



Ambulantisering van VG3/VG4 en omvormen van vrijgekomen plekken naar VG7-plekken

Een onderzoek naar impact, haalbaarheid en
randvoorwaarden

Rapportage

Melanie Knieriem
Ellen Schipper
Izel Yildirim

April 2026

 **EQUALIS**
VINTURA

Managementsamenvatting

Aanleiding: waarom deze transities nodig zijn

De gehandicaptenzorg staat voor twee grote opgaven: **ambulantisering van VG3/VG4-cliënten** en het **creëren van voldoende, veilige VG7-plekken**. Beide bewegingen komen voort uit de sterk stijgende zorgvraag voor complexe doelgroepen, personeelsschaarste, druk op intramurale capaciteit en landelijke beleid dat inzet op inclusie en eigen regie.

Ambulantiseren: wat nodig is om het te laten slagen

Ambulantisering is haalbaar voor een deel van de doelgroep. Een **persoonsgerichte beoordeling** is daarbij belangrijker dan de formele indicatie: zelfstandigheid, stabiliteit, daginvulling, netwerk en risicofactoren bepalen of ambulant wonen verantwoord is. Voor deze doelgroep is ambulantisering haalbaar maar alleen **wanneer cliënt, professional, organisatie en omgeving tegelijk aan de juiste randvoorwaarden voldoen**. De belangrijkste voorwaarden zijn: stabiele en deskundige teams, voldoende passende woningen, goede medische toegankelijkheid in de wijk, hybride ondersteuning en een stevig sociaal netwerk. De grootste knelpunten zijn het woningtekort, beperkte medische capaciteit in de wijk en onduidelijke structurele bekostiging voor nacht- en ongeplande zorg. Wanneer randvoorwaarden op orde zijn, **leidt ambulantisering tot meer eigen regie, hogere tevredenheid en doelmatiger gebruik van intramurale capaciteit**. Ontbreken ze, dan nemen terugval, incidenten en teamoverbelasting toe.

Voldoende VG7 plekken: wanneer het verantwoord en haalbaar is

Omvorming van vrijkomende VG3/VG4-woningen naar VG7-plekken blijkt niet vanzelfsprekend en daarom is **gebruik van het woord omvorming niet passend**. De meeste **huidige locaties** zijn fysiek, organisatorisch en personeelsmatig **onvoldoende geschikt** om zwaardere doelgroepen veilig en stabiel te ondersteunen. VG7-zorg vraagt een kleinschalige, veilige omgeving, nauwe inbedding van behandeling, gespecialiseerde teams en nabijheid. Veel **bestaande gebouwen missen noodzakelijke elementen** zoals zichtlijnen, individuele sanitair, veilige routing of uitbreidingsmogelijkheden. De personele eisen zijn hoog en teamstabiliteit is cruciaal. Verbouwen brengt daarnaast substantiële frictiekosten met zich mee (vastgoedaanpassingen, teamopbouw, tijdelijke leegstand). Haalbaarheid ontstaat pas wanneer locatie, team en omgeving tegelijk op orde zijn.

Conclusie: wat dit vraagt van de sector

Ambulantisering en creëren van voldoende VG7-plekken zijn twee verschillende transities met elk een eigen dynamiek en koers. Ambulantisering is een landelijke, gewenste beweging die vraagt om zorgvuldige cliëntselectie, stabiele teams, digitale ondersteuning en goede wijkrandvoorwaarden. Omvorming is een strategische, zwaardere opgave gericht op het creëren van passende en toekomstbestendige VG7-plekken — soms door nieuwe locaties te ontwikkelen, soms door oude te sluiten. **Beide transities vragen een omslag van bestuur tot teamniveau: niet optimaliseren binnen bestaande structuren, maar werken vanuit nieuwe kaders en nieuwe concepten.**

Leeswijzer

Het rapport schetst zowel een landelijke beeld als detailinzichten voor de regio Utrecht

Dit rapport is als volgt gestructureerd:

- \\ **Hoofdstuk 1** beschrijft de aanleiding van het onderzoek en de centrale vraag. Daarbij gaan we in op de huidige uitdagingen, de inzichten die de VGU wil verkrijgen en de vraag aan Equalis.
 - \\ **Hoofdstuk 2** licht de aanpak van het onderzoek toe.
 - \\ **Hoofdstuk 3** presenteert de belangrijkste inzichten uit de deskresearch. Aan de hand van 37 documenten worden de landelijke ontwikkelingen rond ambulantisering en omvorming samengevat.
 - \\ **Hoofdstuk 4** bevat de inzichten uit de interviews in de regio Utrecht. Aan de hand van de perspectieven cliënt, zorgprofessional, organisatie en omgeving worden de belangrijkste inzichten, randvoorwaarden, knelpunten en succesfactoren toegelicht die van invloed zijn op ambulantisering. Het hoofdstuk sluit af met een good practice en een uitspraak over de haalbaarheid en impact van (verdere) ambulantisering in de regio.
 - \\ **Hoofdstuk 5** behandelt de inzichten uit de interviews over het creëren van nieuwe VG7-plekken. Dit hoofdstuk beschrijft een good practice voor het creëren van nieuwe VG7-plekken en sluit af met een uitspraak over de impact en haalbaarheid van omvorming in de regio.
 - \\ **Hoofdstuk 6** bevat de conclusie, ons advies en de belangrijkste aanbevelingen.
- In de bijlage staan alle opgehaalde *good practices* kort beschreven, evenals de interviewleidraad, de geïnterviewde VGU-leden, de geanalyseerde rapporten en de lijst met afkortingen.



Inhoudsopgave

- 1 Aanleiding en vraag
- 2 Aanpak
- 3 Inzichten deskresearch: landelijk beeld
- 4 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Ambulantiseren
- 5 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Creëren voldoende VG7-plekken
- 6 Conclusie en aanbevelingen

De VGU wil inzicht in de impact, haalbaarheid en randvoorwaarden van het ambulantisieren van VG3- en VG4-plekken en het omvormen van deze plekken voor VG7

Situatie: toename zorgvraag en wens tot ambulantisering

- De komende jaren stijgt de vraag naar gehandicaptenzorg. Dit komt vooral door een toename van cliënten met een intensieve ondersteuningsbehoefte (VG7-indicatie). Hierdoor komt de capaciteit in de sector steeds meer onder druk te staan¹.
- Tegelijk blijkt dat de huidige verdeling en inrichting van zorgplekken onvoldoende aansluiten bij de toename van complexere en zwaardere zorgvragen. Om toekomstbestendige zorg te kunnen blijven bieden, zijn aanpassingen nodig².
- Parallel zet Nederland in op een meer inclusieve samenleving, waarin mensen met een beperking, waar mogelijk, in hun eigen omgeving kunnen wonen en deelnemen. Dat beleid stimuleert ambulante woon- en begeleidingsvormen³.
- In dit licht is de ambulantisering van VG3- en VG4-plekken een belangrijk uitgangspunt. Het benutten en omvormen van mogelijk vrijkomende VG3/VG4-plekken naar VG7-plekken biedt kansen om beter aan te sluiten op de toenemende vraag naar zwaardere zorg en beschikbare capaciteit efficiënter in te zetten.

Uitdaging 1: ambulantisering VG3 en VG4

- Het ambulantisieren van cliënten met een VG3/VG4-indicatie leidt tot belangrijke veranderingen en uitdagingen voor cliënt, mantelzorger, professional en organisatie.
- Hoe bepalen organisaties welke cliënten in een meer zelfstandige woonvorm kunnen wonen en voor welke groepen dit niet mogelijk is?
- Ook speelt de vraag in hoeverre de voorzieningen in de wijk voldoende zijn toegerust om ambulante zorg te ondersteunen en welke randvoorwaarden nodig zijn.
- Daarnaast vraagt meer ambulante werken van professionals mogelijk om andere vaardigheden en organisatievormen.

Uitdaging 2: omvorming woningen

- Het omvormen van VG3/VG4-plekken naar VG7-plekken heeft eveneens grote impact. Daarbij is het van belang te verkennen welke expertise, infrastructuur en veiligheidsmaatregelen nodig zijn om zwaardere zorg verantwoord te kunnen bieden, en of de huidige bekostiging hier voldoende op aansluit of dat aanpassingen wenselijk zijn.
- Ook moet onderzocht worden hoe deze omvorming daadwerkelijk kan bijdragen aan een betere aansluiting op de groeiende vraag naar intensieve zorg en welke mogelijkheden dit biedt om de zorg efficiënter en toekomstbestendiger te organiseren.

