgroepexpertisecentra (DEC's), in de context van

- a. de kwaliteitseisen die landelijk aan de LVHC worden gesteld.
- b. de kwaliteit die wij als Doelgroepexpertisenetwerk NAH+ voor ogen hebben.

Doel van de handreiking is tweeledig,

1. ten eerste om richting te geven aan de ontwikkeling als expertisecentrum en
2. ten tweede om een kader te bieden voor kwaliteitstoetsing.

Kwaliteitstoetsing vindt plaats ten behoeve van accreditatie, maar ook breder, om te toetsen aan onze eigen gezamenlijke kwaliteitscriteria.

## Visie op goede zorg

In de zorg voor mensen met NAH+ gaan we uit van een persoonsgerichte zorg en benadering. Deze benadering komt tot uiting door zoveel mogelijk aan te sluiten bij de levensstijl van de cliënt en het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van leven. De zorg richt zich op de interactie tussen de persoon met NAH+ en de omgeving. Het gaat om een voortdurende afstemming op wat de individuele cliënt met NAH+ nodig heeft om optimaal te functioneren en kwaliteit van leven te ervaren.

“NB: We gebruiken in de tekst het woord cliënt om te verwijzen naar mensen met een indicatie NAH+, en...”

De vraag is steeds: ‘Welk stukje van de puzzel moet je extra aandacht geven?’ De individuele cliënt staat daarbij centraal. Om hem centraal te kunnen stellen, is het noodzakelijk dat we weten wat hij belangrijk vindt. Dit doen we door ons enerzijds te verdiepen in zijn achtergrond en anderzijds door de inbreng van naasten zoveel mogelijk mee te nemen in onze manier van werken.

De mens is meer dan de cliënt die zorg nodig heeft. In de zorg en behandeling richten we ons op de ‘circle of influence’. Er is altijd sprake van een therapeutisch klimaat, waar voortdurend mediërende behandeling plaatsvindt. Doel van de behandeling en begeleiding is om het welzijn en functioneren te optimaliseren door mensen met NAH+ te ondersteunen bij het reguleren van hun emoties en gedrag.

Zinvolle gespecialiseerde dagbesteding speelt een belangrijke rol in de opbouw van de structuur in het leven van de cliënt. Het ondersteunen van de interactie met anderen, deelname aan zinvolle activiteiten en het participeren in de wijk/maatschappij speelt een grote rol in onze visie op de zorg voor mensen met NAH+. Binnen de mogelijkheden leren wij cliënten onder begeleiding of zelfstandig op pad te gaan, te ervaren wat het is om onderdeel te zijn van de wijk/maatschappij.

Deze Handreiking Goede Zorg NAH+ 2026 vervangt de eerste versie van de Handreiking goede zorg NAH+ (2022). De actualisering is een doorlopend proces, waarbij in de komen-



de jaren nog aanvullende onderwerpen aan de handreiking zullen worden toegevoegd, zoals: Omgaan met verslaving bij mensen met NAH+, Afbouwen van zorg en uitstroom, zorg voor mensen met NAH++ (met een extra beveiligingsvraagstuk).

## Persona NAH+

**Jasmin** heeft NAH+ NAH+  
Expertisecentrum



- 40 Jaar
- Streng religieus marokkaans gezin
- Sterke behoefte aan zelfstandigheid
- Hersenletsel door auto-ongeluk, op 16 jarige leeftijd
- Alleen wonen lukte niet
- Woont 10 jaar in instelling

**+ Ik word blij van**

- Koken
- Muziek luisteren
- Structuur en routine
- Vertrouwde groepen

**– Mijn uitdagingen zijn**

- Forse geheugenproblemen
- Reguleren emoties, ben snel boos en erg somber
- Ik maak veel ruzie omdat ik iedereen wantrouw
- Ik vind mijzelf niet ziek
- Ik heb al jaren een ernstige depressie
- Ik durf niet naar buiten

**Tamar** heeft NAH+ NAH+  
Expertisecentrum



- 38 Jaar
- Gevoelsmens
- Bipolaire stoornis sinds puberteit
- Trauma's misbruik
- Moelijke relatie met ouders
- Hersenletsel door auto-ongeluk, 10 jaar geleden
- Ambulante verzorging werkte niet
- Woont 6 jaar in instelling

**+ Ik word blij van**

- Stabiliteit en betrouwbare mensen
- Rummikubben en diamond painting
- Dieren
- Wandelen
- Rustige omgevingen
- Een normaal bestaan met gezin en baan

**– Mijn uitdagingen zijn**

- Onrustige emoties van andere mensen
- Teveel prikkels maken mij gek
- Dingen die ik "moet" doen en keuzes maken vind ik heel moeilijk
- Ik vermink mijzelf (automutilatie)
- Relaties opbouwen en onderhouden
- Ik wil 's ochtends niet opstaan





# 1. Doelgroepbeschrijving

## 1.1 Inleiding

De term NAH+ is tot stand gekomen in de focusgroepen georganiseerd door KPMG in 2019, bestaande uit zorgprofessionals van zorgorganisaties die werken met personen met niet-aangeboren hersenletsel en bijkomende problematiek. Het is daarmee een relatief nieuwe term. Bovendien heeft de term geen internationaal equivalent. In dit hoofdstuk wordt de definitie NAH en NAH+ beschreven en de volgende cliëntprofielen toegelicht: REC NAH+, DEC NAH+, REC NAH++.

Verder is beschreven op welke wijze de diagnostiek en indicatiestelling NAH+ tot stand komt.

## 1.2 Definities NAH en NAH+

### Definitie NAH

De definitie van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die in deze richtlijn gehanteerd wordt is: Hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan. Dit is de definitie zoals geformuleerd door de Hersenstichting<sup>1</sup>.

#### *Toelichting:*

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is een groep van aandoeningen waarbij hersenweefsel onherstelbaar beschadigd is geraakt door trauma's, bloedingen, zuurstoftekort of toxische stoffen, dan wel als gevolg van infecties of andere ziekten. Deze beschadiging is per definitie op enig moment na de geboorte opgetreden en kan leiden tot een verandering in welbevinden, functioneren en zelfbeleving, zodat de cliënten een groot verschil ervaren tussen de persoon die zij waren voor het letsel en de persoon die zij zijn geworden na en door het letsel. De hersenbeschadiging kan abrupt zijn opgetreden en na het incident niet verder toenemen, zoals bij een CVA of een trauma of geleidelijk progressief zijn zoals bij een hersentumor. Het hersenletsel leidt tot disfunctioneren op één of meerdere terreinen, dit kan zowel somatisch als psychisch of sociaal zijn. Sommige van deze gevolgen zijn een primaire of directe uiting van de hersenbeschadiging (zoals motorische en cognitieve uitvalsverschijnselen, of persoonlijkheids- en gedragsverandering), andere zijn beter te begrijpen als secundaire of indirecte gevolgen (zoals depressies, angst, psychotische ontregelingen, of sociaal disfunctioneren). Veel hersenletselcliënten hebben aanmerkelijk minder energie dan vroeger. Voor de cliënt en zijn/haar systeem is het leven na NAH een

1 Hersenstichting, <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>



zoektocht naar een nieuw perspectief en naar een nieuwe balans binnen de verschillende levensdomeinen (gezin en familie, werk, hobby's).

### *Bijzondere positie neurodegeneratieve aandoeningen*

Ondanks dat neurodegeneratieve aandoeningen onder de definitie NAH vallen, scharen wij de volgende degeneratieve aandoeningen niet onder NAH, omdat de behandeling, zorg en de gevolgen van deze aandoeningen verschillen van de andere vormen van niet-aangeboren hersenletsel. Dit is in overeenstemming met de uitgangspunten van De Hersenstichting<sup>1</sup>:

- Multiple Sclerose;
- De ziekte van Parkinson;
- Dementiële aandoeningen zoals de ziekte van Alzheimer;
- De ziekte van Huntington.

### **Definitie NAH+**

De definitie NAH+ is vastgelegd in de NZa-beleidsregel presentatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz<sup>2</sup>.

Bij NAH+ gaat het om een persoon met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag\*. Hersenletsel dat is ontstaan anders dan voor, rondom of vanwege de geboorte en dat niet progressief is, waarbij sprake is van uit het hersenletsel voortvloeiend zeer ernstig regieverlies, een ernstige stoornis in de zelfregulering van het sociaal-emotioneel functioneren en zeer ernstig probleemgedrag. Er is sprake van:

- ernstige meervoudige cognitieve stoornissen;
- problemen met betrekking tot (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen;
- onvoldoende vermogen in het eigen functioneren of zelfreflectie; of
- een stoornis in de prikkelverwerking;

Het probleemgedrag van een persoon met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag kan zich vertalen in ernstige fysieke of verbale agressie, destructief of manipulatief gedrag, dwangmatig handelen, impulsiviteit en onvoorspelbaar reageren. Hierbij is dan ook continu nabijheid, hulp, toezicht en sturing noodzakelijk. Bij de persoon die in een expertisecentrum wordt opgenomen is de veronderstelling dat de zorg, behandeling en begeleiding in een reguliere NAH-setting niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag of dat dit zelfs is toegenomen. Daardoor is er noodzaak tot hooggespecialiseerde zorg, intensieve (24/7) begeleiding en behandeling in een zeer gestructureerde, beheersbare en veilige woonomgeving met daarbij ook specialistische dagbesteding. Het gaat hierbij dan om een herkenbare, duidelijke en voorspelbare leefwereld waar deze mensen binnen een vaste, voorspelbare structuur verzorgd en begeleid worden door een vast multidisciplinair team.

1 [Hersenstichting](#)

2 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2026 - BR/REG-26127  
Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2026 - BR/REG-26127 - Nederlandse Zorgautoriteit

\* In de beleidsregel voor de zorg voor mensen met NAH+ die in dit hoofdstuk staat komt het woord probleemgedrag regelmatig voor. In het werkboek Méér dan NAH werken we uit dat we de term 'probleemgedrag' wel hanteren, maar dat we er tegelijkertijd voor willen waken dat het woord probleemgedrag impliciet een verwijt inhoudt naar de persoon met NAH+. Problematisch ervaren gedrag' en 'onbegrepen gedrag' zijn inmiddels in de samenleving en de zorg ingevoerde termen die uitdrukken dat de omgeving begrip kan hebben voor het gedrag en daar ook een rol in speelt.



### 1.3 Doelgroepbeschrijving DEC NAH+

De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag door niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7), VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7), VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG7), of GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ Wonen 5). De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen:

- De cliënt is door een neuroloog gediagnosticeerd met niet-aangeboren hersenletsel. Hieronder wordt verstaan hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rondom of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening;
- De cliënt heeft een (zeer) ernstig verlies van regie over het eigen gedrag, wat blijkt uit de frequentie en/of de ernst en de impact daarvan op iemand zelf en/of diens omgeving;
- De cliënt heeft een (zeer) ernstige stoornis in de zelfregulering van het emotioneel functioneren in combinatie met een of meerdere van de onderstaande stoornissen:
  - Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen, waaronder in elk geval stoornissen qua executief functioneren en/of de sociale cognitie;
  - Onvoldoende vermogen tot of het volledig ontbreken van inzicht in het eigen functioneren en/of zelfreflectie;
  - Een stoornis in prikkelverwerking (sensorische informatieverwerking);
- De cliënt is niet in staat om het eigen probleemgedrag aan te passen waardoor er een noodzaak is tot een hierop toegeruste omgeving met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en/of beveiliging;
- De zorg wordt geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere WLZ zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. Er kan worden aangenomen dat een eerdere opname met behandeling niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag. De complexiteit van het probleemgedrag en de vereiste expertise met betrekking tot de psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking kan aanleiding zijn tot een opname in het DEC.
- Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is.



Daarbij kan sprake zijn van:

- Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
- Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;
- Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien;
- Onvrijwillige zorg.

## 1.4 Doelgroepbeschrijving REC NAH+

De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag door niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7), VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7), VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG7), of GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ Wonen 5).

De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen:

- De cliënt is door een neuroloog gediagnosticeerd met niet-aangeboren hersenletsel. Hieronder wordt verstaan hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rondom of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening;
- De cliënt heeft een (zeer) ernstig verlies van regie over het eigen gedrag, wat blijkt uit de frequentie en/of de ernst en de impact daarvan op iemand zelf en/of diens omgeving;
- De cliënt heeft een (zeer) ernstige stoornis in de zelfregulering van het emotioneel functioneren in combinatie met een of meerdere van de onderstaande stoornissen:
  - Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen, waaronder in elk geval stoornissen qua executief functioneren en/of de sociale cognitie;
  - Onvoldoende vermogen tot of het volledig ontbreken van inzicht in het eigen functioneren en/of zelfreflectie;
  - Een stoornis in prikkelverwerking (sensorische informatieverwerking);

NB: de doelgroepomschrijving voor REC en DEC zijn vrijwel identiek: bij een REC staat de formulering 'De cliënt is vaak niet in staat..' en 'de zorg wordt vaak geboden aan..' in plaats van 'De cliënt is niet in staat..' en 'de zorg wordt geboden aan'. Bij een DEC staat extra: De complexiteit van het probleemgedrag en de vereiste expertise .. kan aanleiding zijn tot een opname in het DEC'.



- De cliënt is vaak niet in staat om het eigen probleemgedrag aan te passen waardoor er een noodzaak is tot een hierop toegeruste omgeving met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en/of beveiliging;
- De zorg wordt vaak geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere Wlz zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput. Er kan worden aangenomen dat een eerdere opname met behandeling niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag;
- Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is.

Daarbij kan sprake zijn van:

- Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
- Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;
- Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien;
- Onvrijwillige zorg.

## 1.5 Doelgroepbeschrijving REC NAH++

De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag door niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Cliënten zijn krachtens het indicatiebesluit meestal aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7), VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (VV8), LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (LG6), LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (LG7), VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG7), of GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ Wonen 5). De doelgroep onderscheidt zich op de volgende punten van de doelgroepen zoals beschreven in de hierboven genoemde profielen:

- De cliënt is door een neuroloog gediagnosticeerd met niet-aangeboren hersenletsel.
- Hieronder wordt verstaan hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rondom of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening;
- De cliënt heeft nagenoeg volledig verlies van regie over het eigen gedrag. De frequentie en impact van dit probleemgedrag is groot, ernstig onregelend, onvoorspelbaar en de vertoonde gedragsproblemen zijn dusdanig ernstig dat er aanwijsbare risico's zijn voor de veiligheid van de cliënt of diens omgeving;
- Er is een noodzaak tot aanvullende specialistische begeleiding en behandeling en een aangepaste omgeving om ernstige ontsporing te voorkomen.
- De cliënt heeft nagenoeg volledig verlies in de zelfregulering van het emotioneel functioneren in combinatie met een of meerdere van de onderstaande stoornissen
  - Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen, waaronder in elk geval stoornissen qua executief functioneren en/of de sociale cognitie;



- Onvoldoende vermogen tot of het volledig ontbreken van inzicht in het eigen functioneren en/of zelfreflectie;
- Een stoornis in prikkelverwerking (sensorische informatieverwerking);
- De cliënt is niet in staat tot interactie binnen de groep en heeft continu begeleiding en toezicht nodig om gedrag te reguleren en risico's op escalatie of ontwijking van de groep te voorkomen.
- De zorg wordt geboden aan cliënten waarbij alle mogelijkheden van reguliere Wlz zorg volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen zijn uitgeput.
- Er kan worden aangenomen dat een eerdere opname met behandeling niet heeft geleid tot verbetering van het probleemgedrag;
- Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is;
- Er is vaak sprake van onvrijwillige zorg;
- De ernst van het probleemgedrag en de impact op de omgeving brengt complexe wilsbekwaamheids/beslisvaardigheidsvraagstukken en ethische dilemma's met zich mee.
- Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
- Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;
- Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien;

## 1.6 Exclusiecriteria

**Cliënten komen niet in aanmerking voor opname in een REC of DEC indien (exclusiecriteria):**

De cliënt voldoet aan de criteria van één van de andere LVHC doelgroepen.

De andere LVHC-doelgroepen zijn:

1. Het syndroom van Korsakov
  2. Multiple Sclerose (MS)
  3. Langdurige bewustzijnsstoornis
  4. Gerontopsychiatrie (GP+)
  5. De ziekte van Huntington
  6. Dementie met zeer ernstige gedragsproblematiek (D-ZEP)
- De cliënt een progressieve hersenziekte heeft;
  - Er bij de cliënt sprake is van een actieve ontregelende verslaving\*, zonder voldoende motivatie om te werken aan abstinentie;
  - De cliënt onder toezicht staat van justitiële instanties of recentelijk onder een justitiële maatregel viel\*\*.



\*Verslavingsproblematiek komt veel voor binnen de doelgroep van het expertisecentrum en vormt in de meeste gevallen een onderdeel van het complexe zorgbeeld waarvoor het centrum juist bedoeld is. Hoewel de NZabeleidsregel actieve ontregelende verslaving noemt als mogelijk exclusiecriteria, betekent dit niet dat iedere vorm van middelengebruik of afhankelijkheid automatisch leidt tot uitsluiting van verblijf. In de praktijk wordt verslaving alleen als uitsluitingsgrond gehanteerd wanneer de aard en ernst van het gebruik zodanig zijn dat een veilig en zinvol verblijf binnen het expertisecentrum niet haalbaar is, of wanneer de veiligheid van de cliënt of de omgeving onvoldoende kan worden gewaarborgd. Hierbij gaat het om een situatie waarin het middelengebruik actief, instabiel en ontregelend is. De verslaving beïnvloedt het dagelijks functioneren zodanig dat veiligheid, stabiliteit en behandelbaarheid van overige problematiek in het gedrang komen. De verslaving kenmerkt zich door verlies van controle over gebruik, dwangmatig gebruik dat niet te reguleren is, escalaties in gedrag door ontregelende invloed van de verslaving, acute ontregeling, middelengebruik dat verblijf en behandeling in de weg staat.

Daarom wordt steeds beoordeeld of de verslavingsproblematiek voldoende stabiel en beheersbaar is om een verblijf mogelijk te maken. Veel cliënten hebben een vorm van middelengebruik die, hoewel belastend, niet in de weg staat aan een verblijf binnen het centrum. Chronisch middelengebruik verwijst naar langdurig, vaak jarenlang gebruik van middelen zonder dat er sprake is van acute ontregeling. Hoewel het gebruik belastend kan zijn, blijft het doorgaans stabiel, voorspelbaar en beheersbaar. Er is meestal sprake van een vast patroon, met vaste hoeveelheden of ritmes. Het functioneren van iemand kan verminderd zijn, maar raakt niet volledig ontwricht. De risico's die het gebruik met zich meebrengt zijn aanwezig, maar blijven relatief stabiel en goed te monitoren. De motivatie om te veranderen kan wisselen, maar er is geen voortdurende crisis of acute noodsituatie. In die situaties wordt verslaving gezien als een integraal onderdeel van de zorgvraag en wordt deze meegenomen in de begeleiding en behandeling die tijdens het verblijf worden geboden.

Alleen wanneer sprake is van acute ontregeling, ernstige afhankelijkheid of gedrag dat het leefklimaat structureel verstoort, kan verslaving aanleiding zijn om verblijf tijdelijk uit te stellen. Wanneer verslaving leidt tot uitstel of uitsluiting van verblijf, wordt dit altijd zorgvuldig gemotiveerd en gekoppeld aan een passend alternatief, zoals detoxificatie of stabilisatie elders.

\*\*Het uitsluitingscriterium is bedoeld om te voorkomen dat cliënten die primair onder een justitiële titel vallen of waarbij veiligheids- en strafrechtelijke kaders leidend zijn, worden opgenomen binnen een DEC/REC NAH+ wat niet is ingericht op het uitvoeren van strafrechtelijke maatregelen.

Het criterium moet echter zorgvuldig worden toegepast, omdat cliënten met NAH+ soms wel in aanraking komen met justitie als gevolg van hun hersenletsel, zonder dat zij daarmee tot de forensische doelgroep behoren.

Wanneer leidt justitieel toezicht tot uitsluiting?

- Op het moment dat de cliënt een lopende strafrechtelijke titel heeft waarbij toezicht, voorwaarden of beveiliging vanuit justitie leidend zijn (bijv. TBS, reclasseringstoezicht met strikte voorwaarden, detentie, voorwaardelijke invrijheidsstelling met intensieve monitoring (voorbeeld enkelband)).
- De justitiële maatregel vraagt om een forensisch behandelklimaat, zoals risicomangement gericht op recidivepreventie.



- De gedragsproblematiek wordt primair geduid als forensisch van aard, niet als gevolg van NAH.
- Het REC/DEC NAH+ onvoldoende is toegerust om te voldoen aan de veiligheids- en verantwoordingsvereisten die vanuit justitie worden gesteld.