Vraag aan Equalis: analyse van de (on)mogelijkheden

- De VGU wil inzicht krijgen in de impact, haalbaarheid en randvoorwaarden van deze transitie. Daarom vraagt de VGU aan Equalis om onderzoek te doen naar:
 - De (on)mogelijkheden van ambulantisering
 - De (on)mogelijkheden van het omvormen van vrijgekomen plekken
 - De belangrijkste knelpunten en succesfactoren
 - Bestaande best practices
 - Lessen die uit andere sectoren kunnen worden getrokken
- Daarnaast wordt gevraagd om op basis hiervan concrete aanbevelingen te formuleren.
- Met deze verkenning wil de VGU een helder beeld krijgen van de ervaringen van de aangesloten zorgorganisaties. De verzamelde inzichten helpen om beter grip te krijgen op de transitie, de aanpak verder aan te scherpen en kansen beter te benutten. Ook leidt het tot een realistischer beeld van de haalbaarheid, de randvoorwaarden die nodig zijn en de resultaten die verwacht mogen worden.

Inhoudsopgave

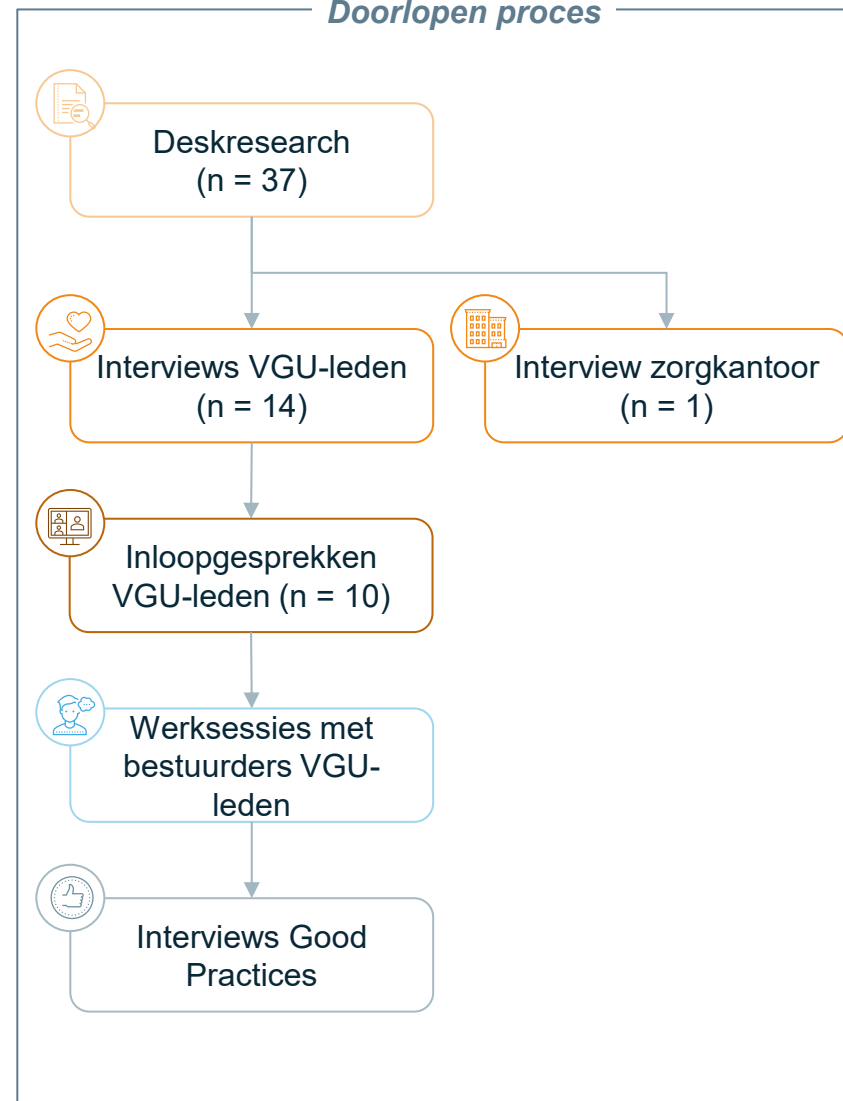
- 1 Aanleiding en vraag
- 2 Aanpak
- 3 Inzichten deskresearch: landelijk beeld
- 4 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Ambulantiseren
- 5 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Creëren voldoende VG7-plekken
- 6 Conclusie en aanbevelingen

Voor een zorgvuldige en onderbouwde analyse van de impact van de transitie zijn deskresearch, interviews en werksessies met leden van de VGU uitgevoerd

Zowel cijfermatige, beleidsmatige inzichten en praktische ervaringen zijn tijdens het onderzoek in beeld gebracht

- Deskresearch is uitgevoerd om bestaande informatie te verzamelen over de ambulantisering van VG3- en VG4-plekken en de omvorming naar VG7-plekken. Rapporten, beleidsdocumenten en andere openbare bronnen zijn geanalyseerd om inzicht te krijgen in de impact, randvoorwaarden, kansen en (on)mogelijkheden van zowel beide transitie. Ook is gekeken naar succesfactoren uit *good practices* en lessen uit andere sectoren, zoals de VVT en GGZ.
- De deskresearch bestond uit gerichte Google-zoekopdrachten en de sneeuwbalmethode. Er is gezocht naar beleidsdocumenten, rapportages en onderzoeken van o.a. VWS, NZa, CIZ, VGN en diverse kennisinstituten. Via de sneeuwbalmethode zijn aanvullende bronnen verzameld door vanuit relevante documenten door te klikken naar geciteerde en verwante publicaties. In totaal zijn 37 documenten geanalyseerd (zie [bijlage D](#)).
- Daarnaast zijn interviews uitgevoerd met alle 14 VGU-leden. Zij zijn via de VGU benaderd, met vooraf aangegeven voorkeur voor functies zoals bestuurders, controllers en (project)managers vastgoed. Vanwege de complexiteit van het onderwerp en het belang van meerdere perspectieven zijn medewerkers met uiteenlopende rollen gesproken. De organisaties bepaalden zelf wie zij afvaardigden. Daarnaast zijn twee inloopgesprekken georganiseerd voor controllers en (project)managers vastgoed/huisvesting, gericht op de financiële en huisvestingsimpact. Ook is een interview gehouden met het zorgkantoor van Zilveren Kruis. Verder zijn twee interviews afgenomen met organisaties die gelden als *good practice*: één op het gebied van ambulantisering en één rond plekken voor VG7-cliënten (zie [bijlage C](#)).
- Tot slot is een werksessie georganiseerd met de VGU-leden om te reflecteren op de voorlopige bevindingen uit de interviews en enkele discussiepunten voor de rapportage te bespreken.
- De interviewleidraad (zie [bijlage B](#)) is opgesteld op basis van de deskresearch en afgestemd met de VGU. De interviews zijn opgenomen, via Microsoft Teams getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd om de kerninzichten te identificeren.

Doorlopen proces



Inhoudsopgave

- 1 Aanleiding en vraag
- 2 Aanpak
- 3 Inzichten deskresearch: landelijk beeld
- 4 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Ambulantiseren
- 5 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Creëren voldoende VG7-plekken
- 6 Conclusie en aanbevelingen

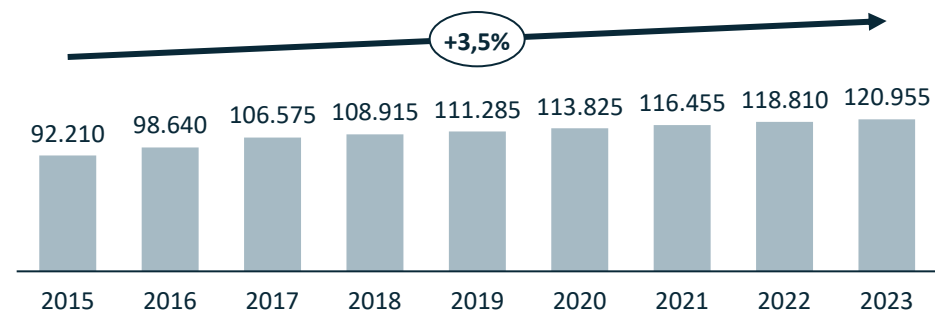
De toenemende knelpunten in de VG7-zorg maken aanvullende oplossingen noodzakelijk; ambulantisering is één van de mogelijke richtingen

Kan ambulantisering een oplossing zijn om de groeiende VG7-zorgvraag op te vangen?