### **Wanneer cliënten met NAH+ wél gebruik kunnen maken van een DEC/REC NAH+?**

Het uitsluitingscriterium betekent niet dat iedere cliënt met een justitieel verleden wordt uitgesloten. Het criterium is bedoeld om cliënten uit te sluiten waarbij het strafrechtelijke kader leidend is.

1. de justitiële maatregel is afgerond, er is geen lopend toezicht meer door reclassering of andere justitiële instanties.
2. de cliënt heeft geen recidiverisico dat een forensisch kader vereist.
3. de cliënt heeft geen strafrechtelijke voorwaarden die de zorg sturen.
4. de gedragsproblematiek voortkomt uit NAH, de zorgvraag primair zorginhoudelijk is.
5. de cliënt voldoet aan de NAH+ doelgroepcriteria.

Plaatsingen waarbij maatregelen nodig zijn die vallen onder de Wet Zorg en Dwang/Wet vGGZ (deze maatregelen vallen buiten het strafrechtelijk kader) worden later in de handreiking toegelicht.





## 2. Zorglandschap

### Zorglandschap NAH+

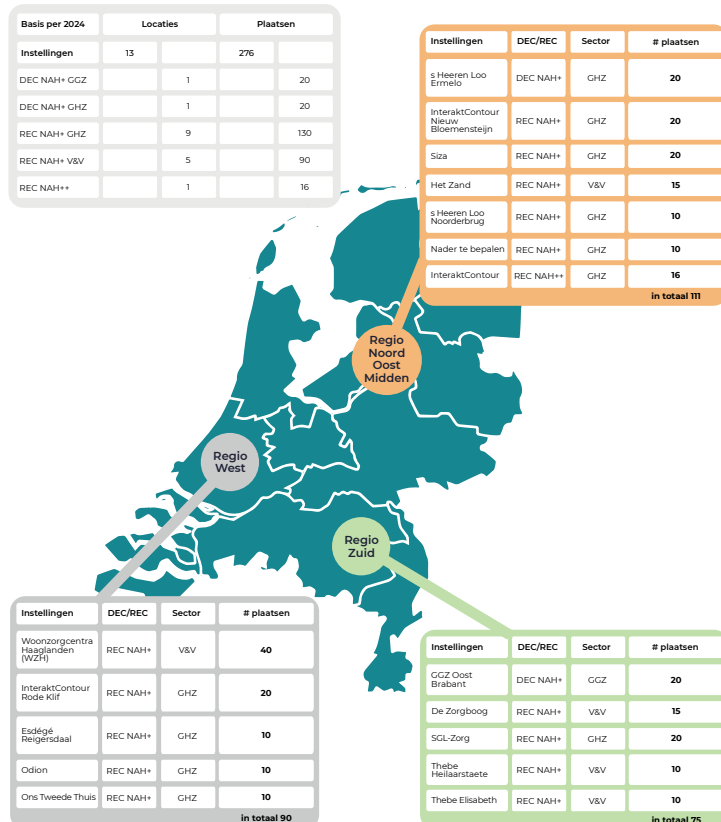
In Nederland zijn naar schatting 350 tot 500 mensen met NAH+. Daarvan kunnen er binnen het zorglandschap in de toekomst 276 mensen opgenomen worden (inclusief plaatsen NAH++). De overige mensen met NAH en gedragsproblemen verblijven over het algemeen in WLZ instellingen, en in sommige gevallen nog in een thuissituatie of in de forensische zorg.

Het zorglandschap NAH+ bestaat uit:

- Vereniging Expertisenetwerk NAH+
- Eén doelgroep Expertisecentrum GGZ (DEC)
- Eén doelgroep Expertisecentrum GHZ (DEC)
- Vijf regionale Expertisecentra (REC's) V&V
- Negen regionale Expertisecentra (REC's) GHZ
- Eén regionaal Expertisecentrum (REC) NAH++ (in ontwikkeling)
- Kenniscentrum NAH+



#### Vastgesteld zorglandschap NAH+ Januari 2026



## **Samenwerking Winkler Kliniek Expertisecentrum voor neuropsychiatrie als onderdeel van Pro Persona.**

Er is sprake van een samenwerking tussen het zorglandschap NAH+ en de Winkler Kliniek, deze samenwerking is onder andere gericht op Cliëntgebonden Consultatie en Advies aan de DEC's en REC's en andere WLZ instellingen, de ontwikkeling van een woonlocatie voor NAH++ en de tijdelijke opname in de Winkler kliniek.

### **2.1 Zorgaanbod**

In deze paragraaf wordt het zorgaanbod van het zorglandschap NAH+ beschreven, bestaande uit:

- Regionaal Expertisecentrum NAH+
- Doelgroep Expertisecentrum NAH+
- Regionaal Expertisecentrum NAH++
- Cliëntgebonden Consultatie en Advies

#### **2.1.1 Aanbod en clustering Regionaal Expertisecentrum NAH+ (REC)**

Een Regionaal Expertise Centrum (REC) NAH+ beschikt over minimaal 10 intramurale geclusterde Wlz-plaatsen op basis van behandeling en verblijf. Dit is een gespecialiseerde woonvoorziening waarbij het leefmilieu specifiek is afgestemd op de behoeften van de doelgroep. De cliënt heeft een (zeer) ernstig verlies van regie over het eigen gedrag, wat blijkt uit de frequentie en/of de ernst en de impact daarvan op iemand zelf en/of diens omgeving en zijn vaak niet in staat hun eigen probleemgedrag te reguleren. Daarom is een omgeving noodzakelijk die hierop is toegerust, met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en/of beveiliging. De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag als gevolg van NAH. Op basis van het Wlz-indicatiebesluit hebben deze cliënten doorgaans een zorgprofiel zoals VV7, VV8, LG6, LG7, VG7 of GGZ5 wonen.

Het REC NAH+ vervult een last resort-functie en biedt zorg aan cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH+) die blijvend afhankelijk zijn van deze specialistische Wlz-zorg. In geval geen van de REC's in staat is een last resort cliënt op te nemen, heeft een van de DEC's de verantwoordelijkheid een dergelijke cliënt alsnog op te nemen. In geval geen van de DEC's in staat is een last resort cliënt op te nemen, heeft een van de REC's de verantwoordelijkheid een dergelijke cliënt alsnog op te nemen.

#### **2.1.2 Aanbod en clustering Doelgroep Expertisecentrum NAH+ (DEC)**

Een Doelgroep Expertise Centrum (DEC) beschikt over minimaal 20 intramurale, geclusterde Wlz-plaatsen op basis van behandeling en verblijf. Deze plaatsen bevinden zich in een gespecialiseerde woonvoorziening, waarvan het leefmilieu specifiek is ingericht op de complexe zorgbehoeften van de doelgroep. De cliënten binnen het DEC hebben te maken met een (zeer) ernstig verlies van regie over het eigen gedrag. Dit uit zich in de frequentie, ernst en impact van het probleemgedrag op henzelf en hun omgeving. Vaak zijn zij niet in staat dit gedrag zelfstandig te reguleren. De complexiteit van het gedrag en de vereiste expertise op het gebied van psychiatrische aandoeningen of verstandelijke beperkingen vormen aanleiding voor opname in een DEC. Om passende zorg te bieden is een omgeving vereist die hierop is toegerust, met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en/of beveiliging. De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig pro-



bleemgedrag als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Op basis van het Wlz-indicatiebesluit beschikken zij doorgaans over een van de volgende zorgprofielen: VV7, VV8, LG6, LG7, VG7 of GGZ5 wonen.

Het DEC NAH+ vervult een last resort-functie voor cliënten met NAH+ die blijvend afhankelijk zijn van zeer specialistische Wlz-zorg. De DEC's hebben een adviesrol ten opzichte van de REC's als het gaat om diagnostiek en behandeling. Op het moment dat zij er niet uit komen, kunnen zij advies vragen en kan een DEC meekijken naar een passend behandelplan en de beste fysieke locatie.

In het zorglandschap hebben de leden van de vereniging met elkaar een wederzijdse verantwoordelijkheid opgenomen ten opzichte van de last resort functie van de expertisecentra. In geval geen van de REC's in staat is een last resort cliënt op te nemen, heeft een van de DEC's de verantwoordelijkheid een dergelijke cliënt alsnog op te nemen. In geval geen van de DEC's in staat is een last resort cliënt op te nemen, heeft een van de REC's de verantwoordelijkheid een dergelijke cliënt alsnog op te nemen.

### 2.1.3 Aanbod en clustering REC NAH++ (in ontwikkeling)

In 2023 hebben het ministerie van VWS en het Centrum voor Expertise Langdurige Zorg (CELZ) de opname van de doelgroep NAH++ als vereiste gesteld binnen het NAH+ zorglandschap. In het voorjaar van 2024 is NAH++ als verbijzondering opgenomen in de doelgroepbeschrijving en het zorglandschap, en vervolgens goedgekeurd door CELZ. De verwachting is dat in 2028 een REC NAH++ wordt gerealiseerd met 16 intramurale Wlz-plaatsen op basis van behandeling met verblijf. Tot die tijd reserveren een aantal RECs en DEC's samen 10 plaatsen. De doelgroep bestaat uit volwassenen met zeer ernstig probleemgedrag als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Op basis van het Wlz-indicatiebesluit beschikken zij doorgaans over een van de volgende zorgprofielen: VV7, VV8, LG6, LG7, VG7 of GGZ5 Wonen. Kenmerkend voor deze doelgroep is een nageen volledig verlies van regie over het eigen gedrag. Het probleemgedrag is frequent, ernstig ontregelend en onvoorspelbaar, en leidt tot aanwijsbare risico's voor de veiligheid van de cliënt zelf en/of diens omgeving. Binnen deze doelgroep is vaak sprake van: de noodzaak tot inzet van onvrijwillige zorg; een zorgomgeving met 24/7 begeleiding, direct toezicht, bescherming en beveiliging die specifiek is toegerust op de intensiteit en onvoorspelbaarheid van het gedrag. Het REC NAH++ vervult een *last resort*-functie en biedt zorg aan cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH++) die blijvend afhankelijk zijn van deze specialistische Wlz-zorg.

### 2.1.4 Cliëntgebonden Consultatie en Advies

Vanaf 1 januari 2026 kunnen zorginstellingen in Nederland voor mensen in de langdurige zorg gebruik maken van consultatie en advies door erkende expertisecentra NAH+. Deze zogenaamde cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) kan ingezet worden voor cliënten die tot de doelgroep van NAH+ behoren met een Wlz-indicatie met verblijf, maar niet in een expertisecentrum verblijven. Deze zorg staat beschreven in de beleidsregel 'prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz'.



## 2.2 Clientgebonden consultatie en advies; toepassing

Het doel van de inzet van CCA is het *verbeteren van de kwaliteit van leven en zorg voor de cliënt, stabiliseren van de zorgsituatie en/of voorkomen van verhuizing naar een expertisecentrum*. Door middel van de CCA krijgen zorgprofessionals in niet-specialistische zorginstellingen specialistische kennis en ondersteuning van expertisecentra door casussen voor te leggen. Zorgmedewerkers en behandelaren krijgen gerichte, praktische adviezen en ondersteuning voor de toepassing in de praktijk.

Deze paragraaf bevat de visie van het Expertisenetwerk NAH+ op de CCA, informatie over de beleidsregel en beschrijft wat de expertisecentra binnen het landelijke netwerk NAH+ verstaan onder het aanbieden van CCA. Het doel is het bieden van informatie voor de ontwikkeling van CCA.

### Visie

Als netwerk willen wij onze opgebouwde expertise delen met andere organisaties, zodat de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert, diens situatie stabiliseert en dat een verhuizing naar een expertisecentrum kan worden voorkomen. Idealiter behalen we bij andere organisaties dat risicofactoren tijdig worden erkend, beleid daarop wordt aangepast, zodat een crisis of tijdelijke opname in een klinische setting gespecialiseerd in NAH en psychiatrie of een expertisecentrum NAH+ voorkomen kan worden. Dit is prettiger voor de cliënt en diens netwerk en leidt ook tot lagere zorgkosten.

Wij geloven erin dat een cliënt, in de meeste gevallen, het beste dicht bij zijn netwerk kan wonen. Bij een verhuisvraag proberen we altijd eerst te kijken of door middel van CCA de situatie kan verbeteren. Lukt dat niet, dan overwegen we om een cliënt tijdelijk te laten observeren en/of behandelen in een daarvoor geschikte setting. Op die manier kan de cliënt stabiliseren, kan het team van de verwijzende organisatie tot rust komen en kan het team eventueel worden voorbereid op terugkeer van de cliënt. Hiermee kunnen we onnodige verhuizingen naar een expertisecentrum voorkomen.

Tot slot zien wij consultatie en advies als een manier om te blijven leren als organisatie en zorgprofessional. Door voldoende casuïstiek te behandelen blijven we onze expertise op pijl houden. We vinden het daarom belangrijk dat regelmatig intervisie plaatsvindt over casuïstiek en het geven van consultatie en advies. Ook raden we het organisaties aan hun experts werkzaamheden te laten verrichten als consulent voor het CCE, welke een belangrijke partner is in de zorg rondom de NAH+ cliënten.

### Uitgangspunten cliëntgebonden consultatie en advies

#### De beleidsregel geeft onderstaande omschrijving en kaders voor CCA:

- CCA wordt ingezet voor het beantwoorden van een zorgvraag van een individuele cliënt
- Er is tijdelijk inzet vanuit een expertisecentrum nodig bij een situatie waarbij een cliënt onvoldoende baat heeft bij de reeds ingezette zorg
- De inzet van een expertisecentrum is nodig om stabilisatie van de situatie te bewerkstelligen en eventuele opname of verhuizing te voorkomen
- Het betreft een inzet van zorgverleners ten behoeve van de zorg aan een cliënt die niet in een expertisecentrum verblijft
- De inzet van CCA is alleen mogelijk voor een cliënt met een Wlz-indicatie die verblijft in een instelling en behoort tot de doelgroep NAH+



- CCA kan alleen geleverd worden door een erkend expertisecentrum binnen het doelgroepnetwerk NAH+
- Een traject duurt niet langer dan 6 maanden en de inzet bedraagt maximaal 32 uur, exclusief de reistijd van de zorgverlener, per traject. Wanneer meerdere expertisecentra CCA bieden aan dezelfde cliënt mag dit gezamenlijk niet meer dan 32 uur per traject zijn

**Daarnaast worden vanuit het doelgroepnetwerk de volgende uitgangspunten gehanteerd:**

1. Het uitgangspunt is dat er CCA plaatsvindt vooraf aan een plaatsing in een REC of DEC, tenzij er sprake is van een uitzondering. Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld situaties waarin niet aan de voorwaarden van de CCA kan worden voldaan (bijv. omdat een cliënt thuis woont) of wanneer het REC of DEC op basis van diens ervaring, kennis en expertise beoordeelt dat CCA-traject niet passend is en direct kan worden overgegaan naar plaatsing. Het expertisecentrum controleert bij een aanmelding voor wonen waar eerder CCA is ingezet of de aanmelding in lijn is met het advies.
2. In principe wordt CCA gegeven aan organisaties binnen de regio van de REC of DEC. Hierbij wordt hetzelfde woonplaatsbeginsel gehanteerd als bij het aanmeldproces voor wonen in een expertisecentrum. Dat betekent dat het REC of DEC dat het dichtst bij de woonplaats van de cliënt ligt, de organisatie is die kan worden benaderd. Als de specifieke expertise van een ander expertisecentrum gevraagd is, kan deze ingeschakeld worden. Als twee expertisecentra betrokken zijn, bewaakt het expertisecentrum die de initiële aanvraag ontving het proces en de maxima van duur en inzet.
3. Bij CCA is er vaak sprake van een urgente situatie, maar CCA past niet in een crisissituatie waarbij zo spoedig mogelijk gehandeld moet worden (binnen 24 uur). Bij de triage wordt getoetst of CCA de juiste interventie met passende tijdslijn is voor de betreffende situatie.
4. Bij ieder CCA-traject worden de principes van stepped care gevolgd. Stepped care betekent dat bij de start beoordeeld wordt welke (zo laag intensief mogelijk) inzet noodzakelijk is voor de betreffende consultatievraag. De inzet wordt geëvalueerd, en kan worden op- of afgeschaald worden in disciplines of frequentie tot het maximum van een traject.
5. Het REC of DEC gaat voor het specifieke onderdeel van de CCA een behandelingsovereenkomst aan vanuit de Wgbo. Voor dit specifieke onderdeel heeft het REC of DEC een behandelrelatie met de client. Leden van het consultatieteam zijn verantwoordelijk voor het eigen handelen en de inhoud van het advies. Zij nemen echter geen hoofdbehandelaarschap over. De regie en eindverantwoordelijkheid ligt bij de aanvragende organisatie. De aanvragende organisatie en haar zorgprofessionals zijn en blijven verantwoordelijk voor de ingezette behandeling en zorg/begeleiding. De verantwoordelijkheid voor het opvolgen van het geboden advies ligt dus bij de hoofdbehandelaar van de aanvragende organisatie. Zij zijn ook verantwoordelijk om alle en juiste informatie aan te leveren voor de CCA.
6. Leden van het consultatieteam nemen geen zorg over en zijn geen onderdeel van het rooster van de aanvragende organisatie.
7. De aanvragende organisatie is verantwoordelijk dat de veiligheid van de leden van het consultatieteam gewaarborgd is tijdens bezoek aan de locatie en aan de bewoner.



8. In principe lopen een CCA-traject vanuit een REC of DEC niet samen met een consultatietraject van het CCE. In uitzonderlijke gevallen is dit mogelijk. Om een goed beeld te krijgen van het verschil tussen een CCA-traject vanuit een REC of DEC en een consultatietraject van het CCE is een afbakeningsdocument opgesteld.

## **Kernelementen cliëntgebonden consultatie en advies**

### **Consultatieteam**

De expertisecentra die CCA leveren hebben een consultatieteam samengesteld.

- ✓ Leden werken in een REC of DEC NAH+ en hebben kennis en expertise van de doelgroep
- ✓ Leden hebben de vaardigheden om deze kennis en expertise over te brengen aan anderen
- ✓ Het team bestaat uit disciplines zoals opgenomen in de beleidsregel, waarbij niet alle disciplines aanwezig hoeven te zijn
- ✓ Het team bestaat ten minste uit de disciplines die benoemd zijn in de doelgroep specifieke criteria van de REC en DEC.

### **Aanmeldroute**

De expertisecentra die CCA leveren hebben een aanmeldroute opgesteld.

- ✓ Deze aanmeldroute geeft aan hoe organisaties het consultatieteam kunnen bereiken
- ✓ Het expertisecentrum zorgt voor een contactpunt dat beschikbaar is binnen kantoor tijden, waarbij de beschikbaarheid niet afhankelijk is van een persoon
- ✓ De aanmeldroute is gecommuniceerd en bekend in de regio
- ✓ Het expertisecentrum streeft ernaar om binnen twee werkdagen een (procesmatige) reactie te geven aan de aanvrager

De aanmelding vindt plaats via een mailadres of telefoonnummer dat bereikbaar is op alle werkdagen.

### **Triage**

De start van iedere consultatie aanvraag bestaat uit de beoordeling of de aanvraag in aanmerking komt voor CCA. Daarvoor gebruiken alle organisaties de triagetool die speciaal hiervoor is ontwikkeld.

De volgende voorwaarden voor CCA worden getoetst d.m.v. de triagetool:

- Er is sprake van een cliënt die behoort tot de doelgroep NAH+.
- Er is voldaan aan de voorwaarden van de beleidsregel. De cliënt heeft een Wlz-indicatie met verblijf (met of zonder behandeling).
- De aanvraag is binnen de aanvragende organisatie afgestemd met de regiebehandelaar.
- De aanvraag is door de aanvragende organisatie afgestemd met de client (en/of wettelijk vertegenwoordiger indien van toepassing) en hij/zij heeft toestemming gegeven voor het delen van gegevens.
- Er is geen sprake van crisis. Crisiszorg is zorg die direct (acuut) nodig is.

Tijdens de aanmelding wordt besproken of de cliënt in de regio van het expertisecentrum woont en of het expertisecentrum het aangewezen expertisecentrum is om de vraag op



te pakken. Samenwerking tussen verschillende expertisecentra voor één consultatievraag is mogelijk.

Tijdens de aanmelding wordt ook een contactpersoon bij de aanvragende organisatie afgesproken voor afstemming gedurende het consultatietraject.

### **Consultatietraject**

Een traject kent een duidelijke start en einde met een maximale duur van 6 maanden en maximale inzet van 32 uur per cliënt.

Na de triage start het CCA-traject met de intake, die ziet op een inhoudelijke beoordeling en verdieping op de consultatievraag. Op basis hiervan wordt een plan opgesteld met doelen en wordt de benodigde inzet vanuit het consultatieteam bepaald.