- In de komende jaren neemt de vraag naar gehandicaptenzorg verder toe, met name door de groei van cliënten met een zwaardere zorgvraag (VG7-indicatie).
- Tegelijkertijd kampt de gehandicaptenzorg al langere tijd met structurele knelpunten. Er is sprake van een krappe arbeidsmarkt, structureel hoog ziekteverzuim, beperkte mogelijkheden voor de inzet van zzp'ers en een toenemende complexiteit van zorgvragen. Daarnaast is er een tekort aan geschikte woonvoorzieningen. De combinatie van een groeiende zorgvraag en deze aanhoudende knelpunten leidt tot een breed tekort aan zowel personeel als passende huisvesting². Het Zorgkantoor berekende eerder al dat het tekort aan VG-plekken in de regio Utrecht groeit van 115 in 2027 naar 350 in 2029.
- Deze ontwikkelingen zetten de beschikbare capaciteit in de sector onder druk en maken duidelijk dat de huidige inrichting van de zorg onvoldoende aansluit bij de toekomstige zorgbehoefte en dat aanpassingen noodzakelijk zijn³.
- Een mogelijke aanpak om toekomstige tekorten te verkleinen, is verdere ambulantisering van cliënten met een VG3- en VG4-indicatie. Door het vergroten van de ambulante woon- en begeleidingsmogelijkheden voor deze groepen ontstaat er mogelijk ruimte om voormalig intramurale VG3/4-woningen om te vormen tot passende woonvoorzieningen voor cliënten met een zwaardere VG7-zorgvraag. Bovendien stimuleert ambulantisering de betrokkenheid van het sociale netwerk en vermindert de belasting van zorgpersoneel³. Hierdoor kan de beschikbare capaciteit efficiënter worden benut en kan er beter worden aangesloten bij de veranderende zorgbehoefte. In dit onderzoek kijken we of deze gedachte in de praktijk ook uitvoerbaar is.

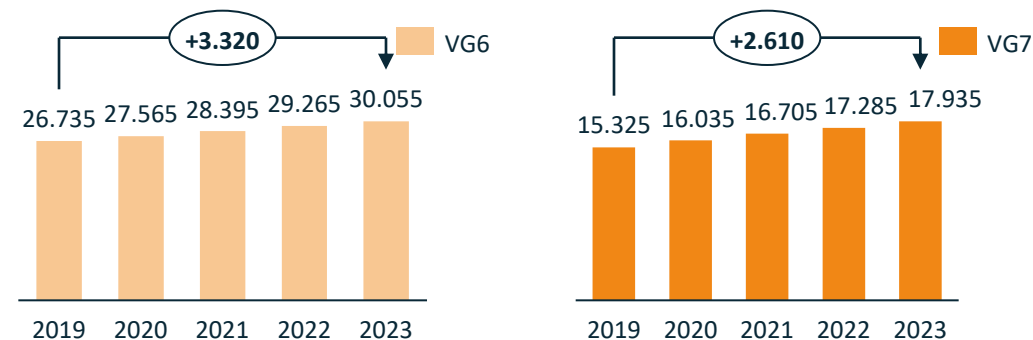
Tussen 2015 en 2023 is het aantal personen met een VG-indicatie gemiddeld met 3,5% per jaar gegroeid

Totaal aantal personen met een VG-indicatie¹



In absolute aantallen zien we een toename van 3.320 personen met een VG6-indicatie en 2.610 personen met een VG7-indicatie

Totaal aantal personen met een VG6- en VG7-indicatie¹



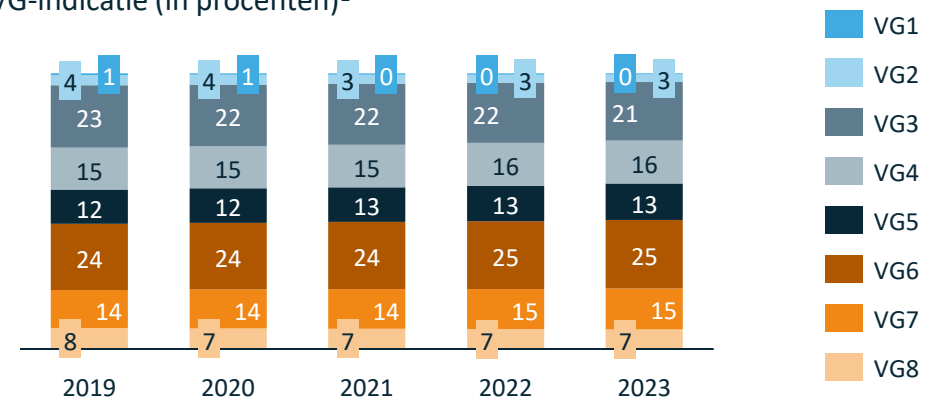
Ambulantisering sluit aan bij landelijke afspraken, zoals het Landelijk Akkoord Gehandicaptenzorg, waarin eigen regie en zo zelfstandig mogelijk wonen centraal staan

Ambulantiseren van VG3- en VG4-indicaties is in lijn met de landelijke beleidsafspraken

- De focus ligt daarbij op VG3- en VG4-indicaties omdat dit momenteel de laagste verblijfsindicaties zijn. Sinds 2014 zijn de VG1- en VG2-indicaties vervallen en zijn cliënten met deze indicaties onder andere doorgestroomd naar de Wmo of geïndiceerd voor zwaardere zorg². Binnen de VG3- en VG4-groepen worden de meeste mogelijkheden gezien voor zelfstandig of begeleid wonen in de wijk. Wanneer deze cliënten vaker ambulant kunnen wonen, ontstaat ruimte binnen de intramurale capaciteit voor de zwaardere doelgroepen³.
- Deze beweging is niet alleen noodzakelijk vanuit capaciteitsvraagstukken, maar sluit ook aan bij landelijke beleidskaders zoals het Landelijk Akkoord Gehandicaptenzorg en de bredere beweging naar ‘de juiste zorg op de juiste plek’. Deze beleidlijnen stimuleren meer ambulante, op eigen regie gerichte woon- en begeleidingsvormen en een doelmatiger gebruik van intramurale capaciteit. In het Landelijk Akkoord wordt benadrukt dat “elke cliënt die dat aankan een zo zelfstandig mogelijke, eigen veilige plek in de samenleving krijgt”.
- Ambulantisering vormt daarmee zowel een antwoord op de oplopende capaciteitsdruk als een gewenste stap richting toekomstbestendige zorg: zorg die aansluit bij de behoeften van cliënten en waarin mensen met een beperking zoveel mogelijk kunnen meedoen in de samenleving en een betekenisvol eigen leven kunnen leiden, ongeacht de zwaarte van hun beperking.

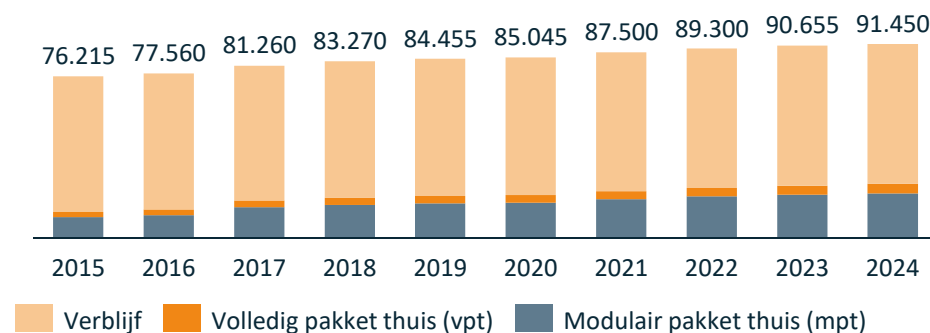
Het aandeel personen met een VG-indicatie 4, 5, 6 en 7 neemt toe, terwijl het aandeel met een indicatie 1, 2 en 3 afneemt

Aandeel VG-indicatie (in procenten)¹



Hoewel het aantal MPT- en VPT-indicaties toeneemt, blijft dit beperkt in vergelijking met het aantal verblijfsindicaties

Aantal personen met indicatie per leveringsvorm (in aantallen)¹



Ambulantisering kan op verschillende manieren worden ingevuld, maar heeft altijd impact op de organisatie, de medewerkers en de cliënten

Ambulantiseren vraagt om anders organiseren, anders begeleiden en anders wonen¹

- \ Ambulantisering betekent dat cliënten, wanneer dit verantwoord is, niet langer intramuraal wonen maar in een meer zelfstandige woonomgeving met passende begeleiding. De ondersteuning verschuift daarmee van de instelling naar de leefomgeving van de cliënt.
- \ Ambulantisering kan verschillende vormen aannemen, zoals begeleid wonen in de wijk, zelfstandig wonen in een studio of appartement, of wonen in kleinschalige huizen in de buurt. Deze beweging brengt veranderingen met zich mee voor **organisaties**, **medewerkers** en **cliënten**.

De organisatie beweegt van de instelling naar de leefomgeving



- \ Intramurale woonvormen worden afgebouwd of anders ingezet voor cliënten voor wie dat passend is, tenzij de sociale context vraagt om behoud van de huidige setting. Processen, ondersteuning en het zorgaanbod worden meer ingericht op ambulante werken.
- \ Dit vraagt nauwere samenwerking met gemeenten, wijkteams, andere zorgprofessionals en ouders, omdat ondersteuning veel meer plaatsvindt in de leefomgeving van cliënten.

Cliënten meer regie in de eigen leefomgeving



- \ Cliënten krijgen meer eigen regie, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid in het dagelijks leven.
- \ Daarnaast wordt vaker een beroep gedaan op hun eigen netwerk, omdat begeleiding minder continu aanwezig is en meer aansluit op de daadwerkelijke leefomgeving.

De professional in een nieuwe rol



- \ Medewerkers werken vaker in de wijk, alleen of in kleine teams, en bieden meer individuele begeleiding in uiteenlopende thussituaties.
- \ Het werken in de wijk vraagt andere vaardigheden, zoals het inzetten van technologie, coachen en het aanleren van vaardigheden. De rol verschuift van “zorgen vóór” naar “ondersteunen van”.

Voor duurzame ambulantisering kunnen we leren van de GGZ en VVT: stabiele teams, landelijke aansturing en robuuste crisiszorg zijn onmisbare randvoorwaarden

Toegankelijke medische zorg, passende woningen, stabiele teams en technologie zijn cruciale randvoorwaarden¹

- \ Ambulantisering vereist goed toegankelijke en regionaal geborgde medische zorg, ondersteund door digitale middelen voor monitoring, dagstructuur en snelle bereikbaarheid. Passende woningen in de wijk en samenwerking met woningcorporaties zijn noodzakelijk om doorstroom mogelijk te maken. Daarnaast vraagt ambulantisering om stabiele, deskundige teams, voldoende financiële middelen voor woningaanpassingen en technologie, en een stevig sociaal netwerk die deze vorm van ondersteuning kunnen dragen. Veel van deze randvoorwaarden zien we terug in andere sectoren waar ambulantisering (of extramuralisering) al eerder is doorgevoerd. Er zijn waardevolle lessen te trekken uit deze sectoren.

Leer van de GGZ: borg stabiliteit, acceptatie en robuuste crisiszorg



- \ De GGZ heeft jarenlange ervaring met ambulantisering, maar laat zien dat succes sterk afhankelijk is van wijkacceptatie, stabiele teams, en een robuuste keten rond crisis- en acute zorg.
- \ Tegelijkertijd is de doelgroep in de GGZ anders: de focus ligt meer op stoornisbehandeling dan op langdurige ondersteuning.

Overkoepelende inzichten: zorg voor de goede context



- \ Net als de VG-sector kampen ook de GGZ en VVT met personeelstekorten, druk op huisvesting, complexere doelgroepen en een groeiende behoefte aan digitale ondersteuning.
- \ De belangrijkste les uit beide sectoren is dat ambulantisering alleen duurzaam kan worden gerealiseerd wanneer regie, woningen, zorgteams, technologie en samenwerking gelijktijdig en structureel worden geborgd.

Benut wat werkt in de VVT: duidelijke landelijke opgave



- \ De VVT-sector laat juist zien dat 'langer thuis' wonen kan slagen wanneer er duidelijke landelijke doelen, harde bouwopgaven, samenwerking met corporaties en stevige regie zijn.
- \ Dankzij gezamenlijke woonzorgvisies, investeringen in technologie en wijkvoorzieningen én integrale afspraken tussen gemeenten, zorgorganisaties en woningcorporaties kon opschaling plaatsvinden.

Het creëren van voldoende VG7-plekken kan alleen verantwoord plaatsvinden als de randvoorwaarden, teams, woonomgeving en veiligheid zorgvuldig worden georganiseerd

Omvormen vraagt een andere basis zodat de complexe doelgroep veilig en passend kan worden ondersteund¹

- \ Het creëren van voldoende VG7-woningen kan een effectieve en bewuste strategie zijn om beter aan te sluiten op de groeiende vraag naar intensieve en complexe zorg. Wanneer cliënten met een VG3- of VG4-indicatie vaker ambulant kunnen wonen, komen mogelijk intramurale plekken vrij voor VG7-cliënten.
- \ Om deze transitie verantwoord uit te voeren, moeten verschillende randvoorwaarden zorgvuldig worden ingevuld. Wanneer deze randvoorwaarden niet ingericht zijn kan dit leiden tot onrust, incidenten, overbelasting van medewerkers en weerstand in de omgeving.

De fysieke omgeving moet worden aangepast aan de complexere zorgbehoefte



- \ Om deze transitie verantwoord uit te voeren, moeten de randvoorwaarden zorgvuldig worden ingevuld. De fysieke omgeving moet worden aangepast aan de complexere zorgbehoeften van VG7-cliënten.
- \ VG7-cliënten hebben een kleinschalige, passende leefomgeving nodig om overprikkeling te voorkomen. Begeleiders moeten continu en direct nabij zijn. De omgeving moet optimaal aansluiten bij de grote gevoeligheid van de cliënt voor een passende zorgcontext.

De opbouw van woongroepen en teamstabiliteit vragen zorgvuldige afstemming



- \ Ook de samenstelling en grootte van woongroepen verdienen aandacht, zowel in de woonomgeving als in school, dagbesteding of werk. Vaak is het niet mogelijk om een geheel nieuwe groep om een VG7-cliënt heen te vormen, waardoor vaak moet worden gewerkt met bestaande groepssamenstellingen.
- \ Een stabiel team met vaste gezichten is essentieel voor vertrouwen, hechting en veiligheid, denk hierbij aan zoveel mogelijk dezelfde gezichten en werkwijzen maar ook de emotionele stabiliteit van zorgverleners speelt hierbij een belangrijke rol.

Zorgverleners hebben back-up, risico-inventarisatie en coaching nodig



- \ Ook voor zorgverleners moet een veilige werkomgeving worden gecreëerd. Dit betekent dat randvoorwaarden zoals back-up vanuit nabijgelegen teams, steun van leidinggevenden en een zorgvuldige risico-inventarisatie voor elke VG7-cliënt geregeld moeten zijn. Er moeten duidelijke afspraken zijn over hoe te handelen bij (dreigende) escalaties.
- \ Daarnaast vraagt de doelgroep om specifieke expertise en competenties voor het omgaan met probleemgedrag, evenals ondersteuning en coaching. De zwaarte van de zorgvraag maakt dat medewerkers een hoge belasting ervaren.

1) De resultaten op deze pagina presenteren een integraal beeld op basis van alle documenten die in de deskresearch zijn meegenomen; zie ook [bijlage D](#).