Het CCA-traject kent, na de triage, de volgende fasen:

1. Verkenning/vraagverheldering
2. Analyse van de vraag en de situatie
3. Verslag en bespreking van bevindingen
4. Adviezen delen met de aanvrager
5. Uitzetten interventies samen met de bij de verblijfslocatie betrokken professionals
6. Evaluatie van de ingezette voorgestelde interventies

(Eventueel terug naar 2)

7. Eenduidige rapportage en verslaglegging van het CCA-traject
8. Afronding en evaluatie

Het is mogelijk dat een consultatievraag tijdens het eerste gesprek beantwoord wordt. In dat geval deelt de consultatiegever direct het advies en gaat naar stap 7 en 8 voor de afronding van het traject.

In het CCA kan gebruik worden gemaakt van ondersteunende technieken zoals beeldbellen, camera, mail en telefoon. Ook kan er gekozen worden voor fysieke aanwezigheid om een team, locatie of cliënt te zien. Welke keuze hierin gemaakt wordt is afhankelijk van de consultatievraag en de aanwezige technologische mogelijkheden. Het zien van een cliënt en diens context, op welke wijze dan ook, is vaak wel aan te bevelen.

Voor ieder traject wordt een dossier (met o.a. het plan en verslaglegging) opgesteld om het CCA-traject te volgen, ter verantwoording en worden de gegevens geregistreerd in de monitor CCA.

Ieder traject kent een (inhoudelijke) regisseur vanuit het expertisecentrum dat verantwoordelijk is voor het plan, de inzet van het consultatieteam en de evaluatie van de CCA. In het consultatieteam wordt per CCA-traject afgesproken wie de regisseur is. De passende regisseur is afhankelijk van de type vraag en complexiteit.

Gedurende het traject kan geconcludeerd worden dat kortdurende klinische opname op een afdeling gespecialiseerd in neuropsychiatrie en NAH gewenst is. Een dergelijk opname kan leiden tot stabilisatie van de cliënt en kan tijdelijk de rust bieden die nodig is voor het team van de verwijzende organisatie, waarna dit team kan worden voorbereid op de terugkeer van de cliënt. Hiermee kan een verhuizing naar een Expertisecentrum NAH+ worden voorkomen. Er zijn in ons netwerk twee organisaties die hierin gespecialiseerd zijn. Dit zijn: GGZ-Oost Brabant ([Expertisecentrum Hersenletsel en Neuropsychiatrie](#)) en



Pro Persona ([Expertisecentrum Neuropsychiatrie Winkler](#)). Het kan zijn dat in de betreffende regio een ander centrum voor Neuropsychiatrie is welke deze zorg ook kan leveren.

Het is goed om te weten dat er regelingen zijn die het mogelijk maken om bij tijdelijke opname een vergoeding te krijgen voor de leegstand, tot aan de terugkeer van de cliënt.

## Afsluiting

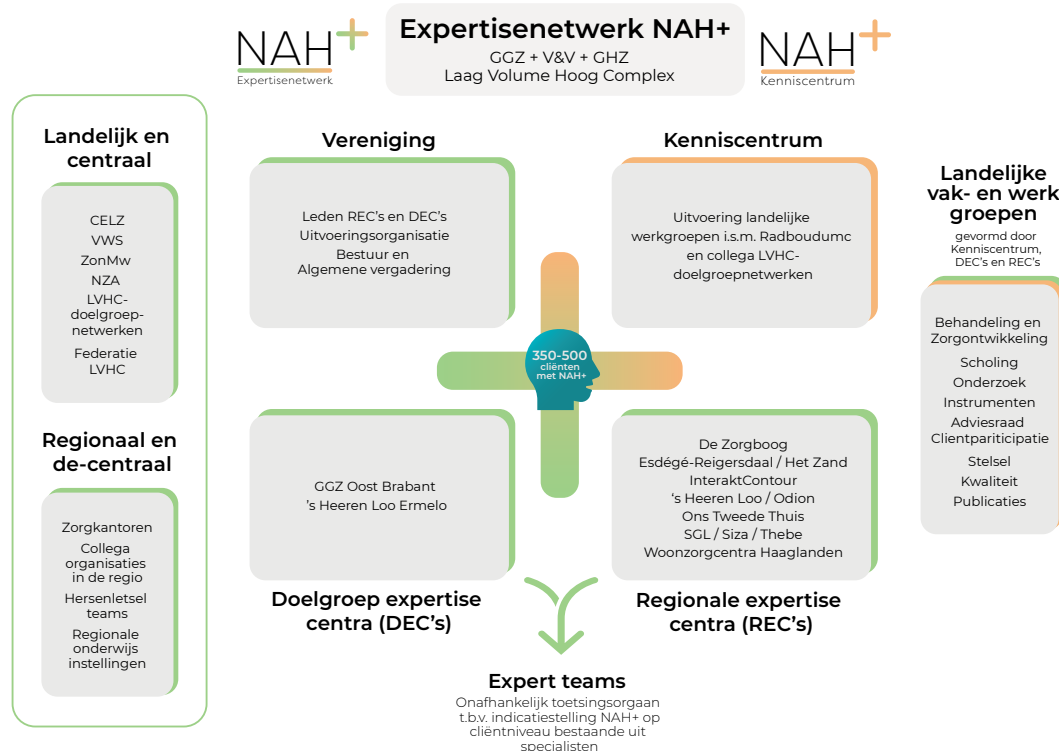
Doel is om met CCA te komen tot een stabilisering van de situatie. Mocht na het CCA-traject blijken dat niet de gewenste stabilisering is bereikt, dan kan een cliënt via het weeg-instrument aan het landelijke expertteam worden voorgelegd om te beoordelen of deze cliënt aanspraak kan maken op een indicatie NAH+ t.b.v. plaatsing in een REC of DEC NAH+. Ook kan, zoals eerder vermeld, overwogen worden een cliënt te verwijzen naar een organisatie gespecialiseerd Neuropsychiatrie en NAH voor kortdurende opname en behandeling.

Na afloop van iedere consultatietraject vindt een afronding plaats waarbij de uitkomsten van de CCA worden besproken met de aanvragende organisatie en geregistreerd in het dossier van het expertisecentrum. De gevraagde parameters van het monitoringsinstrument worden uitgevraagd en geregistreerd.

De wet AVG is van toepassing. De gegevens worden opgeslagen in de beveiligde omgeving van het elektronische cliëntendossier. Het expertisecentrum verzamelt niet meer gegevens dan relevant en noodzakelijk is voor het beantwoorden van de consultatievraag. Daarnaast hebben alle cliënten recht op inzage in het dossier of het mogen beschikken over een kopie, rectificatie, verwijdering (of deels) en overdraagbaarheid van het dossier.

## 2.3 Expertisenetwerk NAH+

Het Expertisenetwerk NAH+ is één van de 7 erkende LVHC Expertisenetwerken.



## **Kenniscentrum NAH+**

Het Kenniscentrum NAH+ biedt ondersteuning aan het doelgroepnetwerk op het gebied van onderzoek, richtlijnontwikkeling, scholingsvraagstukken, cliëntparticipatie en de vorming van landelijke verbindingen met andere kenniscentra. Om meer focus aan te brengen in de diverse kennisvragen heeft het Kenniscentrum NAH+ een kennisagenda voor de komende vier jaar opgesteld. Onder de vlag van het kenniscentrum fungeren de werkgroep scholing en de werkgroep onderzoek. De werkgroep scholing neemt initiatief in het ontwikkelen van scholing, ziet toe op de kwaliteit van de scholing, agendeert nieuwe vraagstukken en denkt mee over de inhoud van verdiepingsdagen. Aan de werkgroep scholing is een didactisch specialist verbonden. De werkgroep onderzoek beheert de prioritering van de kennisagenda, neemt initiatief in het entameren van onderzoek, ondersteunt de REC's en DEC's bij het versterken van de onderzoeksinfrastructuur en ziet toe op het verloop van de lopende onderzoeken.

Onderzoekers van het kenniscentrum en science practitioners uit de REC's en DEC's nemen deel in de werkgroep onderzoek. Vanuit het kenniscentrum wordt de adviesraad (i.o., voorheen klankbordgroep) van naasten en cliënten ondersteund. Deze adviesraad geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de Vereniging Expertisenetwerk NAH+ over de ontwikkelingen in de zorg ten aanzien van NAH+ die REC/DEC overstijgend zijn. Afhankelijk van actuele ontwikkelingen, kunnen werkgroepen en leergemeenschappen worden ingesteld vanuit het kenniscentrum, die actuele kennisvragen beantwoorden, bijvoorbeeld ten aanzien van omgaan met verslaving en NAH+, de vormgeving van de zorg voor mensen met NAH++, werkgroep bekostiging.

## **Vereniging Expertisenetwerk NAH+**

De expertisecentra vormen samen de Vereniging Expertisenetwerk NAH+, daarnaast kunnen andere organisaties lid worden na goedkeuring door bestuur en de Algemene Leden Vergadering van de vereniging. Het bestuur bestaat uit een afvaardiging van de leden en vergadert (minimaal) zes keer per jaar. De functie van de Vereniging is de bewaking van de zorgkwaliteit en de dekking van het land in het zorglandschap, en belangenbehartiging op REC/DEC overstijgend niveau, daarnaast verantwoordelijk voor het beleggen/uitvoeren van de kenniscentrumfunctie.







### 3. Doelgroepspecifieke criteria

Hierna volgt een overzicht van de criteria waaraan de LVHC doelgroepen dienen te voldoen, met daarbij de doelgroepspecifieke criteria zoals deze gelden voor NAH+. Per criterium is aangegeven waar in deze handreiking de concretisering binnen het NAH+ zorglandschap is beschreven.

#### Overzicht criteria en doelgroepspecifieke criteria – NAH+

##### 1. Zorg volgens zorg standaarden

###### Algemeen criterium

- De organisatie levert zorg volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk. *Onderliggende handreiking geeft weer hoe de zorg voor mensen met NAH+ er uit moet zien.*

###### NAH+ – doelgroepspecifiek criterium

- Medewerkers die zorg, begeleiding, behandeling en dagbesteding bieden, werken volgens de laatste stand van wetenschap en praktijk.
- De Handreiking Goede Zorg NAH+ wordt gebruikt als uitgangspunt voor goede zorg.

*Zie alle hoofdstukken*

##### 2. Capaciteit

###### Algemeen criterium

- Minimaal aantal intramurale plaatsen bij REC en DEC voor de betreffende doelgroep.

###### NAH+ – doelgroepspecifiek criterium

- DEC: minimaal 20 plaatsen
- REC: minimaal 10 plaatsen
- Zowel RECs als DEC's nemen in het behandelplan standaard op of afschalen naar een minder intensieve zorgvorm mogelijk is.
- Zowel RECs als DEC's beschikken over last-resort plaatsen voor cliënten met NAH+ die nergens anders terecht kunnen.
- Binnen het landschap is één woonvoorziening in ontwikkeling voor NAH++ (hoog-frequent/ernstig ontregelend of onhanteerbaar gedrag, hoog beveiligingsniveau).

*Dit is verankerd in het zorglandschap, zie ook deze handreiking hoofdstuk 2.*

##### 3. Multidisciplinair gespecialiseerd kernteam

###### Algemeen criterium

- De organisatie beschikt over een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam waarvan samenstelling en deskundigheid aantoonbaar passend zijn.

3 De CELz wordt per 1/1/2027 opgeheven. Het kwaliteitskader zal belegd worden bij het ZIN. Vaststelling van het zorglandschap zal worden belegd bij de Federatie LVHC. Op het moment van vaststelling van deze Handreiking zijn beide processen nog in ontwikkeling.



**NAH+ – doelgroepspecifiek criterium** Het kernteam bestaat minimaal uit:

- Arts (SO, arts VG, revalidatiearts of psychiater)
- Gedragswetenschapper met BIG-registratie
- Fysiotherapeut en/of ergotherapeut
- Verpleegkundige niveau 4/5
- Agogisch medewerker niveau 4/5

Op **consultbasis** betrokken:

- Verslavingsarts
- Klinisch (neuro)psycholoog
- Zo nodig aangevuld met: logopedist (afasietherapeut), vaktherapeut, diëtist

*Zie ook hoofdstuk 9.*

#### **4. Medewerkers met kennis en ervaring**

##### **Algemeen criterium**

- Zorgmedewerkers en behandelaren beschikken over doelgroep-specifieke basis-kennis en gemiddeld  $\geq 3$  jaar ervaring.
- Er is een doelgroep-specifiek scholingsplan.
- Het scholingsplan voorziet in of verwijst naar een inwerk en doorstroom-uitstroom-programma voor de borging van specialistische kennis.
- Zorgmedewerkers en behandelaren zijn in staat cliënten doelgroepspecifiek te benaderen.

##### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- Medewerkers beschikken over basiskennis NAH+.
- De organisatie heeft een scholingsplan specifiek voor NAH+.
- Medewerkers zijn in staat cliënten doelgroepspecifiek te benaderen.

*Door de Vereniging Expertisenetwerk NAH+ wordt een vierdaagse scholing aangeboden voor medewerkers op 2 niveaus. De werkgroep scholing ziet toe op de kwaliteit van de scholing en initieert aanvullend aanbod voor verdieping. Het competentieprofiel voor medewerkers in de zorg voor mensen met NAH+ is opgenomen in deze handreiking in hoofdstuk 10.*

#### **5. Samenwerking in de regio**

##### **Algemeen criterium**

- Actieve en aantoonbare samenwerking met ketenpartners en verwijzers.
- De organisatie is herkenbaar als expert in de regio.

##### **NAH+**

- Geen aanvullende doelgroepspecifieke criteria geformuleerd.

*Zie hoofdstuk 2.2 uitwerking Clientgebonden Consultatie en Advies*

#### **6. Ondersteuning regio**

##### **Algemeen criterium**

- De organisatie ondersteunt volgens het principe van stepped care regionale organisaties met kennis, advies en consultatie.



### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- De organisatie ondersteunt NAH+-cliënten bij andere organisaties in de regio.
- Er is voldoende capaciteit en middelen om:
  - consultatie te bieden vanuit alle functies van het kernteam;
  - waar nodig de rol van medebehandelaar over te nemen.

*Zie hoofdstuk 2.2 uitwerking Clientgebonden Consultatie en Advies*

## **7. Cliëntparticipatie**

### **Algemeen criterium**

- Er is beleid voor (mede)zeggenschap.
- Inbreng van cliënten/naasten is geborgd op beleids- en zorgniveau.

### **NAH+**

- Geen aanvullende doelgroepspecifieke criteria geformuleerd.

*Zie hoofdstuk 13*

## **8. Gezonde organisatie**

### **Algemeen criterium**

- Cliënttevredenheid is inzichtelijk.
- Organisatie is financieel gezond en staat niet onder verscherpt toezicht.
- De organisatie heeft de tevredenheid van cliënten inzichtelijk.
- Indien de cliënt zichzelf onvoldoende kan uiten, is de tevredenheid van degene die de cliënt rechtstreeks vertegenwoordigt inzichtelijk.
- De tevredenheid van cliënten voldoet aan zelf opgelegde normen.
- De organisatie valt niet onder bijzonder beheer van de bank.

### **NAH+**

- Geen aanvullende doelgroepspecifieke criteria geformuleerd.

*Zie hoofdstuk 2 en 13*

## **9. Aangepaste omgeving**

### **Algemeen criterium**

- Cliënten uit de specifieke LVHC-doelgroepen verblijven geclusterd op 1 locatie of op 1 locatie met meerdere gebouwen met daartussen een maximale reistijd van 30 minuten. Er is sprake van één organisatorische eenheid met één integrale eindverantwoordelijkheid en uitvoering door een integraal werkend zorg-en behandelteam dat werkt vanuit dezelfde visie.
- Fysieke omgeving en leefmilieu zijn afgestemd op de doelgroep.

### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- Cliënten verblijven in een gespecialiseerde (woon)voorziening:
  - clustering van minimaal 10 plaatsen (REC) of 20 plaatsen (DEC) op één locatie/terrein.
- De fysieke omgeving is specifiek ontworpen voor NAH+, gebaseerd op:
  - de Handreiking Goede Zorg NAH+



- o en/of de laatste stand van wetenschap en praktijk.
- Het leefmilieu is specifiek ingericht voor de doelgroep.

*Zie hoofdstuk 8, 11 en 12*

## **10. Deelname aan doelgroepnetwerk**

### **Algemeen criterium**

- Actief lidmaatschap van het doelgroepnetwerk.
- Actieve bijdrage aan kennisontwikkeling, -deling en -verspreiding.

### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- De organisatie werkt aantoonbaar mee aan het (door)ontwikkelen, delen en verspreiden van kennis, zorgstandaarden en richtlijnen voor NAH+.

*Zie hoofdstuk 2 en hoofdstuk 14*

## **Aanvullende criteria DEC – relevant voor NAH+**

### **A1. Last-resort functie (DEC & REC)**

#### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- Zowel REC als DEC bieden last-resort plaatsen voor cliënten met NAH+.
- DEC's hebben een adviserende rol richting REC's bij diagnostiek en behandeling.
- Indien geen REC kan opnemen, neemt een DEC de cliënt op (en omgekeerd indien nodig).

*Zie hoofdstuk 2.*

### **A2. Beschikbaarheid Multidisciplinair kernteam**

- Het kernteam heeft voldoende capaciteit om op werkdagen beschikbaar te zijn voor consultatie en outreachende zorg.
- Er zijn werkafspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten de kantoor tijden.

### **A3. Opleidingsplekken (DEC)**

#### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- Scholing en training wordt geboden in samenwerking met het KC. Het DEC levert haar in het netwerk afgesproken aandeel in de scholing en training georganiseerd door het KC.
- Er zijn werkafspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten de kantoor tijden.

### **A4. Onderzoeksinfrastructuur (DEC)**

#### **NAH+ – doelgroepspecifiek criterium**

- Het DEC heeft één of meer goed onderbouwde meerjarige onderzoekslijnen afgestemd met het KC NAH+ en de kennisagenda.
- Betrokkenheid bij minimaal één lopend promotieonderzoek.
- Actieve rol in implementatie van wetenschappelijk onderzoek.
- Deelname aan de werkgroep onderzoek van KC NAH+.

*Zie hoofdstuk 14*





## 4. NAH+ toegang tot het zorglandschap

### 4.1 Indicatiestelling NAH+

Cliënten kunnen in aanmerking komen voor plaatsing in een Regionaal Expertisecentrum (REC) of Doelgroep Expertisecentrum (DEC) NAH+ wanneer zij beschikken over een NAH+ indicatie. Deze indicatie wordt echter niet zomaar toegekend.

Een aanvraag voor een NAH+ indicatie kan door een REC of DEC pas worden aangevraagd bij het landelijke expertteam wanneer Cliëntgebonden Consultatie en Advies heeft plaatsgevonden, tenzij sprake is van een uitzondering (zie voor toelichting hoofdstuk 2.1.4. Cliëntgebonden Consultatie en Advies onder uitgangspunten). Daarnaast zijn alle reguliere zorg- en behandelopties binnen een reguliere WLZ instelling benut en hebben desondanks geen stabiele of toereikende situatie opgeleverd en alle mogelijkheden binnen de reguliere Wlz-zorg — conform de geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen — zijn uitgeput.

Kijk voor de meest actuele versie altijd op:

<https://expertisenetwerknahplus.nl/aanmeldproces-nahplus/>

In de kaders op de komende pagina's staat de versie van juni 2025 beschreven.



**Versie juni 2025:**

## **Aanmelding via een REC of DEC**

### **Let op! Aanmelding kan alleen plaatsvinden door REC of DEC.**

Heb jij of jouw naaste vermoedelijk NAH+ of ben je medewerker van een zorgorganisatie die geen REC of DEC is en je wenst meer informatie over plaatsing of opname? Neem dan contact op met de klantenafdeling van een van de [aangesloten organisaties](#).

### **Hoe verloopt de aanmeldprocedure?**

Met een indicatie NAH+ kunnen patiënten toegang verkrijgen tot plaatsing in een Regionaal Expertisecentrum (REC) of een Doelgroep Expertisecentrum (DEC). Een indicatie-aanvraag voor NAH+ kan pas worden ingediend als alle reguliere zorg- en behandelopties zijn geprobeerd, maar geen stabiele situatie hebben opgeleverd. De indiening gebeurt alleen in samenwerking met een REC of DEC. Tijdens de aanmeldprocedure blijft de verantwoordelijkheid voor de cliënt bij de zorgorganisatie die de vraag stelt.