Inhoudsopgave

- 1 Aanleiding en vraag
- 2 Aanpak
- 3 Inzichten deskresearch: landelijk beeld
- 4 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Ambulantiseren
- 5 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Creëren voldoende VG7-plekken
- 6 Conclusie en aanbevelingen

! Disclaimer

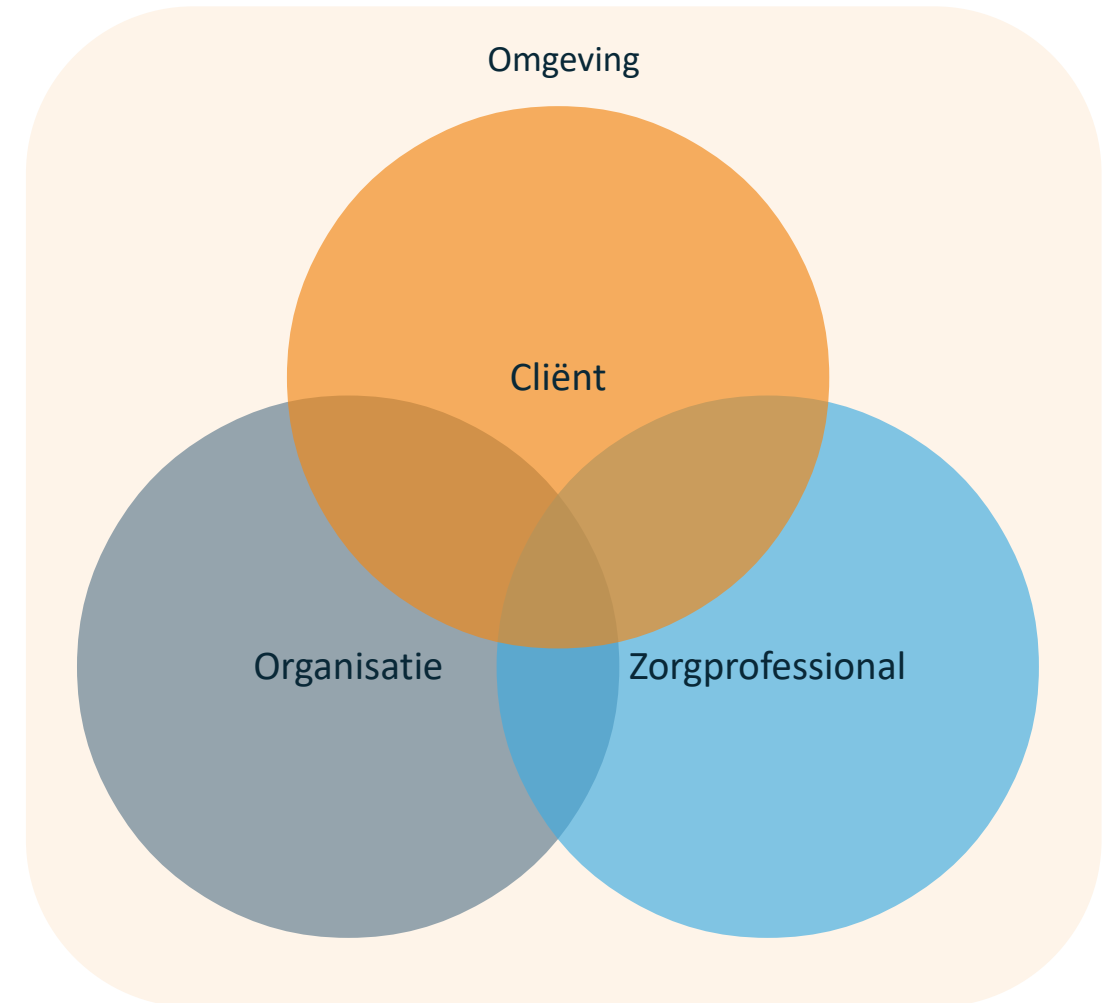
Bij het opstellen van dit rapport is gebruikgemaakt van zowel deskresearch als interviews. Omdat enkele inzichten uit beide bronnen voortkomen, kan er sprake zijn van overlap waardoor bepaalde bevindingen mogelijk dubbel worden weergegeven.

Voor een succesvolle transitie in ambulantisering en voldoende VG7-plekken vraagt verandering op vier elementen: cliënt, zorgprofessional, organisatie en omgeving

Een duurzame beweging voor zowel ambulantisering en het creëren van voldoende VG7-plekken vraagt om een integrale benadering. Uit de interviews blijkt dat de transitie alleen kan slagen wanneer vier elementen voldoende sterk en op elkaar afgestemd zijn: de cliënt, de zorgprofessional, de organisatie en de omgeving. Elk onderdeel heeft een eigen rol en in balans versterken ze elkaar en ontstaat ruimte om veilig, haalbaar en schaalbaar te veranderen.

- \ **Cliënt** → bepaalt haalbaarheid van ambulantisering/omvorming
 - (complexiteit van de zorgvraag, mate van hospitalisatie, vaardigheden, dagstructuur, netwerk, (medische) risico's)
- \ **Zorgprofessional** → maakt het uitvoerbaar
 - (veranderingsbereidheid, passie, competenties, regie op lange lijn, digitale zorg)
- \ **Organisatie** → zorgt voor de randvoorwaarden, in samenwerking
 - (huisvesting, financiën, visie (lef), innovatie, afwegingskader)
- \ **Omgeving** → maakt schaal/continuïteit mogelijk
 - (maatschappelijk draagvlak, samenwerking met corporaties, gemeenten, huisartsen, zorgkantoor, beschikbare woningen)

Aan de hand van dit model werken we per element (cliënt, zorgprofessional, organisatie en omgeving) de interviewinzichten voor ambulantisering en omvorming afzonderlijk uit.



Conceptueel model voor de duiding van ambulantisering en omvorming

Hoewel ambulantisering geen vaste definitie kent en in verschillende vormen voorkomt, draait de beweging steeds om meer zelfstandigheid

Ambulantisering in de gehandicaptenzorg houdt in dat cliënten, wanneer dit verantwoord en passend is, niet langer intramuraal wonen, maar in een meer zelfstandige woonomgeving met passende begeleiding. Zorg wordt daarbij zoveel mogelijk buiten de instelling georganiseerd, bij voorkeur in een eigen woning of in een passende woonruimte in de wijk. Het gaat om een beweging waarbij VG-cliënten meer zelfstandig en in hun eigen leefomgeving worden ondersteund. Ambulantisering kan verschillende vormen aannemen, zoals begeleid wonen in de wijk, zelfstandig wonen in een studio of appartement, of kleinschalig wonen met andere cliënten.

In de interviews wordt deze definitie herkend. Wel worden aanvullende varianten genoemd, zoals **geclusterd of gespikkeld wonen, pantoffelwoningen, community living en VPT-constructies binnen appartementencomplexen**. Daarnaast benoemen organisaties dat ambulantisering niet alleen een andere woonplek betekent, maar ook een **andere manier van organiseren en ondersteunen**: minder fysieke nabijheid, meer planmatige begeleiding en een sterker beroep op digitale of hybride ondersteuning.

Ambulantisering kan betrekking hebben op twee groepen cliënten

- \ Nieuwe cliënten: vanaf de start beoordelen of ambulant wonen (al dan niet geclusterd) passend en veilig is.
- \ Bestaande intramurale cliënten: onderzoeken of een (gedeeltelijke) overgang naar een zelfstandiger woonvorm haalbaar is, stapsgewijs en met behoud van veiligheid, stabiliteit en kwaliteit van leven. Voor cliënten die al jarenlang intramuraal wonen wordt dit in de interviews als lastiger gezien, onder andere door hospitalisatie en sterke afhankelijkheid.

Ambulantisering omvat nadrukkelijk twee bewegingen

- \ Het verplaatsen van zorg: van intramuraal naar ambulant wonen, waar dit passend en veilig is.
- \ Het anders organiseren van zorg: gericht op meer eigen regie, minder continue nabijheid en slimmer georganiseerde ondersteuning, bijvoorbeeld via taakdifferentiatie, inzet van technologie en een andere vorm van bereikbaarheid.

Uitgangspunten bij ambulantisering

- \ Ambulantisering betekent niet automatisch dat cliënten zelfstandig huren; ook wonen in een door de zorgorganisatie aangeboden ruimte kan ambulant zijn wanneer de ondersteuning anders wordt georganiseerd. De kern is niet de plek, maar de verschuiving van intramuraal wonen naar anders georganiseerd toezicht en ondersteuning.
- \ De doelgroep is breder dan alleen VG3/VG4: ook delen van VG5 en VG6, en soms zelfs VG7, kunnen ambulant wonen wanneer hun profiel, risico's, netwerk en ondersteuning dit toelaten. Daarbij is niet de indicatie, maar de feitelijke ondersteuningsbehoefte leidend.

Voor alle elementen zijn inzichten en benodigde randvoorwaarden voor ambulantisering in kaart gebracht, deze moeten in samenhang worden opgepakt

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|---|
| Client p. 18-20 | De geschiktheid voor ambulantisering is persoons- en contextafhankelijk, niet indicatie-gedreven | Jongere cliënten hebben andere ondersteunings-behoeften dan oudere cliënten | Herkenning van risico's en tijdige ondersteuning zijn cruciaal om ontregeling te voorkomen | Duidelijke verwachtingen richting verwanten zijn essentieel | |
| Zorg-professional p. 21-22 | Ambulantisering vraagt om een andere professionele rol | Er moet nog actiever samengewerkt worden met de bredere keten en het netwerk | Ambulantisering vraagt nieuwe competenties voor hybride en wijkgericht werken | Teamstabiliteit en slimme inzetbaarheid zijn essentieel | |
| Organisatie p. 23-25 | De VGU-leden verschillen in visie op ambulantisering | Ambulantisering vraagt een fundamenteel andere manier van werken en organiseren | Een organisatiebrede keuze voor ambulantisering is noodzakelijk | Heldere financiële randvoorwaarden zijn noodzakelijk vóór besluitvorming | |
| | Opschaalbare ondersteuning moet aanwezig zijn als veiligheidsmechanisme | De vastgoedrol vraagt om een zorgvuldige afweging, omdat deze niet vanzelfsprekend past bij elke organisatie | | | |
| Omgeving p. 26-28 | Maatschappelijke acceptatie van de omgeving is cruciaal | Ambulantisering gaat niet alleen over een woning, maar over de totale wijkcontext | De toegankelijkheid van medische ondersteuning in de wijk is bepalend voor de haalbaarheid van ambulantisering | Schaarste in woningen, personeel en huisartsen dwingt tot realistische keuzes binnen de omgeving | Ambulantisering vraagt om een bredere maatschappelijke beweging |

Cliënt | Ambulantiseren

Inzichten en randvoorwaarden (1/2)

De geschiktheid voor ambulantisering is persoons- en contextafhankelijk, niet indicatie-gedreven

- Uit de interviews komt een duidelijk beeld naar voren dat cliënten binnen de VG3/4-doelgroep sterk variëren in wat zij aankunnen wanneer het gaat om ambulantisering. Waar sommige cliënten juist profiteren van meer eigen regie en een grotere mate van zelfstandigheid, blijkt voor anderen dat zelfstandigheid snel leidt tot overvraging, terugval of een toenemende mate van eenzaamheid. Veel zorgorganisaties benadrukken daarom dat de geschiktheid om ambulant te wonen niet automatisch samenvalt met de formele VG-indicatie. In de praktijk wordt ambulantisering bovendien niet uitsluitend toegepast bij cliënten met een VG3- of VG4-indicatie.
- Zorgprofessionals geven aan dat een persoonlijke beoordeling vaak veel belangrijker is dan de indicatie. Bij die beoordeling wordt gekeken naar gedragskenmerken, mate van zelfstandigheid, vaardigheden in het dagelijks leven, het kunnen behouden van een stabiel dag- en nachtritme, risico op overlast, eventuele kwetsbaarheden en de vraag of iemand past in een bepaalde wijk. Hierbij wordt expliciet gekeken naar zowel de persoon als de context (woning, buurt, netwerk). Sommige organisaties benadrukken dat ambulantisering mede afhangt van factoren zoals psychische stabiliteit, lichamelijke zorgvragen, de voorspelbaarheid van iemands zorgvraag en de mate van medicatietrouw en benodigde medische nabijheid. Ambulantisering vraagt dus om maatwerk, waarbij een brede blik nodig is op zowel de persoon als de context waarin deze functioneert.

Jongere cliënten hebben andere ondersteuningsbehoeften dan oudere cliënten

- Jongere cliënten hebben vaak een duidelijke wens om zelfstandiger te wonen en meer eigen keuzes te maken. Voor oudere cliënten ligt dat soms anders. Wanneer zij jarenlang intramuraal hebben verbleven, kan het verlies van nabijheid van zorg te ingrijpend zijn. Deze hospitalisatie maakt ambulant wonen in veel gevallen niet haalbaar of wenselijk.

Herkenning van risico's en tijdige ondersteuning zijn cruciaal om ontregeling te voorkomen

- Zoals ook benoemd in de deskresearch is het voor duurzame en stabiele ambulantisering essentieel dat de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn. Organisaties signaleren dat een deel van de doelgroep vastloopt wanneer bijvoorbeeld dagbesteding of werk wegvalt, er geen sociaal netwerk is of vertrouwde structuren wegvallen of veranderen. De overgang naar een ambulante setting kan bovendien gepaard gaan met gevoelens van eenzaamheid doordat cliënten die de nabijheid en gezelligheid van een locatie missen.
- Daarnaast worden diverse risico's genoemd die kunnen leiden tot terugval, zoals een instabiele leefomgeving, negatieve sociale beïnvloeding, aanloop van 'foute' vrienden, verhoogde kwetsbaarheid voor misbruik buiten de instelling, middelengebruik of psychische ontregeling. Dit kan uiteindelijk resulteren in overlast in de wijk.

Cliënt | Ambulantiseren

Inzichten en randvoorwaarden (2/2)

**Duidelijke verwachtingen
richting verwanten zijn
essentieel**

- \ Bij verwanten is regelmatig sprake van een spanningsveld tussen het verlangen naar zelfstandigheid voor hun naaste en de angst dat de veiligheid minder goed gewaarborgd is in de nieuwe situatie. Vooral ouders van cliënten die langdurig intramuraal hebben gewoond zijn terughoudend. Zij hebben hun naaste vaak jarenlang zien functioneren binnen een setting waarin begeleiding constant beschikbaar was. De gedachte dat deze bescherming op afstand komt te staan, brengt bij veel verwanten onzekerheid en bezorgdheid met zich mee. Het gesprek met verwanten over verwachtingen en grenzen is daarom een belangrijk onderdeel van de afweging.

Cliënt | Ambulantiseren

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- X Het gebrek aan passende woonruimte vergroot de kans op terugval:** wanneer cliënten noodgedwongen buiten hun vertrouwde wijk of sociale omgeving moeten worden geplaatst, verdwijnt een belangrijk deel van hun netwerk. Veel organisaties benadrukken dat een verhuizing naar een onbekende omgeving de kans op terugval vergroot en het opbouwen van een stabiel bestaan moeilijker maakt. Ook verhuizen naar een woonomgeving waar weinig draagkracht of tolerantie is vergroot de kans dat ambulantisering niet slaagt.
- X Risico op sociale isolatie groter door verspreid wonen:** er is een duidelijk risico op sociale isolatie bij woonvormen waar cliënten verspreid wonen of in studio's die weinig sociale interactie bieden. Wanneer dagbesteding of werk wegvalt, ontbreken belangrijke structuren en contactmomenten, wat de kans op achteruitgang vergroot.

Succesfactoren



- ✓ Laat cliënten gecontroleerd oefenen richting meer zelfstandigheid:** door cliënten gefaseerd te laten oefenen met meer zelfstandigheid en hen stap voor stap te begeleiden, ontstaat zicht op wat haalbaar is en waar ondersteuning nodig blijft, waardoor de kans op overvraging afneemt en het zelfvertrouwen van zowel cliënten als professionals toeneemt.
- ✓ Het organiseren van achtervang is cruciaal:** logeerplekken, time-out-mogelijkheden en andere vormen van tijdelijke opvang maken het mogelijk om een terugval op te vangen zonder direct terug te moeten naar intramurale zorg. Dit geeft rust, zowel voor cliënten als voor hun omgeving. Terugkeer binnen dezelfde woonomgeving of hetzelfde team blijkt het meest kansrijk.
- ✓ Hybride vormen van begeleiding spelen een steeds grotere rol:** ambulante cliënten ervaren digitaal contact op afroep als prettig en laagdrempelig, mits fysiek contact aanvullend beschikbaar blijft.
- ✓ Continuïteit in behandeling en overdracht van groot belang:** warme overdracht tussen teams, het tijdelijk blijven volgen van cliënten na verhuizing en het vasthouden aan vertrouwde behandelrelaties verminderen de kans op terugval. Door continuïteit te waarborgen ontstaat een doorlopende lijn van ondersteuning die stabiliteit biedt.