#### **Stap 1. Vermoeden NAH+**

- Als een zorgorganisatie ernstig vastloopt met de zorg voor een persoon met NAH en er wordt vermoed dat de persoon NAH+ zorg nodig heeft, dan kan in contact worden getreden met één van de [REC's of DEC's in de regio](#).
- Hierbij wordt in eerste instantie het woonplaatsbeginsel gehanteerd: het REC of DEC dat het dichtst bij de woonplaats van de cliënt ligt, is de organisatie die kan worden benaderd.
- Dit REC of DEC bekijkt welke zorg en ondersteuning al is geboden en wat er nog mist.
- Dit REC of DEC beoordeelt aan de hand van de triagetool of de persoon in aanmerking komt voor de Clientgebonden Consultatie en Advies. Als dit mogelijk is, wordt een CCA-traject gestart om de zorgsituatie te verbeteren en een verhuizing te voorkomen.

#### **Stap 2. Invullen Wegingsinstrument**

- Als alle zorgopties zijn doorlopen en geen van deze heeft tot de gewenste stabiliteit geleid, en als de cliënt binnen de insluitingscriteria van NAH+ valt, kan het REC of DEC overwegen de cliënt aan te melden bij het Expertteam voor het (mogelijk) verkrijgen van de indicatie NAH+.
- Hiervoor vult het REC of DEC in afstemming met de huidige zorgaanbieder het [Wegingsinstrument](#) in. Dit gezamenlijk ingevulde instrument wordt dan voorgelegd aan de Expertteams. In de Expertteams zitten onder andere GZ-psychologen, klinisch neuropsychologen, psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde die werkzaam zijn bij de zorg- en behandelinstellingen in het NAH+ zorglandschap.

#### **Stap 3. Indicatiestelling en plaatsing**

Als het Expertteam vaststelt dat de patiënt de indicatie NAH+ heeft, kan de plaatsing in een REC of DEC in werking worden gezet. De Expertteams streven naar een maximale doorlooptijd van 6 weken.



Als er geen plaats is in het aanvragende REC of DEC, wordt de cliënt op de wachtlijst geplaatst en wordt overlegd met andere REC's en DEC's of zij eventueel capaciteit hebben voor de cliënt voor wie de indicatieaanvraag is gedaan.

Als het Expertteam tot de conclusie komt dat hier toch geen sprake is van NAH+ kan samen met het REC of DEC afgestemd worden wat een mogelijke vervolgroute is. Zonder deze indicatiestelling door de Expertteams is opname in een REC of DEC niet mogelijk.

### **Welke rol heeft het zorgkantoor?**

Het zorgkantoor koopt de zorg in voor mensen met een NAH+-indicatie. Het zorgkantoor heeft kennis van de [REC's of DEC's in de regio](#) en kan als er een vermoeden is dat er sprake is van NAH+, naar hen verwijzen zodat er door het REC of DEC meegekeken kan worden naar welke zorg het meest passend is voor de cliënt of zodat een Cliëntgebonden Consultatie en Advies-traject opgestart kan worden. Dit zou uiteindelijk kunnen leiden tot een NAH+ indicatie, maar kan ook tot andere zorg leiden.

### **Kunnen patiënten ook landelijk aangemeld worden?**

Patiënten kunnen alleen via de bovenstaande methode aangemeld worden. Kijk [hier](#) voor de dichtstbijzijnde REC of DEC.

### **Inclusiecriteria**

**In de beleidsregel is de doelgroep NAH+ en NAH++ afgebakend en worden als volgt bepaald:**

#### **Een indicatiebesluit gebaseerd op Wlz:**

- VV Beschermd wonen intensief – begeleiding (VV7), verzorging/verpleging (VV8),
- LG Wonen intensief (LG6), LG Wonen zeer intensief (LG7),
- VG (Besloten) wonen zeer intensief (VG7),
- GGZ Beveiligd zeer intensief (GGZ Wonen 5).

#### **In combinatie met:**

- Een diagnose hersenletsel
- Het verlies van regie over het eigen gedrag
- Ernstige stoornis in zelfregulering/emotioneel functioneren in combinatie met één of meerdere van onderstaande stoornissen:
  - Ernstige meervoudige cognitieve stoornissen
  - Het ontbreken inzicht in het eigen functioneren
  - Stoornis in de prikkelverwerking
- In een toegeruste omgeving met 24/7 begeleiding
- Er is vrijwel altijd sprake van lichamelijke of neurologische gevolgen van het hersenletsel waardoor hulp bij of overname van (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL) noodzakelijk is. Daarbij kan sprake zijn van:
  - Een verstandelijke beperking (bovengrens IQ=70) of laag sociaal-emotioneel niveau al vóórdat het hersenletsel ontstond;
  - Een vastgestelde premorbide psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek;



- Een vastgestelde psychiatrische stoornis ontstaan als direct gevolg van het hersenletsel danwel ontstaan in het beloop nadien;
- Onvrijwillige zorg.

#### **Tevens zijn er exclusiecriteria opgenomen:**

- De cliënt voldoet aan de criteria van één van de andere Laag-volume-Hoog-complex (LVHC) doelgroepen
- De cliënt heeft een progressieve hersenziekte
- Er is bij de cliënt sprake van een actieve ontregelende verslaving, zonder voldoende motivatie om te werken aan abstinentie
- De cliënt staat onder toezicht van justitiële instanties of viel recentelijk onder een justitiële maatregel

#### De overige LVHC doelgroepen zijn:

Dementie en zeer ernstig probleemgedrag (D-zep) | Langdurige bewustzijnsstoornis (LBS) | Multiple Sclerose (MS+) | De ziekte van Huntington | De ziekte van Korsakov | Ouderen met psychiatrische problemen (GP+).

#### **De NAH+ indicatie start met een volledig ingevuld wegingsinstrument:**

Het betrokken REC of DEC meldt de cliënt aan, met behulp van het wegingsinstrument. Het Expertteam gaat over tot beoordeling op basis van:

#### **Een volledig ingevuld wegingsinstrument – met onderliggende indicatoren**

1. Psychische problemen vóór en/of los van het hersenletsel
2. Ernst van het hersenletsel
3. Beperking qua motivatie/initiatief
4. Beperking qua inzicht/besef
5. Cognitieve stoornissen door hersenletsel
6. Emotie- en gedragsproblemen primair door het hersenletsel
7. Psychische problemen secundair aan het hersenletsel
8. Somatische risico's in relatie tot het hersenletsel
9. Functioneringsproblemen (persoonlijk en maatschappelijk)
10. Stagnerende hulpverleningsgeschiedenis – en/of plaatsingsproblematiek
11. Systeemproblematiek
12. Risicotaxatie: risico op terugkeer probleemgedrag bij afschaling van de zorg

Op elke indicator zijn inhoudelijke factoren van toepassing. Aangevuld met een toelichting ter verduidelijking.

#### **Ter illustratie 2 indicatoren nader uitgewerkt:**

##### **Factoren die van toepassing zijn op indicator 1**

- Waren er voor het hersenletsel problemen op het gebied van coping, persoonlijkheid of psychiatrie?
- Is er sprake van een vastgestelde diagnose?
- Is iemand in zorg geweest voor deze problemen, heeft er een behandeling voor plaatsgevonden?



- In hoeverre is de psychische problematiek veranderd als gevolg van het hersenletsel?
- Is er sprake van verslaving? Heeft iemand een actuele indicatie voor klinische verslavingsbehandeling?

#### **Factoren die van toepassing zijn op indicator 6**

- Denk aan: agressie/agitatie; frontaalbeeld; apathie; ontremming; hallucinaties / wanen
- Hoe vaak komt het voor?
- Wat is impact op dagelijks leven?
- Voor wie is dit een probleem?
- Vraagt dit om inzet van Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)?  
*voorkeursmeetinstrument: NPI*

## **4.2 Expertteams NAH+**

Er is een grote hoeveelheid gegevens nodig om een uitspraak te kunnen doen of een cliënt en diens problematiek binnen de doelgroep beschrijving van NAH+/NAH++ valt en of toegang tot het zorglandschap NAH+ geïndiceerd is. Zo is er onder andere informatie nodig waaruit de ernst van de problematiek blijkt, de frequentie waarin de problematiek zich voordoet, de impact die dit heeft op de cliënt, het systeem en de hulpverleners en waaruit het beloop van de problematiek duidelijk naar voren komt.

### **Kernteam**

Om het diagnostisch proces goed vorm te geven hebben alle REC's en DEC's een eigen kernteam, dat bestaat uit tenminste de volgende specialistische disciplines:

- Arts (SO of AVG of RA) of psychiater (en één van beide op consultbasis)
- Gedragswetenschapper met BIG-registratie
- Fysiotherapeut of ergotherapeut
- Verpleegkundige niveau 4/5
- Agogisch medewerker niveau 4/5

### **Op consultbasis zijn zo nodig verder betrokken:**

- Verslavingsarts
- Klinisch (neuro)psycholoog
- Logopedist (afasietherapeut)
- Ergotherapeut
- Vaktherapeut
- Diëtist



De classificatie van de verzamelde gegevens vindt plaats aan de hand van een Wegingsinstrument. Gezien de benodigde kennis en ervaring kan de classificatie aan de hand van het Wegingsinstrument alleen gesteld worden door een bevoegd zorgprofessional die de classificatie regelmatig stelt. Daarom zijn alleen zorgprofessionals werkzaam bij een DEC of REC bekwaam dit te doen. Het Wegingsinstrument/verzamelde gegevens worden ter beoordeling voorgelegd aan een onafhankelijk landelijk expertteam. (Zie aanmeldprocedure hierboven)

### **Onafhankelijk landelijk expertteam**

Een onafhankelijk landelijk expertteam stelt vast of bij de cliënt sprake is van niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag aan de hand van het Wegingsinstrument.

Het doel van deze landelijke expertteams is: het nastreven van een valide en betrouwbare indicatiestelling NAH+/NAH++

#### **Taken:**

- Het onafhankelijk toetsen van de NAH+ indicatiestelling aan de hand van een Wegingsinstrument, op cliëtniveau in opdracht van het Expertisenetwerk NAH+.
- Indicatiestelling NAH+/NAH++, toegang tot het zorglandschap NAH+

#### **Leden:**

- 1 SO of AVG
- 1 psychiater of klinisch (neuro)psycholoog
- 1 GZ-psycholoog of klinisch (neuro)psycholoog

Alle leden van het expertteam zijn werkzaam bij een REC of DEC in die regio. Een lid is werkzaam bij een DEC. De andere twee bij een REC. Bij voorkeur werkt geen van de leden in dezelfde sector en zijn de drie sectoren GGZ, V&V en GZ vertegenwoordigd. De leden worden gezien als zeer deskundig op hun werkgebied.

Om een onafhankelijk oordeel te waarborgen mogen de leden van het expertteam geen doorslaggevende stem hebben t.a.v. van cliënten van hun eigen zorginstelling. Zij beoordelen slechts casussen van andere organisaties. Er zijn meerdere expertteams ingericht waarin dit is gewaarborgd. Indien een expertteam twijfelt of er sprake is van NAH+ kan deze een second opinion vragen van een expertteam van een andere regio. Als een organisatie het niet eens is met een oordeel, dan kunnen zij eenmalig beroep aantekenen. De casus wordt dan voorgelegd aan de derde onafhankelijke regio ter beoordeling. Dit oordeel zal bindend zijn.





## 5. Zorgmodel NAH+

In deze handreiking hanteren we het Zorgmodel NAH+ als kapstok. Voorop staat dat bestaande sectorspecifieke richtlijnen voor de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg en de GGZ (voor GGZ-Oost Brabant) voor alle cliënten die verblijven in de REC's en DEC's van toepassing zijn. In deze handreiking hanteren we een zorgmodel waar we onderstrepen welke zaken voor de zorg voor mensen met NAH+ nog scherper gelden of anders zijn dan voor mensen met 'gewoon' NAH.

De uitgebreide uitwerking en toepassing van het zorgmodel hebben we opgenomen in het werkboek Méér dan NAH (Zadoks, Doornbos en Jurrius, 2025). Dit werkboek biedt professionals in de dagelijkse zorg en begeleiding van mensen met NAH+ praktische handvatten en inzichten en wordt gebruikt in de NAH+ scholing van zorgprofessionals in de dagelijkse begeleiding van mensen met NAH+.

### 5.1 Uitgangspunten voor goede zorg voor mensen met NAH+

Uitgangspunten voor goede zorg voor mensen met NAH+ zijn:

- Zorg richt zich op de interactie tussen de persoon met NAH+ en de omgeving.
- Het gaat om een voortdurende afstemming op wat de persoon met NAH+ nodig heeft om optimaal te functioneren en kwaliteit van leven te ervaren<sup>4</sup>.
- Daarvoor is inzicht in de persoon en de wisselwerking met de omgeving nodig.
- Probleemgedrag ontstaat als deze wisselwerking negatief uitpakt.
- Inzicht in de persoon met NAH+ krijg je door gedegen beeldvorming op verschillende aspecten. Op basis hiervan pas je je bejegening en/of de omgeving aan.
- De omgeving bestaat uit de sociale context (de zorgmedewerkers, medebewoners, familie, andere mensen), de fysieke omgeving (kamer, gebouw, terrein, dagbesteding, omgeving) en de organisatiecontext (bijvoorbeeld regels of personele inzet)<sup>5</sup>.
- De omgeving omvat ook zaken als cultuur, taal of denkbeelden.
- Er kan invloed worden uitgeoefend op deze omgeving en daardoor op de interactie met de persoon met NAH+.

Deze uitgangspunten zijn samengebracht in een model, dat de kapstok vormt voor deze richtlijn.

4 HHM (2021). Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg - Mensen met niet- aangeboren hersenletsel (NAH).

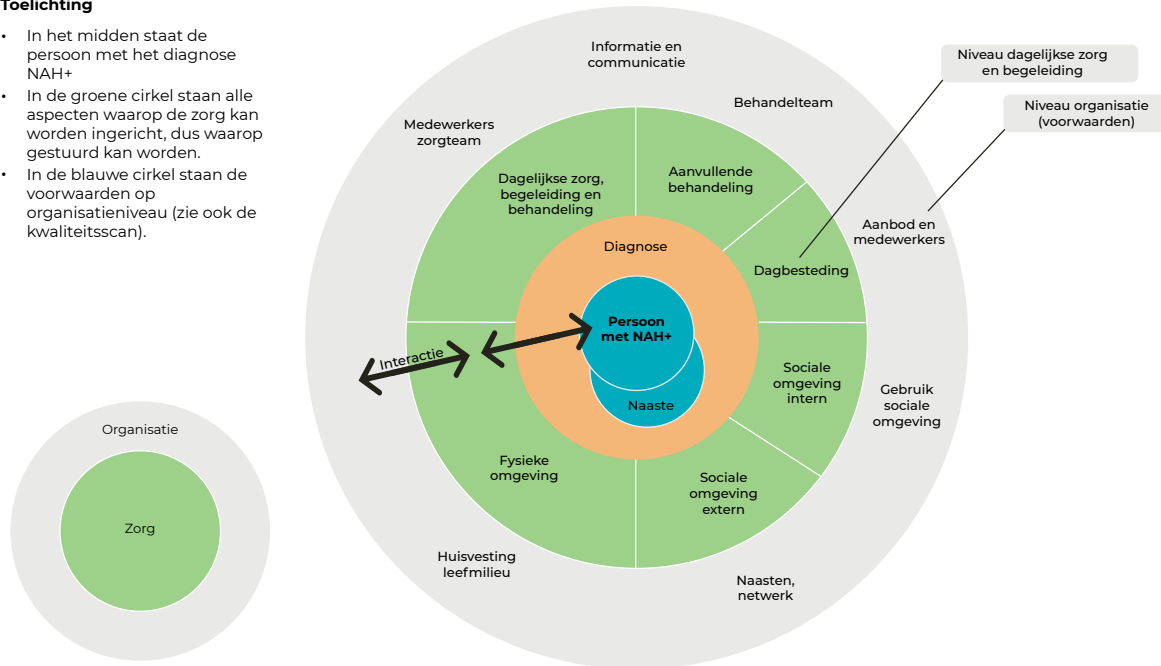
5 Centrum voor Consultatie en Expertise (2017). Reader probleemgedrag in context: de rol van de gedragskundige.



## 5.2 Zorgmodel NAH+

### Toelichting

- In het midden staat de persoon met het diagnose NAH+
- In de groene cirkel staan alle aspecten waarop de zorg kan worden ingericht, dus waarop gestuurd kan worden.
- In de blauwe cirkel staan de voorwaarden op organisatieniveau (zie ook de kwaliteitsscan).



### Toelichting op het Zorgmodel NAH+

- Binnenste blauwe en oranje cirkels: De kern van dit model is de persoon met NAH+ en zijn fysiek en mentaal welbevinden (blauwe cirkel). Achter de persoon met NAH+ staan de naasten (tweede blauwe cirkel). De diagnostiek (oranje cirkel) is erop gericht om te bepalen of de persoon tot de doelgroep NAH+ behoort en wat hij nodig heeft om zoveel mogelijk kwaliteit van leven te ervaren.
- Middelste groene cirkel: Om de persoon heen staan in de groene cirkel de sociale context en de fysieke omgeving, die het REC of DEC bewust vormgeeft: zorg en begeleiding, behandeling, dagbesteding, de sociale omgeving intern en extern (contact met naasten) en de fysieke omgeving (gebouw, inrichting, terrein).
- Buitenste grijze cirkel: In de buitenste cirkel staan de organisatorische voorwaarden: medewerkers van zorg- en begeleidingsteam en behandelteam, medewerkers van dagbesteding, de wijze waarop de sociale omgeving wordt ingezet, en de naasten/het netwerk van de persoon met NAH+.
- Zwarte pijlen: De pijlen staan voor de interactie tussen de persoon met NAH+ en de naasten, de aspecten van de zorg en de organisatie.



Als het om kwaliteit van zorg gaat zijn ook organisatorische aspecten zoals informatie en communicatie van belang.

### **Behandelplan**

De organisatie faciliteert de methodische cyclus (PDCA) waarbij er minimaal één keer per jaar een bespreking van het behandelplan via multidisciplinair overleg (wordt georganiseerd). Hierin wordt het behandelplan vormgegeven, geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. De cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger maken onderdeel uit van het overleg (de concrete invulling vraagt om maatwerk), zodat er sprake is van 'shared decision making'.

Zo nodig worden er meerdere tussentijdse multidisciplinaire evaluatiemomenten bepaald. Er wordt voortdurend ingespeeld op ontwikkelingen in gedrag en de passende begeleidingswijze. Het is belangrijk dat de betrokken hulpverleners continu met elkaar in verbinding staan, zodat er eenduidig naar de cliënt en de naasten kan worden gecommuniceerd en gehandeld. Dat vraagt om periodieke multidisciplinaire overlegmomenten. Deze worden minstens voorafgaand aan een behandelplanbespreking gepland en verder op geleide van behoefte van de organisatie. De evaluatie van de mediërende behandeling valt binnen deze cyclus en wordt eveneens op meerdere momenten, bijvoorbeeld tijdens teamvergaderingen, geëvalueerd.







## 6. Dagelijkse zorg, begeleiding en behandeling

In dit hoofdstuk gaat het over somatische zorg, begeleiding en behandeling. We splitsen onderdelen hiervan uit, maar benadrukken vooraf dat alle vormen van zorg, begeleiding en behandeling in de praktijk één geheel vormen. De dagelijkse ondersteuning van een cliënt door een medewerker is altijd integraal.

### 6.1 Somatische zorg

#### **Somatische zorg**

##### De persoon met NAH+

- Krijgt de (intensieve) somatische zorg die hij nodig heeft.

##### Medewerkers

- Zijn opgeleid en toegerust om deze zorg te verlenen, ook als dit door gedrag van de persoon met NAH+ wordt bemoeilijkt (bijvoorbeeld bij zorgmijding, agressie tijdens verzorging).
- Leggen afspraken over de somatische zorg vast in het individueel zorgplan.
- Signaleren tijdens de uitvoering, rapporteren, evalueren en stellen het zorgplan bij.
- De organisatie
- Faciliteren het verlenen van somatische zorg, onder meer via meetinstrumenten.

Een deel van de cliënten met NAH+ heeft intensieve somatische zorg nodig. Afhankelijk van de aanwezige beperkingen is de persoon met NAH+ al dan niet in staat om op relevante momenten hulp in te roepen. Er kan sprake zijn van een of meerdere fysieke stoornissen als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel, zoals bijvoorbeeld:

- Motorische stoornissen (verlamming, motorische traagheid, overbeweeglijkheid, krachtsverlies en coördinatiestoornissen, spasticiteit)
- Gewijzigde hormoonhuishouding
- Aangedane gevoels- en pijnwaarneming, pijnklachten van hoofd, nek, schouder, rug en extremiteiten, zintuigelijke stoornissen
- Uitscheidingsproblematiek
- Seksuele stoornissen
- Ademhalingsproblematiek
- Vermoeidheid

Bovenstaand kan leiden tot motorische/ontremming/overprikkeling bij de persoon met NAH+ waardoor extra aandacht noodzakelijk is voor het borgen van de veiligheid en de inzet van het zorg- en begeleidingsteam gecombineerd met eventueel extra hulpmiddelen (domotica, laag-laag bed, valmat, jumpsuit, 1 op 1 begeleiding, beveiliging, beperking op rolstoel -, etc.) en ten aanzien van alle aspecten van de ADL deels tot volledige overname van zorg nodig, inclusief de toediening van medicatie, voeding per sonde of infuus.



## 6.2 Begeleidings- en behandelklimaat

### Begeleiding en behandeling

#### De persoon met NAH+

- Heeft 24/7 begeleiding en behandeling die hem ondersteunt bij het reguleren van zijn emoties en gedrag en het optimaliseren van zijn welzijn en functioneren.
- Heeft een herkenbare, duidelijke en voorspelbare leefwereld (dagprogramma, begeleidingsrelatie, fysieke omgeving, sociale omgeving) in een mate die aansluit bij zijn vraag.
- Heeft een individueel behandelplan en signaleringsplan waarin op basis van grondige diagnostiek staat beschreven waarmee rekening gehouden moet worden.

#### Medewerkers

- Bieden een eenduidige structuur vanuit de fysieke en sociale omgeving die is aangepast op de cliënt: een relatief prikkelarme omgeving met een vast dagprogramma en aandacht voor de balans ontspanning-inspanning.
- Zorgen voor een herkenbare, duidelijke en voorspelbare leefwereld én spelen in op de situatie en de omstandigheden als dat nodig is.
- Zijn betrouwbaar: doen wat ze zeggen en zijn stabiel in hun benaderingswijze.
- Zijn sensitief en responsief als het gaat om het gedrag en de onderliggende behoeften van de persoon met NAH+ en kunnen zo het gedrag beïnvloeden.
- Zetten methodieken of interventies in die bijdragen aan het welzijn en functioneren van de persoon met NAH+. Zij kunnen hun handelen hiermee verwoorden (expliciteren).
- Kunnen agressie voorkomen of hanteren en werken daarbij goed samen.
- Streven naar een gelijkwaardige en wederkerige begeleidingsrelatie met de persoon met NAH+.

#### De organisatie

- Faciliteert de inrichting van een therapeutisch klimaat.
- Faciliteert scholing, intervisie en coaching op genoemde aspecten.
- Zorgt voor de randvoorwaarden om goed te kunnen handelen bij agressie (bijv. alarmering, nabijheid van collega's).
- Biedt ruimte voor hersteltijd en goede zelfzorg van medewerkers.

### Begeleiding en behandeling

Bij de doelgroep NAH+ is er altijd sprake van een therapeutisch klimaat, waar voortdurend mediërende behandeling plaatsvindt.

Doel van het behandelklimaat is om mensen met NAH+ te ondersteunen bij het reguleren van hun emoties en gedrag om zo hun welzijn en functioneren te optimaliseren.

In deze paragraaf gaat het om begeleiding en mediërende behandeling, die wordt uitgevoerd door het zorg- en begeleidingsteam. Behandeling is dus voor een belangrijk deel geïntegreerd in dagelijkse zorg. Ook aanvullende behandeling moet naast specifieke behandel sessies zoveel mogelijk geïntegreerd worden in dagelijkse zorg zodat het 'beklijft'.



De begeleidingsprincipes, die hierboven onder 'medewerker' zijn beschreven, kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:



Probleemgedrag kan altijd worden teruggebracht tot een mismatch tussen de behoeften van de cliënt met NAH+ en bovenstaande begeleidingsprincipes.

Bij de cliënt kan bijvoorbeeld een gebrek aan empathisch vermogen, ziekte-inzicht en inzicht in de relatie tussen oorzaak en gevolg meespelen, waardoor veel door de begeleiding zal moeten worden voorgedaan, ondertiteld of soms overgenomen.

Ook het overige cliëntsysteem, net als veranderingen en life-events kunnen een rol spelen in het ontstaan van gedragsproblematiek.

Door continue begeleiding en alertheid kan op tijd worden ingespeeld op problemen en wordt gewerkt aan balans. Vaste structuur en voorspelbaarheid zijn hierin van belang. Als de professional zich richt op de vraag en de persoon achter het gedrag bestaat de kans dat diegene dit op een andere manier duidelijk kan maken. Zodat de vraag wordt erkend en het gedrag betekenis krijgt<sup>6</sup>.

Vaak kunnen mensen met NAH+ hun gedrag zelf niet goed reguleren door executieve problematiek.

Bij ernstige executieve stoornissen is strategietraining niet effectief en is een blijvende, eenduidige structuur vanuit de fysieke en sociale omgeving vereist om de persoon met NAH+ zo goed mogelijk te laten functioneren en eventueel beperkte verbeteringen in vaardigheden en gedrag te bewerkstelligen<sup>7</sup>. Omgevingsbeïnvloeding- of aanpassing bestaat bijvoorbeeld uit het kiezen voor een relatief prikkelarme omgeving met een vaste en regelmatige dagstructuur, en het aandacht geven aan evenwicht tussen ontspanning en inspanning<sup>8</sup>.

6 HHM (2021). Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg - Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

7 Boelen et al., 2012, blz. 41 Richtlijn Neuropsychologische revalidatie

8 CBO richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, 2007



Over de effecten van omgevingsbeïnvloeding is maar heel beperkt gepubliceerd. In de praktijk blijkt echter dat met relatief eenvoudige omgevingsveranderingen of door het begeleiden en instrueren van medewerkers of mantelzorgers vaak grote invloed kan worden uitgeoefend op het reduceren of stoppen van probleemgedrag<sup>9</sup>.

Aandachtspunten in deze eenduidige structuur die we hier nader bespreken zijn voorspelbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit en gelijkwaardigheid. Niet altijd zijn deze aspecten voor elke cliënt even belangrijk; voor cliënten met forse cognitieve problemen ligt de nadruk eerder op voorspelbaarheid, in andere gevallen ligt de nadruk vaak meer op de gelijkwaardige relatie.

### **Veiligheid en voorspelbaarheid**

Om de persoon met NAH+ zich veilig en competent te laten voelen is helderheid van handelen noodzakelijk. Helderheid van handelen wordt bereikt door vaste routines en rituelen, in een vast dagritme. Daarnaast helpt het om het handelen uit te leggen aan de persoon met NAH+ om zo de leefwereld herkenbaar, duidelijk en voorspelbaar te maken. Dit kan eventueel met visuele ondersteuning, waar nodig. De begeleider die dat doet, wordt zo de 'betrouwbare ander'. Bij stress kan de persoon met NAH+ terugvallen op het dagprogramma en op de begeleider. Samen vormen zij de basis, die kan worden aangepast aan wat de persoon met NAH+ op dat moment nodig heeft. Bij dergelijke aanpassingen gaat het om kleine veranderingen, nuances in het programma, zoals wat meer tijd voor ontspanning of bijvoorbeeld een rondje lopen of fietsen als de stress te hoog is. Dit zijn bewuste, expliciete keuzes op basis van signalen die bijvoorbeeld te maken hebben met het behoud van balans inspanning-ontspanning, rust-activiteit, mate van alertheid, energie, enzovoort. Daarbij wordt ingespeeld op de situatie en de omstandigheden. De reden om van het dagprogramma af te wijken moet altijd bij de persoon met NAH+ liggen en hem ten goede komen.

### **Dosering en selectie van prikkels**

Cliënten met NAH+ zijn sneller overprikkeld dan mensen zonder hersenletsel en bijkomende problematiek. De mate waarin de persoon met NAH+ gevoelig is voor verschillende prikkels (sensitief, auditief, visueel e.d.), verschilt. Het is van belang om bij het aanbieden van een activiteit de prikkels dusdanig te doseren en selecteren dat deze hanteerbaar blijven voor de cliënt.

Mocht er onverhoopt toch sprake zijn van overprikkeling of juist onderprikkeling, dan dienen de prikkels in dat moment gereguleerd te worden. Dit kan door het wegnemen (of toevoegen) van prikkels of door samen met de cliënt een manier te vinden de prikkels aan te kunnen. Dit noemen we co-regulatie. Blijf nabij, houdt iemands hand vast, zoek naar manieren om te bewegen of juist stil te staan (naar behoefte) of biedt bij voorbeeld een verzwaringsobject aan.

### **Nabijheid en samen doen**

Nabijheid gaat over letterlijk en figuurlijk in de buurt zijn, niet alleen in het zicht van de persoon met NAH+, maar ook door contact te houden door de dag heen. Hiervoor kunnen vaste contactmomenten worden gepland volgens het dagprogramma, waarbij wel ruimte moet blijven om in te kunnen spelen op onverwachte situaties waarbij de cliënt plotseling



meer nabijheid nodig heeft. Door sensitief te zijn voor de behoeftes van de cliënt en hem goed te leren kennen, kan steeds beter gereageerd worden op zijn zorgvraag. Dit wordt ook wel de gehechtheidsrelatie tussen cliënt en begeleider genoemd.

Hoeveel nabijheid een cliënt nodig heeft of aankan hangt van verschillende factoren af. Vaak kan een cliënt door vermoeidheid minder aan in de middag of avond dan 's ochtends. Bij een hoger spanningsniveau van de cliënt kan nabijheid juist een prikkel zijn die de situatie in stand houdt; dan kan beter uit de situatie worden gestapt en het contact op een later moment hersteld worden. Wanneer de gehechtheidsrelatie verder is opgebouwd, biedt nabijheid van een begeleider meer veiligheid en vertrouwen dan wanneer deze persoon nog onbekend is voor de cliënt.

Samendoen betekent dat de persoon met NAH+ wordt meegenomen door de begeleiding in een activiteit. Daarbij geldt het principe samen 100%. Dit betekent dat alle activiteiten een samenwerking is tussen de begeleider en de cliënt. De verhouding van die 100% kan zijn: 99% voor begeleiding en 1% voor de cliënt, maar ook 50-50. Bijvoorbeeld: "Als jij het bord meeneemt, pak ik je dienblad."

Veel mensen met NAH+ kunnen uit zichzelf niet tot handelen komen. Tegelijkertijd is het belangrijk dat ze zelf regie ervaren. Om deze reden wordt gebruik gemaakt van verschillende begeleidingsstijlen om op de juiste momenten richting te geven, uit te nodigen en ruimte te geven, passend bij de situatie en relatie. Richting wordt gegeven door concreet en duidelijk te maken wat je van een cliënt verwacht op een manier die de persoon begrijpt. Uitnodigen is de persoon actief betrekken bij de handeling of activiteit. Bijvoorbeeld door de vraag te stellen: "Ik ga koffie pakken, loop je met me mee?" of iemands jas pakken en aanreiken als signaal om die aan te trekken en naar buiten te gaan. Ruimte wordt gegeven door de persoon met NAH+ op zijn eigen tempo en manier aan te sluiten. Welke begeleidingsstijl wordt gebruikt hangt af van de gehechtheidsrelatie tussen cliënt en begeleider, het spanningsniveau van de cliënt, de competenties (wat kan de persoon met NAH+?) en de situatie (tijdstip van de dag, de omgeving van de cliënt). Bij hoge spanning kan een cliënt met NAH+ bijvoorbeeld niet uitgenodigd worden om naar zijn kamer te gaan; hier is een richtinggevende stijl nodig. Andersom kan te veel richting geven (vertellen wat iemand moet doen) juist weerstand oproepen als de cliënt eigenlijk iets anders wil of de begeleider nog niet zo goed kent.

Wat werkt voor de cliënt wordt onderling in het team gedeeld en/of in het signaleringsplan verwerkt, zodat voor de persoon met NAH+ een eenduidige manier van werken wordt gehanteerd.

### **Sensitiviteit en responsiviteit**

In de bejegening van mensen met NAH+ moeten de medewerkers zich voortdurend bewust zijn van wat er onderliggend aan het gedrag speelt en daarop inspelen. Dat vraagt om sensitiviteit en responsiviteit van medewerkers, zodat zij de persoon met NAH+ aanvoelen en kunnen aansluiten bij zijn behoeften. Hoe is de alertheid, de prikkelverwerking, de vermoeidheid? Begrijpt iemand de communicatie? Liggen spullen op de juiste plek? Worden bekende routines gevolgd? Zijn er invloeden van mensen of omstandigheden in de directe omgeving? Is er een toename/afname van bijvoorbeeld geluid of licht?

Medewerkers zijn steeds gericht op het creëren van een veilig klimaat. Doordat ze in staat zijn gedrag te observeren en signalen van spanning, overprikkeling en agressie te herkennen, kunnen ze gedrag in een vroegtijdig stadium bijsturen en zo incidenten voorkomen.



De zaken waarmee bij een specifieke persoon met NAH+ rekening worden gehouden, volgen uit grondige diagnostiek en worden vastgelegd in een omgangsplan en/of signaaleringsplan. Dit plan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Sensitiviteit en responsiviteit zijn bij NAH+ extra van belang vanwege (a) de grote individuele verschillen binnen de doelgroep en (b) het wisselende beeld, waarbij gedrag in sterke mate wordt beïnvloed door interne factoren en omgevingsfactoren.

In situaties waarin agressie kan optreden is het van belang dat medewerkers in staat zijn tot handelen en goed samen werken, om zo de agressie te voorkomen of te de-escaleren. Medewerkers moeten zowel theoretisch als praktisch geschoold zijn. Intervisie en herhalingscholingen zijn eveneens van belang, net als randvoorwaarden om bijvoorbeeld collega's op te roepen.

### **Gelijkwaardigheid**

Het is van belang dat de begeleidingsrelatie zo gelijkwaardig, onvoorwaardelijk en wederkerig mogelijk is. Soms is er vanwege ontremming of apathie een directieve begeleiding nodig. Daarbij moet voorkomen worden dat de begeleidingsstijl zo directief is dat de gelijkwaardigheid verloren gaat. De manier van contact maken door de begeleider is afhankelijk van wat de persoon met NAH+ aankan, accepteert en plezierig vindt. Het contact is wederkerig, waarbij de persoon met NAH+ zoveel mogelijk in regie is en hierin waar nodig wordt ondersteund of begrensd.

Bij sommige methodieken (bijvoorbeeld Triple C) wordt gewerkt vanuit een onvoorwaardelijke begeleidingsrelatie. De dialoog tussen begeleider en cliënt is daarbij een van de belangrijkste instrumenten, die vele vormen kent: soms is nabijheid en verbondenheid wenselijk, andere momenten is ruimte geven van belang.

Een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie met cliënten komt in praktische zin tot uiting in het achterwege laten van als-dan afspraken en het achterwege laten van straffen. Onafhankelijk van het gedrag wordt de persoon met NAH+ ondersteund bij dagelijkse taken en verantwoordelijkheden, op weg naar een nieuwe succeservaring. Wanneer de persoon met NAH+ frustraties uit of over grenzen gaat, wordt na het conflict het contact weer hersteld en de begeleiding onvoorwaardelijk voortgezet. Grenzen worden echter wel gehanteerd en goede zelfzorg en hersteltijd van medewerkers zijn van groot belang om het werk vol te houden. Dit is voorwaarde om weer open en zonder negatief gevoel in het contact te gaan.



## 6.3 Aanvullende behandeling

### Aanvullende behandeling

#### De persoon met NAH+

- Kan gebruik maken van specifieke aanvullende behandeling vanuit elke relevante discipline (paramedisch, psychologisch, systemisch, vaktherapeutisch, medisch).

#### Medewerkers

- Behandelaars hebben tenminste kennis van en ervaring met NAH en zo mogelijk van NAH+.
- Behandelaars werken multidisciplinair samen en voeren behandelingen samenhangend uit. Aanvullende behandeling moet naast specifieke behandelsessies zoveel mogelijk geïntegreerd worden in dagelijkse zorg zodat het 'beklijft'
- Behandelaars passen actuele richtlijnen toe uit hun eigen vakgebied, zoals de richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel en de Richtlijn Neuropsychologische revalidatie.

#### De organisatie

- De organisatie heeft een erkenning voor behandeling met verblijf.
- Faciliteert expertiseopbouw ten aanzien van specifieke behandeling voor de doelgroep NAH+.

Naast de mediërende behandeling via het behandelklimaat zijn er specifieke interventies mogelijk (denk bijvoorbeeld aan fysiotherapeutische, ergotherapeutische, PMT, logopedische interventies, gebruik van medicatie, domotica, individuele- of groepsbehandeling, diëtetiek, muziektherapie e.a.). Deze worden extra ingezet in of bovenop het bestaande behandelklimaat als dat een cliënt kan helpen. Ook voor het cliëntsysteem kunnen interventies worden ingezet, denk bijvoorbeeld aan psychoeducatie, maatschappelijk werk of geestelijke verzorging. Aanvullende interventies kunnen worden ingezet vanuit het interdisciplinaire behandelteam/kernteam, zodat ze in samenhang worden uitgevoerd en bijdragen aan het overkoepelende doel van de persoon met NAH+.

De in te zetten interventies kunnen curatief van aard zijn, maar kunnen ook worden ingezet om verdere achteruitgang te voorkomen of om diagnostisch het beeld aan te scherpen (bijvoorbeeld neuropsychologisch onderzoek), zodat de behandeling en begeleiding nog gericht ingezet kunnen worden.

Sommige behandelingen zullen gegeven worden door een therapeut die ervaring heeft met de doelgroep of daarin gespecialiseerd is, maar dit geldt niet voor alle therapieën. Bij meer algemene behandelingen, zoals sensorische integratie, haptotherapie of psychologische behandelingen zoals EMDR is er niet altijd een therapeut met ervaring met de doelgroep beschikbaar of zal deze ervaring moeten worden opgebouwd. Tegelijkertijd is ervaring met de doelgroep van groot belang. Bij sommige behandelingen is de frequentie echter te laag om deze ervaring op te doen.

Interventies gericht op gedragsproblemen kunnen niet-medicamenteus of medicamenteus van aard zijn. Niet medicamenteuze behandelingen kunnen over het algemeen worden geclassificeerd als omgevingsbeïnvloeding of aanpassing, gedragsmodificatie



interventies en interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie<sup>10</sup>.

Evidence-based behandel mogelijkheden: zowel contingente bekrachtiging procedures als de antecedente controle procedures evidence-based behandel mogelijkheden zijn voor mensen met gedragsproblemen na hersenletsel. Voor verdere informatie verwijzen we naar de Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel<sup>11</sup> en naar de Richtlijn Neuropsychologische revalidatie.

- 10 Richtlijn Neuropsychologische revalidatie
- 11 Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel





## 7. Dagbesteding

### Dagbesteding

#### De persoon met NAH+

- Krijgt dagbesteding of activiteiten op maat binnen en/of buiten de woning, aangepast aan de mogelijkheden van de persoon met NAH+, vraaggericht in aansluiting op de behoeften van de persoon met NAH+ en met (zinvolle) activatie als doel.
- De omvang van de dagbesteding wordt bepaald door wat goed is voor de persoon met NAH+, niet door de indicatie of de organisatie.

#### Medewerkers

- Medewerkers dagbesteding beschikken over kennis en vaardigheden ten aanzien van NAH+. Ze hebben hiervoor specifieke scholing gevolgd.
- Medewerkers van zorg en begeleiding en van dagbesteding werken nauw met elkaar samen.
- Activiteiten en dagbesteding zijn vastgelegd in het zorgplan. Er worden ook dagbestedingsdoelen gecreëerd, geëvalueerd en geborgd.

#### De organisatie

- Heeft voldoende mogelijkheden en faciliteiten voor dagbesteding op maat (denk aan variatie in activiteiten, geschikte ruimtes, aanpassingen waar nodig, binnen en buiten werken). Dit mag ook individueel zijn.
- De huisvesting biedt de mogelijkheid tussentijds te rusten.

### Dagbesteding op maat

Dagbesteding richt zich op cliënten met NAH+, die als gevolg van hun beperkingen niet kunnen deelnemen aan gewoon werk of begeleid werk (maatschappelijke integratie is niet mogelijk). Het gaat om passende, zinvolle invulling van de dag die zowel binnen als buiten de woning kan plaatsvinden, in groepsverband of waar nodig individueel – passend binnen het NZa-tarief. De gekozen locatie moet aansluiten bij de behoeften van mensen met NAH<sup>12</sup>.

Een betekenisvolle daginvulling is voor ieder mens van belang. Daarbij is het fijn om aangesproken te worden op wat je wel kan en om dingen te doen die je leuk vindt. Activiteiten moeten ook aansluiten bij iemands mogelijkheden. Bij mensen met NAH+ is prikkel-dosering een belangrijk aspect van het dagprogramma, dus afwisselend activiteiten en rust. Mensen die snel overprikkeld zijn moeten regelmatig kunnen ontspannen, anderen hebben juist meer of andere prikkels nodig om actief mee te kunnen doen. Wissel tijdig van activiteit, voordat iemand te moe of te gespannen raakt.