A) Dezelfde situatie kan zich ook voordoen als een client intramuraal komt wonen: ook daar kan door een onderschatting van de indicatie in de thuiswonende situatie de daadwerkelijke ondersteuningsbehoefte hoger blijken wanneer een client intramuraal komt wonen

Zorgprofessional | Ambulantiseren

Inzicht en randvoorwaarden

Ambulantisering vraagt om een andere professionele rol

- De professionele rol van zorgmedewerkers verandert fundamenteel door ambulantisering. Hun werk verschuift van nabij, direct en routinematig handelen naar een meer coachende, signalerende en regievoerende rol. Dat vraagt om een proactieve houding: niet alleen reageren op vragen, maar actief op zoek gaan naar signalen van ontregeling en gericht voorkomen van escalaties. De focus verschuift naar het stimuleren van eigen regie en wat de cliënt zelf kan, met waar nodig bemoeizorg, waarbij voortdurend wordt gebalanceerd tussen vrijheid en veiligheid.
- In ambulante teams ontstaat steeds vaker een bewuste mix van MBO- en HBO-geschoolde medewerkers: MBO-professionals voor de frequente, praktische ondersteuning en HBO-professionals voor analyse, regie, risicotaxatie en netwerksturing. Ambulant werken vraagt bovendien om een ander type professional: meer autonomie, strakkere planning, flexibiliteit in werktijden en de vaardigheid om te schakelen tussen verschillende locaties en situaties.

Er moet nog actiever samengewerkt worden met de bredere keten en het netwerk

- Ambulantisering brengt zorgprofessionals veel vaker buiten de muren van de organisatie. Samenwerking met huisartsen, GGZ-professionals, wijkteams, woningcorporaties, buurtregisseurs én het sociale netwerk van de cliënt wordt een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks werk. Dit vraagt om een stevige professionele positie richting al deze partijen, net als om het actief betrekken van verwanten.

Ambulantisering vraagt nieuwe competenties voor hybride en wijkgericht werken

- Professionals moeten vaardig zijn in hybride begeleiding: digitaal ondersteunen waar het kan, signalen op afstand herkennen en weten wanneer fysieke inzet noodzakelijk is. De wijkcontext vraagt daarbij andere vaardigheden dan intramurale zorg: omgaan met omgevingsprikkels, contact onderhouden met burens, betrekken van het netwerk en risico's inschatten in een minder voorspelbare omgeving.
- Ambulant werken betekent ook: kunnen handelen onder onzekerheid, zelfstandig prioriteren, schakelen tussen verschillende locaties met elk hun eigen dynamiek en kunnen opschalen binnen een netwerk van professionals als essentieel voor ambulant werken.

Teamstabiliteit en slimme inzetbaarheid zijn essentieel

- Een vast, op elkaar ingespeeld team is cruciaal omdat voorspelbaarheid voor cliënten veiligheid biedt en escalaties voorkomt. Organisaties geven aan dat wisselingen, inhuur of onbekende krachten direct leiden tot meer incidenten, onrust en hogere belasting voor vaste medewerkers.
- Ambulante zorg vraagt daarnaast om slimme beschikbaarheid en planning, omdat ondersteuning steeds vaker ongepland of in de nacht nodig is. Professionals moeten daarbij over meerdere locaties kunnen schakelen, zonder dat dit ten koste gaat van kwaliteit of veiligheid.

Zorgprofessional | Ambulantiseren

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- ✗ **Onvoorspelbaarheid en zware casuïstiek vergroten werkdruk:** werkdruk en emotionele belasting nemen toe door onvoorspelbaarheid, crisissituaties en het ontbreken van directe nabijheid van collega's. Bij zwaardere doelgroepen leidt dit sneller tot stress, hoog verzuim of uitval, vooral wanneer teams niet stabiel zijn.
- ✗ **Achtervang in de wijk is niet direct beschikbaar:** professionals ervaren handelingsverlegenheid wanneer zij alleen in de wijk staan en opschaling of consultatie niet direct beschikbaar is.

Succesfactoren



- ✓ **Gerichte training voor ambulante werken:** gerichte training in risicotaxatie, omgaan met agressie, crisisinterventie, hybride begeleiding en gedragsregulatie versterkt de professionaliteit én het vertrouwen van teams in ambulante situaties.
- ✓ **Training in wijkgericht werken:** training in het werken met woonomgeving, netwerk en wijkpartners wordt eveneens genoemd.
- ✓ **Een team van vaste medewerkers:** een stabiele kern van vaste medewerkers met heldere taakverdeling en goede onderlinge afspraken creëert rust, voorspelbaarheid en een veilig werkklimaat.
- ✓ **Digitale tools vergroten nabijheid en grip:** toepassingen zoals digicontact, beeldzorg, sensoren en domotica ondersteunen professionals bij monitoring, het vroeg signaleren van ontregeling en het bieden van 24/7-bereikbaarheid zonder continue fysieke aanwezigheid. Digitale tools verminderen werkdruk en vergroten het gevoel van controle.
- ✓ **Autonomie motiveert:** ambulante werken kan het gevoel van professionele autonomie juist versterken, doordat medewerkers meer regie krijgen over hun werk en directer resultaat zien van hun handelen. Dit versterkt motivatie en betrokkenheid, zeker bij professionals die goed gedijen bij zelfstandigheid.
- ✓ **Gefaseerde, lerende implementatie met pilots:** oefenen en stap-voor-stap opschalen, vergroot de kans op duurzame ambulantisering. Professionals ervaren hierdoor minder angst of weerstand en bouwen ervaring op in een veilige setting.

Organisatie | Ambulantiseren

Inzichten en randvoorwaarden (1/2)

De VGU-leden verschillen in visie op ambulantisering

- Veel VGU-leden geven aan dat ambulantisering vanuit cliëntperspectief regelmatig een wens is. Deze wens, dat cliënten meer eigen regie kunnen ervaren, dichterbij de samenleving kunnen staan en in een reguliere woonomgeving kunnen functioneren, wordt ook binnen organisaties gevoeld. Tegelijkertijd benadrukken veel organisaties dat deze wens niet automatisch betekent dat ambulantisering ook realistisch is voor iedere cliënt of binnen iedere context. Binnen de VGU-leden bestaan grote verschillen in tempo, ambitie en volwassenheid met betrekking tot ambulantisering. Een deel van de organisaties werkt vanuit een duidelijke, expliciete visie zoals “thuis tenzij”, waarbij het uitgangspunt is dat cliënten zoveel mogelijk in een reguliere, zelfstandige woonomgeving worden ondersteund. Deze organisaties hebben vaak al jarenlang ervaring met ambulante woonvormen en beschikken over infrastructuur, werkprocessen en teams die daarop ingericht zijn.
- Daarnaast is er een groep zorgorganisaties die wel de beweging naar ambulantisering wil maken, maar zich nog in een beginfase bevindt. Deze organisaties hebben beperkte ervaring met ambulante vormen en ervaren onzekerheid rondom personele inzet, veiligheid, randvoorwaarden en financiële haalbaarheid. Voor hen voelt ambulantisering als een grote stap die vraagt om andere competenties, ander leiderschap en een andere manier van organiseren.
- Ten slotte is er een groep zorgorganisaties die ambulantisering niet passend vindt voor hun doelgroep. Vanuit de intensiteit, complexiteit of kwetsbaarheid van hun cliënten zien zij een meer beschermde, intramurale setting als noodzakelijk. Ook kan ambulantisering voor sommige organisaties niet passend zijn vanwege beperkingen in personeel of vastgoed. Voor deze organisaties is ambulantisering niet realistisch of niet wenselijk. Organisaties verschillen dus sterk in tempo, ambitie en de mate waarin zij daadwerkelijk stappen zetten richting ambulantisering.