De ideale dagindeling verschilt per persoon, een dagprogramma is dus altijd individueel. Organisatorisch is dit soms lastig te realiseren, maar eigenlijk mag de organisatie nooit leidend zijn in het dagprogramma. Dus geen dagbesteding standaard van 10 tot 12 als iemand het maar een half uur volhoudt.

12 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2026 - BR/REG-26127 - Nederlandse Zorgautoriteit



Het dagprogramma legt naar inhoud een accent op zelfgekozen bezigheid en activering. De begeleiding kan ook gericht zijn op arbeidsmatig werken. Het dagprogramma biedt ruimte voor vaardigheidstraining. De begeleiding en zorg bij dagbesteding richt zich op:

- Het bieden van dagstructuur.
- Het bieden van vaardigheidstraining.
- Het bieden van arbeidsmatig werken in een groep.
- Het bieden van een zelfgekozen activiteit binnen financiële kaders.
- Het bieden van activering, individueel belevingsgericht (o.a. complementaire zorg).
- Het bieden van Individueel arbeidsmatig werken (job).
- Ondersteuning bij de ADL.
- Voorkomen van decompensatie, bijdragend aan stabilisatie en gedragsregulering.
- Ruimte voor tussentijds rusten.

### **Samenwerking**

De dagbesteding sluit nauw aan op de dagelijkse zorg, begeleiding en behandeling. Medewerkers van zorg en begeleiding en medewerkers van dagbesteding werken nauw samen. Zo mogelijk is er sprake van een geïntegreerd team van medewerkers van zorg/begeleiding en dagbesteding. Sommige cliënten hebben echter een duidelijke scheiding van wonen en werk nodig.

### **Begeleiding**

De persoon met NAH+ wordt zoveel mogelijk gestimuleerd tot activiteit, rekening houdend met overprikkeling, onderprikkeling en vermoeidheid (zie voor suggesties hoofdstuk 6). Soms is een lange opbouw nodig om tot een vorm van dagbesteding te komen.

Bij het aanbieden van dagbesteding is het vinden van een balans tussen zelf laten doen, al dan niet in aanwezigheid van een begeleider, samen doen, of overnemen van belang. Ook het begeleiden van sociale interacties is belangrijk. Doel is dat er voldoende ruimte over blijft voor taken die zingeving bieden. Soms zullen taken samen moeten worden gedaan, of aangevuld waar nodig (samen 100%) zodat de persoon met NAH+ niet alleen staat, vastloopt of faalt.

### **Voorwaarden**

Voor dagbesteding vormt de indicatie een kader waarbinnen elke cliënt een aanbod op maat krijgt van dagbesteding of activiteiten binnen en/of buiten de woning dat past binnen wat financieel kan. Dat wil zeggen dat rekening gehouden wordt in aard en omvang van de dagbesteding met wat de persoon met NAH+ kan en aankan en met zijn interesses en voorkeuren. Deze dagbesteding kan in een (kleine) groep of individueel plaatsvinden. Dagbesteding vindt idealiter plaats in een speciale (zo nodig prikkelarme) activiteitenruimte, maar ook in de woonsituatie van de persoon met NAH+, in de vorm van (begeleide) activiteiten in of om de woning.

Activiteiten en dagbesteding worden vastgelegd in het zorg/ondersteuningsplan van de persoon met NAH+, waarbij de balans tussen rust en activiteit steeds goed wordt gemonitord.

Van belang bij dagbesteding is dat de persoon met NAH+ de mogelijkheid heeft tussen de middag en/of op andere momenten te rusten, in zijn eigen kamer of in een rustige ruimte.





## 8. Leefklimaat en sociale omgeving

### 8.1 Leefklimaat en sociale omgeving intern

#### Leefklimaat en sociale omgeving intern

##### De persoon met NAH+

- Heeft belang bij continuïteit in de sociale omgeving, zoals in de vorm van een vast team. In ieder geval moeten medewerkers bekend zijn met de NAH+-doelgroep en haar uitdagingen.
- Kan gebruik maken van (vaste) gezamenlijke momenten met mede cliënten.
- Leeft in een zo passend mogelijke (sociale) omgeving, waarbij zoveel mogelijk zelfstandigheid wordt gestimuleerd.

##### Medewerkers

- Bieden vaste gezamenlijke momenten aan en begeleiden deze actief met oog op sociaal contact.
- Ondersteunen personen met NAH+ bij sociale contacten binnen en buiten de locatie.

##### De organisatie

- Faciliteert een passend leefklimaat met continue nabijheid van vaste medewerkers.
- Houdt bij plaatsing voor zover mogelijk rekening met de groepssamenstelling.

In de sociale omgeving zijn naast structuur en voorspelbaarheid ook vertrouwen en geborgenheid van belang (zie hoofdstuk 6). Dit komt tot uiting in de relatie tussen de persoon met NAH+ en begeleider, met ondersteuning van de behandelaars en de continuïteit van het team. Familie, dagbesteding en/of vrijwilligers worden nauw betrokken, tenzij dat echt niet mogelijk is. De sociale omgeving wordt ook ingevuld door al dan niet vaste gezamenlijke momenten in een gemeenschappelijke huiskamer, onder begeleiding van een medewerker.

De omgeving is van invloed op de mate van sociale interactie. De woonomgeving die past bij de cliënt is afhankelijk van de mate van sociale interactie die de cliënt aan kan zowel qua groepsklimaat (in hoeverre is de cliënt 'groepsgevoelig') alsook qua nabijheid van bijvoorbeeld winkels en uitgaansgelegenheden. Veelal vaart de cliënt met NAH+ wel bij enige mate van afzondering van de omgeving, zodat prikkels niet ongewenst binnenkomen. Voor de inrichting van het leefklimaat is het model van sociotherapeutische leefmilieus bruikbaar<sup>13</sup>.

Idealiter komt de persoon met NAH+ terecht in een groep die bij hem past, maar in de praktijk is de keuze vaak beperkt. Hoe meer de behoeften van de personen in een groep overeenkomen, hoe gemakkelijker het zal zijn eenduidige zorg te bieden. Tegelijkertijd worden mensen met NAH+ sterk beïnvloed door gedrag van medebewoners en kunnen verschillen juist ook bijdragen aan een prettig leefklimaat. Veel organisaties hebben



positieve ervaringen met enige homogeniteit in behoeften van cliënten en het werken met specifieke leefklimaten.

Mensen met hersenletsel verlangen net als iedereen naar betekenisvolle interpersoonlijke relaties. Door het hersenletsel is het leven in contact met anderen niet meer vanzelfsprekend. Met name de wederkerigheid in relaties kan verdwijnen door het ontbreken van inlevingsvermogen en zelfreflectie. Ook is het inschatten van situaties of gedrag van de ander, en de mogelijkheid hun eigen gedrag te controleren en te sturen, veelal ingewikkeld voor mensen met NAH+. Vanuit de omgeving bestaat dan veel onbegrip, terwijl ze zelf niet zien wat hun aandeel in de problemen is of dit niet kunnen veranderen of bijsturen zonder hulp. Het netwerk is daardoor meestal klein en kwetsbaar en ook contacten binnen een woongroep kunnen moeizaam verlopen. Mensen met NAH+ hebben daarom vaak hulp nodig om het contact met anderen vorm te geven zodat het voor alle partijen prettig verloopt.

Extra complicerend kan het zijn als de cliënt met NAH+ taalstoornissen heeft. Hersenstructuren die betrokken zijn bij taal kunnen aangedaan zijn. Daarnaast kunnen motorische of sensorische stoornissen de communicatie bemoeilijken. Hierdoor is het voor anderen vaak moeilijk om deze mensen goed te begrijpen. Ook kan de cliënt met NAH+ moeite hebben om communicatie in hun omgeving (juist) te interpreteren of kunnen zij een gesprek qua tempo niet goed volgen. Hierdoor is continu nabijheid gewenst van vaste medewerkers die deze mensen goed (leren) kennen en begrijpen (ook de non-verbale communicatie). Zij maken meer gebruik van non-verbale communicatie, visuele of non-verbale hulpmiddelen zoals pictogrammen of aanwijskaartjes, en zorgen voor concrete en duidelijke informatie. Eventueel kan het gebruik van spraakcomputers en tablets hierbij ondersteunend zijn.

## 8.2 Sociale omgeving extern

### Sociale omgeving extern

#### De persoon met NAH+

- Naasten worden geraadpleegd bij het leren kennen van de persoon met NAH+.
- Het perspectief van naasten wordt betrokken bij de zorg voor de persoon met NAH+.
- Naasten krijgen zelf ondersteuning in de omgang met de persoon met NAH+ en met het verlies.

#### Medewerkers

- Werken samen met naasten bij de zorg voor de persoon met NAH+.
- Ondersteunen naasten in de omgang met de persoon met NAH+ en met het verlies.

#### De organisatie

- Kan aangeven hoe inspraak en zeggenschap van cliënten en naasten zijn georganiseerd, bijvoorbeeld in het zorgplan, in de verslaglegging van het MDO en/of in de dagelijkse zorg.

Naasten zijn vanwege de breuk in de levenslijn zeer belangrijk voor het leren kennen van de levensgeschiedenis. Bij mensen die voor het hersenletsel geen contact hadden met



familie is het van belang op zoek te gaan naar anderen die de persoon goed kenden, bijvoorbeeld de (voormalig) werkgever of iemand uit de buurt. Vooral wanneer de persoon met NAH+ zichzelf niet goed kan uitdrukken, kan het persoonlijke netwerk worden geraadpleegd om op zoek te gaan naar wat voor de persoon belangrijk is, zowel vroeger als nu. Met de kanttekening dat zowel de persoon met NAH+ of de naasten hiermee instemmen. Dat geldt ook voor het verdere contact tussen cliënt en naasten.

Een goede samenwerking tussen het netwerk en professionals is noodzakelijk voor het leren omgaan met verlies en komt het functioneren van de persoon met NAH+ ten goede. Ook kunnen zij een rol hebben in de zorg voor de cliënt.

Het netwerk van de cliënt kan ook ondersteuning nodig hebben bij de omgang met hun naaste en met de impact van het NAH+. Net als de persoon met hersenletsel ervaren zij vaak een breuk in de levenslijn. De invloed van verdriet en levend verlies op de betrokkenheid van en samenwerking met verwanten is groot. Dit kan naar voren komen in veranderende relaties tussen betrokkenen onderling (bijvoorbeeld de relatie met de partner of een kind die de ouderrol op zich neemt) en in de relatie met professionals. Ondersteuning dient daarom ook vanuit het perspectief van de naasten te worden ingericht. Zij hebben namelijk te maken met veel consequenties van het hersenletsel van hun naaste. Het is aan te bevelen hiervoor binnen de organisatie mogelijkheden te bieden, bijvoorbeeld door inzet van maatschappelijk werk of systeemtherapie.

Als het contact tussen cliënt en naasten afwezig is of als één van beiden geen contact wil dan gaat het erom of beide partijen hiermee te tevreden zijn en of het een uitgekristalliseerde situatie is. Is dat het geval, dan kan het daarbij blijven. Als één van beide partijen het graag anders zou willen of als de medewerkers nog mogelijkheden ziet, dan kan een poging gedaan worden contact te leggen. In dit contact is de wijze van communiceren cruciaal.

Een andere situatie die voor kan komen is dat naasten en zorgverleners niet op een lijn zitten voor wat betreft de wijze waarop de zorg en begeleiding vorm krijgt. Wanneer zorgverleners en naasten voorafgaand aan een verschil van mening al een goede relatie hebben, dan lukt het vaak wel om in een goed gesprek verschillen te overbruggen. Hierbij is het van belang om goed te luisteren naar de overwegingen. Ook de situaties die voor naasten soms onzichtbaar zijn (bijvoorbeeld de impact van lange bezoeken of de belasting van vormen van dagbesteding) kunnen in een gesprek inzichtelijk worden gemaakt.

Wanneer er nog geen basis is van een goed contact en het meningsverschil het startpunt is van de relatie, is het werken aan een goede basis de eerste stap. Zo nodig wordt hulp ingeschakeld in het contact van een collega of mediator.



## 8.3 Fysieke omgeving

### Fysieke omgeving

#### De persoon met NAH+

- Heeft een eigen woon- en slaapkamer en zo mogelijk eigen sanitaire ruimte.
- Woont in een omgeving die hij als prettig ervaart, waar hij de weg kan vinden en waar hij mensen kan tegenkomen of zich terug kan trekken.
- Woont in een gebouw waar geen onnodige visuele, auditieve of andere prikkels zijn.
- Kan zich desgewenst terugtrekken in een prikkelarme ruimte (kan ook de eigen kamer zijn).
- Kan gebruik maken van domotica en hulpmiddelen of aanpassingen die voor hem van waarde zijn.

#### Medewerkers

- Zijn zich bewust van het effect van de fysieke omgeving op het functioneren en welzijn van personen met NAH+ en benutten de mogelijkheden die er zijn om het leefklimaat te optimaliseren.
- Besteden aantoonbaar aandacht (bijv. in het zorg- of behandelplan) aan zaken die voor de persoon met NAH+ van belang zijn m.b.t. de fysieke omgeving en hoe daar rekening mee gehouden wordt.
- Gebruiken domotica en hulpmiddelen of aanpassingen wanneer dat van meerwaarde is voor de persoon met NAH+.

#### De organisatie

- Zorgt voor huisvesting die tegemoet komt aan de behoeften van mensen met NAH+.
- Kan verschillende vormen van huisvesting bieden, zowel in een groep als individueel.
- Faciliteert inrichtingsaspecten die bijdragen aan het functioneren en welzijn van mensen met NAH+.
- Zorgt voor goede arbeidsomstandigheden en een veilige werkomgeving in het gebouw.

Bij de uitwerking van de eisen aan huisvesting en voorzieningen gaat het enerzijds om minimale eisen, zoals een eigen kamer, rekening houden met prikkels en de mogelijkheid zich terug te trekken, anderzijds om het omgaan met de huisvesting zoals beschikbaar is. De crux is dat er gekeken wordt naar zowel wat individuele bewoners en de groep nodig hebben, als naar hoe dit zoveel mogelijk gerealiseerd kan worden. Aangezien de behoeften van personen met NAH+ nogal verschillen, is voor veel zaken geen algemene norm te stellen. De ene persoon heeft ruimte en dus een groot appartement nodig, de ander voelt zich juist verloren en gedesoriënteerd bij veel ruimte. De ene persoon wil graag dichtbij een begeleider zijn, de ander hecht aan onafhankelijkheid en privacy (ook al is dat niet altijd mogelijk) en wil er juist wat verder vandaan zitten. Veel mensen met hersenletsel hebben snel last van overprikkeling, maar bij de één is dat door licht of geluid, bij de ander door gedrag van andere mensen en weer een ander is gevoelig voor temperatuur. Ook zijn er mensen die last hebben van onderprikkeling, die juist prikkels nodig hebben.



De norm is dus veeleer dat:

1. De organisatie kan aantonen dat rekening is gehouden met de in dit hoofdstuk genoemde aspecten bij de inrichting van de fysieke omgeving.
2. Medewerkers aantoonbaar aandacht besteden aan de wisselwerking tussen de persoon met NAH+ en de fysieke omgeving, bijvoorbeeld in zorg- of behandelplannen, begeleidingswijze, omgaan met groepsmomenten, enzovoort.

Voor mensen met NAH+ is de woonomgeving belangrijk, als basis voor veiligheid en vertrouwen. Verschillende aspecten zijn hierbij van belang, zoals sfeer, ligging, privacy en dergelijke.

### **Uitstraling en opzet gebouw**

Het gebouw dient de uitstraling van een woongebouw te hebben en de cliënt dient eigen invulling te kunnen geven aan diens behoeften in de eigen leefomgeving/kamer.

Het is denkbaar om te werken met eenheden van wooneenheden (studio's of kamers) en 1 gezamenlijke huiskamer/ruimte. Daarnaast zijn voor sommige cliënten individuele appartementen wenselijk, met name voor cliënten die geen of nauwelijks contact met andere mensen met NAH kunnen of willen hebben. Variatie in het soort appartementen en de ligging is wenselijk zodat er voor verschillende vragen passende oplossingen zijn.

De groepsgrootte van een woongroep (die van één huiskamer gebruik maakt) is maximaal 10 cliënten maar bij voorkeur nog iets minder. Idealiter is het aantal cliënten per huiskamer 6, waarbij sommige organisaties uitgaan van 4 tot 6 en andere van 6 tot 8 per huiskamer. Kleine groepen creëren rust en bieden tegelijkertijd nog wel voldoende nabijheid, sociale contacten en prikkels.

De gemeenschappelijke ruimtes, zoals huiskamer en gangen, dienen voldoende ruim te zijn, zodat de personen zich goed kunnen bewegen met eventuele hulpmiddelen. De ruimtes worden overzichtelijk ingericht met een duidelijke indeling in functie. Materialen zijn stevig, maar wel met een huiselijke uitstraling en waarbij aandacht is voor de veiligheid van de bewoners en professionals. Bij een deel van de cliënten is ook sprake van lichamelijke beperkingen en is het van belang dat de woning rolstoelvriendelijk is. De looppaden zijn breed genoeg en worden vrijgehouden om onveilige situaties te voorkomen. Ook is er mogelijkheid tot het gebruik van een tillift en andere hulpmiddelen.

Er is rekening gehouden met veiligheidsaspecten (bijvoorbeeld alarmering, gebruik van materialen).

### **Verdere benodigde ruimtes:**

- Keuken (bij voorkeur apart/afsluitbaar i.v.m. geluid)
- Ruimtes voor dagbesteding
- Behandelruimte dichtbij de woongroep (naast behandelruimtes elders)
- Ruimte voor de nachtwacht
- Eventueel aparte prikkelarme ruimte of rustruimte
- Apart kantoor voor medewerkers, zo mogelijk met sanitair (douche)



## Overzichtelijke, voorspelbare omgeving

- Zaken die van belang zijn voor mensen met NAH+:
- Veiligheid en vertrouwen
- Voorspelbaarheid
- Regulatie van prikkels
- Voldoende nabijheid

Veiligheid is van belang voor cliënten en voor medewerkers. Dit omvat verschillende aspecten, zoals sfeer, met voorzieningen, met zichtlijnen, enzovoort. Draagt de fysieke omgeving bij aan vertrouwen of juist niet? Hoe veilig voelen mensen zich? Hoe wordt het gevoel van veiligheid bevorderd? Dit zijn aandachtspunten in de beschrijving van de fysieke omgeving.

Mensen met NAH+ hebben een overzichtelijke en voorspelbare omgeving nodig om zich in het dagelijkse leven staande te houden. Een passende inrichting van de omgeving is in dit verband van belang. De inrichting van het gebouw en de bewegwijzering zijn overzichtelijk en duidelijk. Er wordt gezorgd voor rust, structuur en regelmaat in de omgeving, afgestemd op de behoeften van de persoon met NAH+. De ruimtes waarin behandeling of begeleiding plaatsvindt zijn bij voorkeur prikkelarm en rustig: niet te vol of te druk, geen felle kleuren en geen muziek of andere geluiden. Elke persoon moet een eigen woon-slaapkamer hebben om voldoende privacy te kunnen creëren. Deze moeten voldoen aan de wettelijke vereisten.

Voor mensen met NAH+ is de regulering van prikkels van belang. Wat er nodig is kan per cliënt verschillen. Regulering van prikkels vraagt om een toegankelijke omgeving, een kleinschalige opzet, met aandacht voor akoestiek (ten aanzien van auditieve overprikkeling) en aandacht voor visuele aspecten (zoals rustige kleuren en een goed lichtplan met aandacht voor spiegeling en contrast) en de mogelijkheid om de ruimtes flexibel in te richten (rekening houdend met de vraag van de bewoners). Kleinschaligheid is van belang om de prikkels te beperken en met het oog op de groepsdynamiek, zodat deze beheersbaar blijft en gemeenschappelijke tijd pragmatisch wordt ingestoken (weinig verwachtingen op sociaal vlak).

Er is extra aandacht voor ruimteakoestiek. Gedacht kan worden aan akoestische plafonds. Tevens specifiek aandacht voor onderlinge geluidsoverdracht (studio's en gang) en verkeerslawaaï<sup>15</sup>. Er zijn voorbeelden van programma's waarin dit nader is uitgewerkt beschikbaar<sup>16</sup>.

Nabijheid is een belangrijk aandachtspunt bij de inrichting van de fysieke omgeving. De behoefte aan nabijheid verschilt. Er zijn cliënten die juist allergisch zijn voor continue aanwezigheid van medewerkers. Bij hen is het zaak om ongemerkt wel zicht te houden op hun verplaatsingen door het gebouw of naar buiten. Er is ook een groep cliënten die juist behoefte heeft aan veel nabijheid en continue begeleiding of aansturing door medewerkers. Zij moeten die nabijheid gemakkelijk kunnen ervaren, dus niet ver van de huiskamer en/of medewerkers af zitten. Bij de verdeling van appartementen of kamers over de bewoners kan hier rekening mee gehouden worden. Voor sommige bewoners zijn open zichtlijnen zodat je contact kan houden belangrijk, voor anderen is het beter dat er geen zichtlijn naar/contact met anderen is.

15 InteraktContour, Programma van eisen huisvesting NAH+ (gepresenteerd in juni 2021)

16 's Heerenloo, Programma van eisen huisvesting (gepresenteerd in juni 2021)



Een veilige omgeving per cliënt of voor alle bewoners, zoals een omheinde tuin of veilige wijk met aangeleerde looproutes, kan extra vrijheid geven.

### **Leef- en werkklimaat**

In het gebouw moeten zowel cliënten als medewerkers zich fysiek en mentaal comfortabel en veilig voelen. Hiervoor zijn goede verblijfs- en arbeidsomstandigheden in het gebouw noodzakelijk. Dit wordt mede bepaald door de fysische factoren: binnenklimaat, ventilatie, licht en geluid. Voor de studio's/kamers moet worden gestreefd naar een zo groot mogelijke behaaglijkheid waarin zonder problemen kan worden gefunctioneerd door zowel cliënt als medewerker. De klimaatomstandigheden en voorzieningen zoals zonwering, verwarming en ventilaties dienen in de gezamenlijke ruimten en studio's zelfstandig gereguleerd te kunnen worden<sup>12</sup>.

### **Verplichte en onvrijwillige zorg**

Bij NAH+ is de last resort functie bij de REC's en DEC's belegd. Vertrekpunt van de zorg is dat deze zo mogelijk op basis van vrijwilligheid en wederzijdse instemming plaatsvindt. In uitzonderingssituaties kan onvrijwillige zorg nodig zijn. Het leveren van onvrijwillige zorg is **geen** toelatingscriterium van het NAH+ zorglandschap, maar alle REC's en DEC's kunnen met situaties te maken krijgen waarin onvrijwillige zorg moet worden overwogen.

Deze randvoorwaarden zijn dat een REC/DEC die valt onder de WZD/Wvggz zich registreert als Wzd/Wvggz-accommodatie in het openbaar locatieregister, dat de woning 'op slot' kan voor cliënten met een onvrijwillige opname en dat de woning voldoet aan de algemene randvoorwaarden om onvrijwillige zorg te kunnen bieden (zoals voldoende toezicht, mogelijkheid tot slim afsluiten van een ruimte, keuken, wasgelegenheid etc.). Het netwerk zet zich in om bij alle cliënten bij wie dit van toepassing is onvrijwillige zorg af te bouwen/ zo veel mogelijk te beperken (zie verder hoofdstuk 12).

### **Domotica**

In de woonomgeving wordt waar mogelijk en van meerwaarde gebruik gemaakt van domotica en (vaste) hulpmiddelen of aanpassingen. Domotica kan bijdragen aan gemak, veiligheid en zelfstandigheid van bewoners. Te denken valt aan:

- Toezicht 's nachts via uitluisteren, cameratoezicht of sensoren, bedsignaal bij epilepsie, matten voor het bed.
- Monitoring indien noodzakelijk via GPS, deurverklidders, leefcirkels enz.
- Bediening van zonwering, gordijnen, deuren, ramen.



### Checklist fysieke omgeving

- ✓ Huiselijke leefomgeving
- ✓ Sfeer sluit aan bij leeftijd/levensfase van bewoners
- ✓ Opzet en indeling woonlocatie (incl. variatie in woonmogelijkheden)
- ✓ Groepsgrootte per huiskamer maximaal 10 cliënten
- ✓ Gemeenschappelijke ruimtes (huiskamer, gangen) voldoende ruim
- ✓ Duidelijke indeling van het gebouw
- ✓ Stevige/veilige materialen maar wel met prettige uitstraling
- ✓ Voldoende rolstoelvriendelijke ruimtes
- ✓ Prettig werkklimaat (hoe wordt dit gefaciliteerd, wat draagt daaraan bij)
- ✓ Veiligheid voor bewoners en medewerkers (voelen mensen zich veilig, hoe wordt veiligheid bevorderd, welke voorzieningen zijn er)
- ✓ Inzet van hulpmiddelen, aanpassingen en domotica
- ✓ Aparte keukens, ruimte voor dagbesteding, behandelruimte, ruimte voor de nachtwacht, kantoor, eventueel aparte prikkelarme ruimte of rustruimte, zo mogelijk buitenruimte
- ✓ Prikkelregulering (hoe wordt hieraan aandacht besteed, individueel en op groepsniveau, wat is er aangepast in de fysieke omgeving, bijvoorbeeld t.a.v. licht, geluid, akoestiek)
- ✓ Mate van nabijheid (is bekend wat wenselijk is, wordt dit uitgevoerd en geëvalueerd)
- ✓ Leef- en werkklimaat (bijvoorbeeld ventilatie, kou/warmte, behaaglijkheid, zonwering)
- ✓ Opname in het openbaar locatieregister als Wzd-locatie of accommodatie
- ✓ Algemene voorzieningen die onvrijwillige zorg en verplichte zorg mogelijk maken.





## 9. Gespecialiseerd Multidisciplinair Kernteam

### **Gespecialiseerd Multidisciplinair Kernteam**

#### De persoon met NAH+

- Krijgt zorg, begeleiding en behandeling vanuit een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam.

#### Medewerkers

- Werken samen in een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam.

#### De organisatie

- Zorg voor voldoende formatie voor een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam.

Bij de behandeling en begeleiding van cliënten met NAH+ zijn verschillende disciplines betrokken. De zorg voor cliënten met NAH+ vraagt om een behandel-, zorg- en begeleidingsteam dat bestaat uit verschillende disciplines die integraal met elkaar samenwerken. Voor het opzetten en inrichten van een expertisecentrum is de vraag: welke disciplines zijn minimaal noodzakelijk en met welke samenstelling van disciplines kan er een optimale situatie worden gecreëerd voor het bieden van optimale zorg aan deze cliënten?

#### Minimaal betrokken disciplines/kernteam

Het kernteam dat de zorg en behandeling uitvoert bestaat uit:

- Arts (SO of AVG of RA) of psychiater of gedragsneuroloog (en één van beide op consultbasis)
- Gedragswetenschapper met BIG-registratie
- Fysiotherapeut of ergotherapeut
- Verpleegkundige niveau 4/5
- Agogisch medewerker niveau 4/5

Op consultbasis zijn betrokken:

- Verslavingsarts
- Klinisch (neuro)psycholoog

Het team kan zo nodig aangevuld worden met:

- Ergotherapeut
- Logopedist (afasietherapeut)
- Vaktherapeut
- Muziektherapeut
- Diëtist
- Maatschappelijk werker
- Systeem therapeutisch werker of systeemtherapeut
- Expert op gebied van waarnemingsstoornissen



#### Toelichting:

De arts (specialist ouderengeneeskunde, AVG of revalidatiearts) die de dagelijkse medische zorg eventueel kan neerleggen bij een verpleegkundig specialist en/of basisarts.

De psychiater is bij voorkeur een neuropsychiater of een gedragsneuroloog.

De gedragswetenschapper met BIG-registratie is een gz-psycholoog of orthopedagoog generalist met kennis van neuropsychologische kennis, die de dagelijks psychologische begeleiding eventueel kan neerleggen bij een ervaren (neuro) psycholoog of orthopedagoog.

#### Zorg- en begeleidingsteam (24 uren zorg)

- Teamleider/manager zorg: de organisatie borgt zowel de dagelijkse operationele aansturing op de locatie (teamleider) als de strategische/regiobrede afstemming en externe vertegenwoordiging (manager zorg). De concrete invulling van de functies kan per organisatie verschillen.
- Verpleegkundigen MBO (niveau 4) en HBO (niveau 5)
- Mix van VIG niveau 3 enagogisch medewerkers (niveau 3 en 4)





## 10. Competentieprofiel en scholing

### Inleiding

Dit competentieprofiel is een aanvulling op de bestaande (competentie/ beroeps) profielen van zorgprofessionals en laat zien wat er extra nodig is om goede zorg te bieden aan mensen met NAH+. Het gaat om een generiek profiel voor het werken met mensen met NAH+. Hiernaast kunnen er per beroepsgroep aanvullende criteria bestaan.

Van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij beschikken over de algemene competenties die bij hun functie en beroepsgroep horen. In dit competentieprofiel wordt beschreven welke specifieke kennis, vaardigheden en houding nodig zijn in het begeleiden en ondersteunen van deze complexe doelgroep.

De competenties in dit profiel zijn uitgewerkt aan de hand van het CanMEDS-model, dat zeven verschillende rollen beschrijft waarbinnen zorgprofessionals functioneren. De rol van zorgverlener staat centraal; de andere zes rollen zijn ondersteunend aan deze kern.

Dit profiel sluit aan bij eerdere kaders, waaronder:

- Goede Zorg bij NAH+ (januari 2022),
- Het scholingstraject NAH+ ontwikkeld door het Kenniscentrum NAH+,
- En het werkboek 'Méér dan NAH', dat in september 2025 is verschenen.

### Scholingsaanbod vanuit het NAH+ Kenniscentrum

We bieden vanuit het Kenniscentrum een basisscholing aan van vier trainingsdagen. In de trainingsdagen staan 'beeldvorming', 'begeleiden van mensen met NAH+', 'omgaan met grensoverschrijdend gedrag' en 'samenwerken met naasten' centraal. Daarnaast bieden we verdiepingsdagen aan. Het aanbod hiervan wisselt per jaar en is afhankelijk van de vraag van de professionals in het zorglandschap. Er is ook een aanbod van online modules gericht op het werken met mensen met NAH+ op de website van het Kenniscentrum NAH+. Deze online modules zijn vrij toegankelijk zijn voor professionals binnen en buiten het zorglandschap NAH+.

**Competentieprofiel** Aan de hand van de zeven CanMeds rollen worden de benodigde competenties, vaardigheden van een zorgprofessional in de tabellen hieronder toegelicht. Dit competentieprofiel richt zich specifiek op de verzorgende, verpleegkundige en begeleider die de persoon met NAH+ in een REC of DEC begeleidt. De verpleegtechnische handelingen en interventies worden door een verpleegkundige uitgevoerd of door andere medewerkers wanneer zij aantoonbaar bevoegd en bekwaam zijn volgens de wet BIG en organisatie gebonden protocollen, zoals agogisch medewerkers die voor specifieke handelingen een extra cursus hebben gevolgd.



## 1. De zorgprofessional NAH+ als zorgprofessional

*Je biedt directe zorg en ondersteuning, met aandacht voor de mens achter het gedrag.*

Bij deze doelgroep betekent dit: je stemt voortdurend af op wat de cliënt op dat moment aan kan of nodig heeft. Je begrijpt dat gedrag voortkomt uit beschadigingen in het brein en bijkomende problematiek, en dat de cliënt dit niet expres doet. Je werkt nabij, met rust en voorspelbaarheid. Je ondersteunt in de ADL. Je bent sensitief voor signalen die kunnen wijzen op overprikkeling of onrust en zorgt ervoor dat de spanning en stress zo laag als mogelijk blijven.

De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- Oorzaken en vormen van hersenletsel.
- De gevolgen van het hersenletsel en de betekenis daarvan voor het functioneren van de persoon met NAH+ op lichamelijk, psychisch/cognitief en sociaal gebied.
- De invloed van persoons- en omgevingsfactoren op het functioneren van het gedrag.
- Psychiatrie en/of verslavingsproblemen (voor het herkennen en kunnen anticiperen op psychiatrische stoornissen).
- Kennis van informatieverwerking, hersenniveaus en stress in relatie tot NAH.
- Kennis over interventies die in de omgang met personen met NAH+ ingezet kunnen worden.

De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- De zorgprofessional NAH+ werkt op een methodische manier, vanuit de methodiek van de organisatie waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, behoeften en belemmeringen van de persoon met NAH+.
- Kan omgaan met het beperkte ziekte-inzicht in relatie tot de bijkomende problematiek van de persoon met NAH+.
- Voelt aan wat de persoon met NAH+ nodig heeft (sensitiviteit) en kan daar vervolgens gehoor aan geven (responsiviteit).
- Kan op een voorstelbare manier werken en reageren en helpen om prikkels te doseren en te reguleren
- Kan zorgen voor een betekenisvolle daginvulling voor personen met NAH+.
- Kan onbegrepen en/of grensoverschrijdend gedrag relateren aan het hersenletsel en op basis daarvan het gedrag beïnvloeden door de-escalerend te werken.



## 2. De zorgprofessional NAH+ als communicator

Je zorgt voor duidelijke en respectvolle communicatie, ook als dat moeilijk is.

Bij personen met NAH+ is communicatie vaak een uitdaging. Je past je taal aan, houdt rekening met het tempo van informatieverwerking, taalbegrip en het hersenniveau van de cliënt, let op non-verbale signalen. En je kan rekening houden met het tempo van informatieverwerking en het taalbegrip. Ook met familie en collega's communiceer je open en eerlijk over wat werkt en wat niet. Je durft ook lastige zaken bespreekbaar te maken, bijvoorbeeld als gedrag te veel vraagt van het team.

De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- Verschillende methoden en technieken om te communiceren met de persoon met NAH+.
- De-escalerend werken\* en het signaleringsplan.
- Verschillende systemische principes en de driehoekskunde\*\* ten behoeve van het samenwerken met naasten.

*\* De-escalerend werken betekent dat je op tijd signalen van oplopende spanning herkent en bewust handelt om die spanning te verminderen.*

*\*\* Driehoekskunde gaat over het samenwerken tussen drie partijen: de persoon met NAH+, de naasten en de professional.*

De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- De zorgprofessional kan in de communicatie met de persoon met NAH+ rekening houden met de prikkelverwerking en hersenniveaus.
- Kan op een gelijkwaardige manier communiceren met de persoon met NAH+.
- Is in staat om communicatietechnieken en middelen toe te passen op een manier die aansluit bij de persoon met NAH+.
- De zorgprofessional kan een open dialoog en op een gelijkwaardige manier aangaan met de naasten van de persoon met NAH+.



### 3. De zorgprofessional NAH+ als samenwerkingspartner

*Je werkt goed samen met anderen, want zorg lever je niet alleen.*

Samenwerken is cruciaal, zeker als je 24/7 werkt met een cliënt die onvoorspelbaar gedrag kan laten zien. Je stemt voortdurend af met collega's, gedragsdeskundigen en familie. Je deelt observaties, maakt gezamenlijke afspraken en voorkomt misverstanden die kunnen leiden tot escalaties. Je erkent dat iedereen een stukje van de puzzel in handen heeft.

De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- De taken, rollen en bevoegdheden van de andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met NAH+.
- Verschillende systemische principes ten behoeve van het samenwerken met naasten.

De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- Werkt intercollegiaal samen in een multidisciplinair team
- Kan vanuit de principes van joining\* en meerzijdige partijdigheid\*\* samenwerken met de naasten van de persoon met NAH+, ook in situaties waarin het samenwerken complex is en veel van de professional vraagt.
- Kan in het samenwerken balanceren tussen afstand en nabijheid en omgaan met andere spanningsvelden die het samenwerken met zich meebrengen.

*\* Joining betekent dat de professional actief aansluiting zoekt bij de persoon met NAH+ en diens naasten. Je stemt af op hun manier van communiceren, hun tempo en hun perspectief. Het doel is een veilige, respectvolle werkrelatie waarin samenwerking mogelijk wordt.*

*\*\* Meerzijdige partijdigheid betekent dat je als professional oog hebt voor alle betrokkenen. Je kiest niet één kant, maar erkent ieders perspectief en belangen. Je laat iedereen zich gehoord voelen, ook wanneer er spanningen of tegenstrijdige verwachtingen zijn.*

### 4. De zorgprofessional NAH+ als lerende en reflectieve professional

*Je kent je eigen grenzen en leert steeds bij, juist ook in lastige situaties.*

Werken met deze doelgroep raakt je als mens. Je leert omgaan met gevoelens van machteloosheid of frustratie. Je reflecteert op je eigen handelen en gedrag, en wat dat oproept in contact met de cliënt. Je zorgt goed voor jezelf en elkaar, omdat alleen een stevig team deze intensieve zorg aankan.

De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- Van verschillende reflectiemodellen en kan deze toepassen
- Kent verschillende intervisiemethoden



De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- De zorgprofessional kan reflecteren op situaties in de zorg voor personen met NAH+
- Heeft zicht op de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden en is zich bewust van de risico's die deze complexe doelgroep met zich meebrengt en kan dit tijdig aangeven.
- Is zich bewust van de eigen waarden en normen en kan met dilemma's omgaan die dit met zich meebrengt

## **5. De zorgprofessional NAH+ als gezondheidsbevorderaar**

*Je draagt bij aan het behouden en versterken van gezondheid en welzijn.*

Bij deze doelgroep gaat het om kleine stapjes in welzijn en comfort. Je let op voeding, beweging, ontspanning en een zo stabiel mogelijk dagritme. Je kijkt hoe iemand nog zingeving kan ervaren, bijvoorbeeld door betekenisvolle activiteiten aan te bieden binnen wat haalbaar is. Je ziet kansen, ook als de mogelijkheden beperkt lijken.

De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- Basiskennis van zingeving en betekenisvolle daginvulling
- Kennis van en inzicht in stress en informatieverwerking
- **Kennis van de gevolgen van NAH** op energie, motivatie, dagstructuur en emotieregulatie

De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- Structuur en voorspelbaarheid in de dag aanbieden voor de persoon met NAH+
- Signaleren wanneer iemand behoefte heeft aan rust, beweging of ontspanning — ook als de cliënt dit zelf niet aangeeft.
- Creatief en sensitief zoeken naar **activiteit op maat**: iets aanbieden dat past bij iemands mogelijkheden en stemming op dat moment.
- Kan gedrag interpreteren en daarnaar handelen om veiligheid in de groep te waarborgen

## **6. De zorgprofessional NAH+ als organisator**

Je organiseert zorg rondom de cliënt op een manier die werkt in de praktijk en die passend is voor de cliënt.

Je denkt mee over de dagstructuur, prikkel afgestemde omgeving en duidelijke routines. Je kijkt wat praktisch werkt voor deze ene cliënt, ook al wijkt dat af van 'hoe het hoort'. Je neemt deel aan overleggen. En werkt samen met collega's en andere professionals binnen en buiten de organisatie en het zorglandschap NAH+.



De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- Kent de gehele keten van de organisatie van de NAH+ zorg zowel binnen als buiten de zorginstelling/afdeling en weet de wegen hiernaartoe, voor zover dit voor de betreffende functie noodzakelijk is. Als persoonlijk begeleiders en gedragswetenschappers dit kunnen initiëren is dit voldoende.

De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- Is in staat samen te werken en af te stemmen met collega's en personen binnen en buiten de organisatie en in het zorglandschap NAH+, voor zover dit tot de betreffende functie behoort.

## **7. De zorgprofessional NAH+ als professional en kwaliteitsbevorderaar**

Je gebruikt kennis en onderzoek om je zorg onderbouwd en doordacht te doen.

Je baseert je handelen op wat bekend is over NAH+ en probleemgedrag. Je staat open voor nieuwe inzichten en deelt ervaringen uit de praktijk. Samen met gedragsdeskundigen onderzoek je bijvoorbeeld welk gedrag waarschuwingssignalen zijn. Je draagt bij aan kennisontwikkeling door observaties goed te rapporteren of evaluaties te voeren met het team. Het expertisecentrum vertaalt onderzoeksresultaten naar praktische werkmethoden voor medewerkers op verschillende niveaus.

De zorgprofessional NAH+ heeft kennis van:

- Visie op de doelgroep
- Kent het zorglandschap NAH+
- Kwaliteitsafspraken van de eigen organisatie
- Wet – en regelgeving die van toepassing is op de beroepsuitoefening, de functie en de context waarin zij werkzaam is
- (wetenschappelijke) ontwikkelingen op het gebied van de zorg van mensen met NAH+

De benodigde houding en vaardigheden hierbij zijn:

- Volgt op regelmatige basis scholing en heeft intervisie met collega-professionals om de eigen kennis en vaardigheden over NAH+ up to date te houden en te vergroten
- Leest publicaties van praktijkonderzoeken met betrekking tot de zorg voor mensen met NAH+ en probeert de transfer naar de eigen werksituatie te maken, voor zover dit tot de betreffende functie hoort.
- Levert daar waar mogelijk een bijdrage aan de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek





## 11. Team en veiligheid

### Aanwezigheid

#### De persoon met NAH+

- Ervaart consistentie in alle zorg, begeleiding en behandeling.

#### Medewerkers

- Kunnen op elkaar bouwen in de samenwerking als team.
- Hebben een open, lerende houding naar zichzelf en naar elkaar.

#### De organisatie

- Faciliteert gezamenlijke reflectie en intervisie.
- Ondersteunt teambuilding.

### Inleiding

Veiligheid is een pijler voor goede zorg bij NAH+.

De zorg voor mensen met NAH+ brengt, in sommige gevallen, door de aard en ernst van bestaande gedragsproblematiek veiligheidsrisico's met zich mee. Natuurlijk wil iedereen de ernst en het aantal incidenten (op een menswaardige wijze) zo laag mogelijk houden. Maar het is geen doel op zich én het is een illusie om te denken dat er nooit incidenten plaats zullen vinden. Het doel is het bieden van de juiste zorg en begeleiding.

Daarbij kan de veiligheid voor een cliënt niet losgezien worden van de veiligheid voor medewerkers binnen een team. Wat vervolgens weer niet losgezien kan worden van de wijze waarop een team wordt samengesteld, opgeleid, aangestuurd en begeleid.

Veiligheid, in alle kringen (cliënt, begeleider, omgeving, context, organisatie) omvat tenminste: visie, beleid, preventie, omgang met incidenten, nazorg en leren. Deze thema's moeten een vaste plaats hebben in het beleid van de organisatie, vertaald vanaf het jaarplan tot de dagelijkse praktijk op de werkvloer.

De organisatie heeft een bewust en handelingsgericht beeld op het gebied van veiligheid bij NAH+. Het daaruit voortvloeiende beleid en handelen vanuit de organisatie naar de teams en individuele medewerkers is in lijn met de te bieden zorg op de werkvloer. Goed voorbeeld doet volgen.

### Visie

De organisatie heeft een duidelijk omschreven visie op veiligheid, waarin de volgende elementen terugkomen:

- Hoe kijken we naar veiligheid en daaraan gerelateerd gedrag van cliënten en medewerkers. Rollen en verantwoordelijkheden van de organisatie, management, behandelaren, begeleiders en andere medewerkers.
- Faciliteiten, waaronder ook hulpmiddelen zoals persoonlijk alarm
- Duidelijke verwachtingen naar medewerkers.
- Opleiden en begeleiden van medewerkers en teams.
- Preventie.



- Omgang met incidenten, inclusief signaleren, monitoren, afwikkelen en leren van incidenten

Waarbij ook omschreven wordt hoe de hogere echelons van de organisatie hierin betrokken zijn, zodat zij weten wat er gaande is op de werkvloer, wat er gevraagd wordt van medewerkers, welke training en begeleiding men krijgt en welke uitdagingen er liggen.

## **Team**

Het onderwerp veiligheid binnen een team is nadrukkelijk zichtbaar in de volgende elementen:

- Samenstelling, competenties, scholing, samenwerking en begeleiding.
- Inwerken van nieuwe medewerkers (dubbel bezet, duidelijkheid over de rol in het team, kennis van NAH+, kennis van protocollen, weerbaarheidstraining).
- Duidelijke afspraken over omgang met agressie, inclusief inzet van hulpmiddelen.
- Vaardigheid in samenwerken bij preventie en de-escaleren.
- Weerbaarheid en kwetsbaarheid bespreekbaar maken en houden.
- Teambuilding.

## **Preventie**

Het onderwerp 'preventie van onveilige situaties en incidenten' is uitgewerkt in een duidelijke aanpak, in lijn met het beleid, waarbij tenminste de volgende elementen beschreven zijn:

- Verwerven en onderhouden van parate kennis en afspraken m.b.t. veiligheid en risico's bij specifieke cliënten, teams en de bijbehorende ontwikkelingsdoelen en mogelijkheden.
- Vroegsignalering en overdracht (algemeen en specifiek voor patiënten met een verhoogd risico).
- Gebouw, faciliteiten, middelen.
- Goedgevuld en betekenisvol dagritme voor cliënten.

## **Incidenten**

De organisatie heeft een goed werkende methodiek in de omgang met incidenten op het gebied van veiligheid. De medewerkers zijn getraind en worden begeleid in tenminste:

- De-escalerend werken.
- Registratie zoals Fobo (formulier ongevallen en bijna ongevallen) en Mic/Mim (melding incidenten cliënten en medewerkers).
- Opvolging waarbij professionele begeleiding tijdig en in voldoende mate beschikbaar is, inclusief bespreking in een daartoe ingestelde commissie.
- Nazorg aan cliënten en medewerkers.

## **Leren van incidenten**

Intervisie en bespreking, leidend tot:

- Verbetering van menswaardige preventie n.a.v. van incidenten.
- Bijstellen van beleid op basis van feedback vanaf de werkvloer naar aanleiding van frequentie, aard en ernst van incidenten en de werking van het preventiebeleid.



## Leefgemeenschap

De structurele inzet van naasten en vrijwilligers in samenwerking met medewerkers kan leiden tot een versterking van het sociale netwerk van cliënten. Dit komt vervolgens het leefklimaat en veiligheid ten goede. Een term hiervoor is 'Leefgemeenschap'.

Het creëren van een leefgemeenschap vraagt structurele inbedding, samenwerking, een gedeelde visie en actieve betrokkenheid van alle partijen.

Een leefgemeenschap kan daarmee zowel een sociaal als praktisch antwoord zijn op bepaalde uitdagingen in de gehandicaptenzorg, waarmee inclusie, participatie en kwaliteit van leven centraal komen te staan.

Het vormen van een leefgemeenschap bij cliënten met NAH+ brengt diverse complicaties met zich mee:

- Cognitieve, gedragsmatige, interpersoonlijke en sociale complicaties, leidend tot communicatieproblemen en emotionele gevolgen zoals rouw, boosheid, angst, eenzaamheid en schaamte die samenwerking en groepsgevoel kunnen bemoeilijken.
- Fysieke en omgevingsfactoren zoals overprikkeling door sensorische gevoeligheid, noodzaak tot prikkelarme ruimtes en behoefte aan een voorspelbare, veilige omgeving.

## Dilemma's voor begeleiders

Bij cliënten met NAH+ vraagt het groepsleven om continue sturing en nabijheid. Impulsief en ontremd gedrag vergroot de veiligheidsrisico's. Tegelijk moet de zelfstandigheid worden gestimuleerd en de gewaarborgd, voor het individu én de groep.

Dit vraagt om:

- Expertise en een duidelijke, voorspelbare structuur.
- Continue nabijheid van begeleiders.
- Veel individuele aandacht.
- Groot aanpassingsvermogen van het team.

Naasten en vrijwilligers worden hierbij doelgericht en onder begeleiding ingezet. Dat vraagt om een weloverwogen aanpak, heldere rollen en instructies en inbedding in de dagelijkse praktijk. Veiligheid is daarbij een vaste randvoorwaarde.

## Veiligheidsaspecten

Veiligheidsaspecten binnen een leefgemeenschap voor cliënten met NAH+ betreffen zowel fysieke als psychosociale factoren en vereisen een passende, gespecialiseerde inrichting en zorgstructuur.

### *Fysieke Veiligheid*

De woon- en leeromgeving moet overzichtelijk en afgestemd zijn op de prikkelgevoeligheid van cliënten. Met duidelijke indeling en functies, zodat cliënten zich goed kunnen oriënteren en bewegen. Materialen dienen stevig, huiselijk en veilig te zijn; afgeronde hoeken, geen losse snoeren/tapijten, en brede looppaden beperken valrisico's. Voor rolstoelgebruikers en anderen met lichamelijke beperkingen moet de ruimte toegankelijk zijn, met tilliften en hulpmiddelen indien nodig.

Er kunnen verschillende hulpmiddelen gebruikt worden om snel alarm te slaan bij onvei-



lige situaties, zoals draagbare alarmknoppen, vaste alarmknoppen, zorgtelefoons, portofoons met noodfunctie en domoticasystemen die direct collega's waarschuwen.

### *Gedrag en Emotie*

Complexe gedragsproblematiek, zoals impulsief en ontremd gedrag, vraagt om continue begeleiding en alertheid van professionals om escalatie en onveilige situaties voor andere cliënten, medewerkers, vrijwilligers en naasten te voorkomen. Preventie van agressie en probleemgedrag is essentieel via signalering (bijvoorbeeld via een signaleringsplan en omgangsplan) en tijdige interventie door getraind personeel. Het bewaren van overzicht, structuur en voorspelbaarheid kan overvraging, overprikkeling en stress (met mogelijk incidenten als gevolg) bij cliënten voorkomen en helpt spanning en mogelijke conflicten binnen de groep te reduceren. Onder overvraging verstaan we dat er meer van iemand wordt gevraagd dan hij op dat moment aankan, waardoor spanning, stress of ontregeling ontstaat.

### **Organisatorische Randvoorwaarden**

Inpassing in budget en organisatiestructuur voor zowel de inzet als begeleiding van naasten en vrijwilligers. Continue observatie, overleg en afstemming tussen alle betrokken begeleiders en disciplines zijn noodzakelijk om risico's vroegtijdig te signaleren en adequaat op te treden. Inzet van signaleringslijsten en multidisciplinaire teams verhoogt de veiligheid voor cliënten met NAH+.

Duidelijke communicatielijnen en een alertheid op fysieke en psychologische klachten waarborgen de veiligheid en het welzijn van alle groepsleden.





## 12. Gedwongen opname en zorg

### Toelichting

REC's en DEC's vervullen samen een last resort functie in het landschap van de zorg voor mensen met NAH+. Hiermee wordt langdurig verblijf voor de meest complexe cliënten bedoeld die nergens anders terecht kunnen. Bij NAH+ is de last resort functie bij de REC's en DEC's belegd. Deze opdracht betekent voor de REC's en DEC's dat zij ook onvrijwillige zorg moeten kunnen leveren. De gewenste situatie is dat alle REC's en DEC's voldoende randvoorwaarden hebben om cliënten met een RM of ZM op te nemen en om waar nodig onvrijwillige zorg toe te passen. Deze randvoorwaarden zijn dat een REC/DEC zich registreert als Wzd-accommodatie in het openbaar locatieregister, dat de woning 'op slot' kan voor cliënten met een onvrijwillige opname en dat de woning voldoet aan de algemene randvoorwaarden om onvrijwillige zorg te kunnen bieden (zoals voldoende toezicht, voldoende en deskundige medewerkers, aangesloten zijn bij een Wzd-klachtencommissie, etc.).

In dit hoofdstuk gaan we in op de betrokken disciplines, de competenties van medewerkers en het team.

### 12.1 Toepasselijke wetgeving

Er zijn twee wetten over dwang in de zorg waar personen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) mee te maken kunnen krijgen. Dit zijn de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). De Wvggz regelt de rechten van mensen die te maken hebben met gedwongen zorg vanwege een psychische aandoening (dit noemen we "verplichte zorg"). De Wzd regelt de rechten bij gedwongen zorg of opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (dit noemen we "onvrijwillige zorg"). Beide wetten bestaan naast elkaar. In de praktijk krijgen we te maken met samenloop als er sprake is van multiproblematiek, zoals bij cliënten met NAH+ het geval is.

#### Welke wet is van toepassing?

Een cliënt heeft te maken met één wettelijk regime tegelijk. Indien een persoon met NAH gedwongen zorg nodig heeft, dan valt deze persoon vanuit de wetgeving in principe onder de Wvggz omdat er geen sprake is van een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Sommige personen met NAH kunnen echter toch onvrijwillige zorg vanuit de Wzd ontvangen als dat noodzakelijk is. Hierin voorziet het Besluit zorg en dwang. Daarin is opgenomen dat NAH gelijk kan worden gesteld aan een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap indien het letsel een neurocognitieve stoornis veroorzaakt met daaruit voortvloeiend:

- dezelfde gedragsproblemen of regieverlies zoals bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap;
- benodigde zorg in verband met deze gedragsproblemen of regieverlies die vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap;
- gedragsproblemen of regieverlies die (kunnen) leiden tot ernstig nadeel.



Of hiervan sprake is moet blijken uit een verklaring van een 'ter zake kundige arts'. Onder meer een psychiater, een arts verstandelijk gehandicapt of een specialist ouderengeneeskunde kunnen een ter zake kundige arts zijn. De ter zake kundige arts kan de behandelend arts van de cliënt zijn.

Met deze werkwijze wordt aangesloten bij de actuele zorgbehoefte van de cliënt omdat het meest passende wettelijke regime met betrekking tot gedwongen zorg van toepassing is.

## 12.2 Toepassing van de wetgeving binnen het REC en DEC

Binnen NAH+ zien we dat de REC's en één DEC vallen onder de WZD en de andere DEC onder de Wvggz.

Zowel de Wvggz als Wzd bieden op zichzelf voldoende mogelijkheden om de noodzakelijke zorg te kunnen bieden aan iedere NAH+ cliënt. De zorgbehoefte van de cliënt bepaalt welke verblijf/behandelcontext het best passend is.

### Opname met onvrijwillige zorg in een REC of DEC onder de Wzd

Situatie: het multidisciplinaire team van een REC of DEC heeft een plaatsing van een NAH+ cliënt in overweging. De cliënt komt vanuit de thuissituatie of vanuit een reguliere zorginstelling.

Het multidisciplinaire team van het REC of DEC verkent de hulpvraag van de cliënt omtrent mogelijke onvrijwillige zorg/opname.

#### Er zijn verschillende situaties mogelijk:

1. *De opname is vrijwillig, de wilsbekwame cliënt gaat akkoord met de opname.*
2. *De cliënt kan zelf geen weloverwogen beslissing nemen over de opname, maar verzet zich er ook niet tegen.*

Er is een besluit tot opname (artikel 21) nodig van het CIZ. Deze wordt bij het CIZ aangevraagd door de verwijzer of de setting van herkomst.

3. *De cliënt verzet zich tegen de opname.*

Er is een rechterlijke machtiging (RM) nodig. De verwijzer of de setting van herkomst vraagt dit aan, in afstemming met het REC. De verwijzer zorgt ook voor de benodigde medische verklaring van een onafhankelijke arts; de verwijzer volgt hiervoor de gebruikelijke routes/bestaande regionale afspraken. Is er geen tijd om de procedure voor een RM af te wachten? Dan is een Inbewaringstelling (IBS) nodig voor opname. Bij een REC of DEC dat valt onder de Wzd kunnen alleen "geplande" IBS-opnames plaatsvinden. Voor acute crisissituaties en opnames buiten kantoortijden kan een cliënt terecht bij de (reguliere) crisisopvang van de GGZ. Hiervoor is dan een crisismaatregel nodig.

4. *De cliënt verzet zich niet tegen de opname in een REC maar er is (waarschijnlijk) wel onvrijwillige zorg nodig.*

Het REC of DEC regelt dan een verklaring van een ter zake kundige arts om de cliënt onder de Wzd te brengen. Het kan ook zijn dat pas later, gedurende het verblijf van de cliënt, een noodzaak ontstaat voor onvrijwillige zorg. Ook op dat moment kan een verklaring worden opgesteld om de cliënt onder de Wzd te brengen. Of kan een RM worden aangevraagd indien de cliënt zich verzet tegen het verblijf in het REC of DEC.



### **Opname met verplichte zorg in een REC of DEC onder de Wvggz**

Situatie: het multidisciplinaire team van een REC of DEC heeft een plaatsing van een NAH+ cliënt in overweging. De cliënt komt vanuit een reguliere zorginstelling. Er is mogelijk sprake van een noodzaak tot een onvrijwillige opname en/of verplichte zorg.

Het multidisciplinaire team verkent de hulpvraag van de cliënt ten aanzien van verplichte zorg en opname. Indien noodzakelijk wordt de procedure in gang gezet om een zorgmachtiging aan te vragen. In deze zorgmachtiging staat welke vormen van verplichte zorg de zorgverleners kunnen toepassen. In situaties waarin de tijd ontbreekt om een zorgmachtiging aan te vragen kan verplichte zorg en opname plaatsvinden op basis van een crisismaatregel. Voor het einde van de crisismaatregel dient een verzoek te zijn ingediend bij de rechter voor een zorgmachtiging (indien verplichte zorg nog steeds nodig is).







## 13. Kwaliteit, cliënttevredenheid en inspraak

### Kwaliteit en cliënttevredenheid meten

Het is voor de expertisecentra NAH+ belangrijk om de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid te monitoren. In de kwaliteitskaders van de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg en de langdurige GGZ wordt het belang hiervan benadrukt:

- Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 benoemt dat het belangrijk is dat zorgaanbieders regelmatig evalueren wat goede zorg en kwaliteit van zorg is. Geadviseerd wordt daarom om een kwaliteits(verbeter)cyclus in te stellen die zorgaanbieders helpt afspraken te maken over goede zorg en te onderzoeken of die afspraken zijn gehaald.
- Het Generiek Kompas voor verpleeghuiszorg uit 2024 benoemt ook dat het belangrijk is om regelmatig te evalueren hoe het binnen de organisatie gaat. Er wordt benoemd dat het monitoren van de kwaliteit van zorg nodig is om vast te stellen of deze verbeterd moet worden.
- In het Kwaliteitskader Woonzorg in de Langdurige GGZ 2024-2027 wordt eveneens benadrukt dat het belangrijk is dat organisaties systematisch monitoren en evalueren hoe de herstel ondersteunende zorg vorm krijgt en wat de kwaliteit van de woonzorg is.

Vanwege de belangrijke rol van naasten bij NAH+ is het zinvol om bij onderzoek naar de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid ook de ervaringen van naasten te onderzoeken. Het kan een uitdaging zijn om voor dit soort onderzoek geschikte instrumenten te vinden die goed aansluiten bij de specifieke situatie van cliënten en naasten met NAH+. Toch zijn er wel passende instrumenten te vinden; in de Monitor NAH+ die vanuit het Expertisecentrum NAH+ wordt uitgevoerd worden bijvoorbeeld de Quality of Life After Brain Injury (QOLIBRI) en de Caregiver Burden Scale (CBS) gebruikt. Daarnaast kunnen expertisecentra ook zelf vragen opstellen die passen bij de specifieke zorgthema's die zij willen evalueren.

### Inspraak

Het is voor de zorgorganisaties van de expertisecentra NAH+ wettelijk verplicht om een cliëntenraad in te stellen. Hierin worden (ook) de belangen van cliënten met NAH+ binnen de centra behartigd. Ook binnen de zorg voor individuele cliënten dient inspraak van cliënten en hun naasten te worden gewaarborgd.

Daarnaast is inspraak op het niveau van de Vereniging Expertisenetwerk NAH+ en het Kenniscentrum NAH+ belangrijk. Daarvoor heeft de afgelopen jaren een klankbordgroep, bestaande uit cliënten en naasten, gefunctioneerd. In 2026 zal de inspraak van deze groep cliënten en naasten verder geformaliseerd worden door het vormen van een adviesraad die formeel advies kan geven en aanbevelingen kan doen. Elk REC en DEC wordt uitgenodigd om een cliënt of naaste in de adviesraad af te vaardigen en er wordt actief gestreefd naar representatie vanuit elke lid-instelling.







## 14. Wetenschappelijk onderzoek en kennisinfrastructuur

Het Expertisenetwerk NAH+ bestaat uit REC's, DEC's en het Kenniscentrum NAH+. Het Kenniscentrum NAH+ is ingericht om de gezamenlijke kennisontwikkeling ten bate van de zorg voor mensen met NAH+ mogelijk te maken. De [kennisagenda](#) wordt elke 4 jaar vastgesteld.

Het Kenniscentrum NAH+ ontwikkelt scholing in samenwerking met en voor de medewerkers die werkzaam zijn in de REC's en DEC's, entameert onderzoek ten bate van de optimalisering van de zorg voor mensen met NAH+, ontwikkelt kennisproducten en handreikingen en draagt bij aan richtlijnontwikkeling ten bate van de doelgroep mensen met NAH+.

Onder de vlag van het Kenniscentrum NAH+ opereren verschillende werkgroepen, die zich inhoudelijk op verschillende thema's richten, denk aan de werkgroep onderzoek en de werkgroep scholing. Voor actuele ontwikkelingen kunnen tijdelijke of langlopende werkgroepen worden ingericht.

De REC's en DEC's worden uitgenodigd deel te nemen aan deze werkgroepen en hier mensen in af te vaardigen. Van de DEC's wordt een toonaangevende rol verwacht in de kennisontwikkeling, doordat zij onderzoek plaatsen realiseren en een actieve rol spelen in de vormgeving van de scholing. De REC's kunnen op basis van hun expertise en capaciteit eveneens hun rol pakken in het realiseren van de kennisinfrastructuur. De brochure '[Bouwen aan de kennisinfrastructuur](#)' biedt hiervoor aanknopingspunten.

De NAH+ doelgroep maakt deel uit van de Laag Volume, Hoog Complexe doelgroepen. Om kennis te kunnen genereren en delen is de samenwerking tussen de REC's en DEC's van groot belang: immers, elke REC en DEC heeft slechts een beperkt aantal cliënten. In de bekostiging van de zorg is daarom ook een kenniscomponent opgenomen, zodat samen kan worden gewerkt aan kennisdeling, innovatie, implementatie, onderzoek en scholing.