Ambulantisering vraagt een fundamenteel andere manier van werken en organiseren

- De overgang naar ambulante zorg vraagt om een fundamenteel andere manier van organiseren. Steeds meer organisaties gebruiken proeftuinen, locatie-, team- en cliëntcans en datagedreven afwegingskaders om te bepalen welke cliënten ambulant kunnen wonen, welke aanpassingen aan vastgoed nodig zijn en wat dit vraagt van teamsamenstelling, bereikbaarheid en expertise.
- Zoals ook in de deskresearch is beschreven, vormen deze elementen belangrijke bouwstenen in de afweging of ambulantisering realistisch en verantwoord kan worden vormgegeven. Daarbij wordt integraler afgewogen: wat kan digitaal, wat kan het netwerk, wat moet de professional doen en wat is 24/7 echt noodzakelijk? Door vanuit deze integrale en datagedreven blik te werken, worden keuzes transparanter en ontstaat meer draagvlak voor ambulante vormen van ondersteuning.

Organisatie | Ambulantiseren

Inzichten en randvoorwaarden (2/2)

Een organisatiebrede keuze voor ambulantisering is noodzakelijk

- ✓ Succesvolle ambulantisering vraagt om een expliciete organisatorische keuze, waarin helder wordt gemaakt welke cliënten wel en niet in aanmerking komen, hoe de randvoorwaarden worden georganiseerd en welke mix van digitale en fysieke ondersteuning passend is. Deze keuze moet verankerd zijn in alle lagen van de organisatie: van beleid en vastgoedplanning tot triage, capaciteit, teamsamenstelling en scholing; zodat visie en uitvoering op elkaar aansluiten.

Heldere financiële randvoorwaarden zijn noodzakelijk vóór besluitvorming

- ✓ Ambulante zorg vraagt om heldere afspraken over financiering van nacht- en ongeplande zorg, brandveiligheid en gemeenschappelijke voorzieningen. Organisaties geven aan dat inzicht in structurele dekking hiervan noodzakelijk is vóór besluitvorming over nieuwe ambulante woonvormen.

Opschaalbare ondersteuning moet aanwezig zijn als veiligheidsmechanisme

- ✓ Zoals eerder beschreven bij de inzichten over de cliënt bestaat er een risico op terugval of korte ontregeling. Daarom is een belangrijke randvoorwaarde dat organisaties snel kunnen opschalen naar extra begeleiding, crisiszorg-light, crisisbedden of een logeerfunctie. Deze opschaalbaarheid is essentieel om kortdurende ontregeling op te vangen zonder dat direct (volledige) terugkeer naar 24/7 intramurale zorg nodig is.
- ✓ Daarnaast komt het voor dat ambulantisering uiteindelijk niet haalbaar is voor een cliënt en dit ongeschikt blijkt te zijn. In die gevallen is het cruciaal dat terugkeer naar een passende intramurale plek mogelijk blijft.

De vastgoedrol vraagt om een zorgvuldige afweging, omdat deze niet vanzelfsprekend past bij elke organisatie

- ✓ Met de beweging naar ambulantisering staan organisaties voor de vraag in hoeverre zij een rol als verhuurder willen of kunnen vervullen. Deze rol vraagt tijd, extra inzet en brengt risico's met zich mee, zoals huurachterstanden en juridische verantwoordelijkheden. Veel zorgorganisaties richten zich primair op het leveren van zorg en niet op vastgoedondernemerschap, waardoor niet iedere organisatie deze rol wil overnemen. Tegelijkertijd zien enkele partijen dat er voordelen kunnen zijn wanneer zorgorganisaties een actievere vastgoedrol innemen, bijvoorbeeld als contracthouder of tussenpartij richting woningcorporaties. Dit kan helpen om risico's (zoals huurincasso) te bundelen en de toegang tot passende woningen te vergroten. Voor woningcorporaties kan het wenselijk zijn dat het huurcontract bij de zorgorganisatie ligt in plaats van bij individuele cliënten, omdat dit stabiliteit en continuïteit biedt. Tegelijk blijft dit voor veel organisaties een uitdagende afweging, omdat het structureel meer expertise en capaciteit vraagt.

Organisatie | Ambulantiseren

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- ✗ **Opschalen bij terugval is lastig:** wanneer cliënten een terugval hebben of het niet mogelijk blijkt om ambulant te wonen is het voor organisaties uitdagend om op te schalen. In de praktijk is dit echter lastig: organisaties die geen crisiszorg bieden hebben weinig terugvalopties, en ook organisaties mét crisiszorg ervaren dat het moeilijk is om structureel plekken vrij te houden. Leegstand wordt als onwenselijk gezien, waardoor beschikbare bedden snel worden opgevuld. Hierdoor kan een cliënt niet eenvoudig terugkeren.
- ✗ **Veel bestaand vastgoed is niet geschikt voor ambulante woonvormen:** veel bestaande locaties zijn verouderd of functioneel beperkt. Nieuwbouw wordt ingericht op appartementen met eigen voorzieningen, passend bij zwaardere zorg. Oudbouw heeft vaak alleen een eigen slaapkamer en past niet meer bij de wens van cliënten. Aanpassen of ombouwen is kostbaar en complex. Investerings in sanitair, toegankelijkheid, gemeenschappelijke ruimtes en domotica zijn omvangrijk. Daarnaast is de ervaring dat corporaties nauwelijks bouwen voor de VG-doelgroep.
- ✗ **Nachtzorg en ongeplande zorg zijn moeilijk te organiseren:** in kleinschalige ambulante woonvormen zijn de reisafstanden voor medewerkers groter en is het moeilijk om de inzet efficiënt te organiseren. Huidige tarieven dekken de hogere kosten van wijkgerichte kleine teams vaak niet. De schaalgrootte is vaak te klein om altijd kosteneffectieve bereikbaarheid te garanderen, wat leidt tot knelpunten in continuïteit en veiligheid van zorg.
- ✗ **Financiële onzekerheid remt ambulantisering:** onzekerheid over de financiering van nachtzorg, ongeplande zorg, brandveiligheid en gezamenlijke voorzieningen binnen VPT/MPT maakt ambulantisering financieel risicovol.

Succesfactoren



- ✓ **Een duidelijke visie geeft richting en vertrouwen:** organisaties die ambulantiseren benadrukken dat een breed gedragen visie en koers belangrijk is. Wanneer teams goed worden meegenomen in de principes en het toekomstbeeld, ontstaat vertrouwen en worden keuzes in de praktijk beter begrepen.
- ✓ **Draagvlak en cultuur blijken minstens zo belangrijk:** teams moeten geloven dat ambulant wonen haalbaar is en moeten de ruimte krijgen om dit in de praktijk te ervaren. Zorgsafari's, ervaringsleren en korte communicatielijnen helpen om onzekerheid te verminderen.
- ✓ **Digitale en hybride ondersteuning versnelt ambulantisering:** toepassingen als digicontact, beeldzorg, domotica, sensoren en dagstructuur-apps vergroten bereikbaarheid, maken lichte contactmomenten op afstand mogelijk en verbeteren monitoren. Dit verhoogd de zelfregie van cliënten. Hybride zorg werkt vooral als versneller wanneer zij structureel is ingebed in de manier van werken.
- ✓ **Taakdifferentiatie maakt teams effectiever:** door ondersteunende taken, zoals schoonmaak en koken, bij andere functies te beleggen, kunnen zorgprofessionals zich richten op hun kernactiviteiten, wat de doelmatigheid en het werkplezier verhoogt.
- ✓ **Gefaseerde aanpak is effectief om te leren:** organisaties die starten met proeftuinen of pilots, kunnen op kleine schaal leren, bijsturen en opschalen.
- ✓ **Nieuwe woonconcepten bieden zelfstandigheid met nabijheid:** Geclusterd wonen, pantoffelwoningen, VPT-flats met steunpunten en community-living-modellen combineren zelfstandigheid met nabijheid en blijken effectief voor duurzame ambulantisering.

Omgeving | Ambulantiseren

Inzicht en randvoorwaarden (1/2)

Maatschappelijke acceptatie van de omgeving is cruciaal

- \ Het vermogen van een wijk om nieuwe bewoners met een ondersteuningsvraag te ontvangen verschilt sterk per locatie. Investeren in het versterken van het draagvlak via betrokkenheid van netwerk, vrijwilligers, verwanten en buurtbewoners helpt om ambulantisering beter in te bedden in de lokale gemeenschap. Hoe goed dit lukt, blijkt sterk afhankelijk van de woonplaats en de bestaande sociale structuur van de wijk.
- \ Organisaties benadrukken dat formele en informele steunstructuren in de wijk – zoals betrokken bureaus, vrijwilligers en een actief buurtnetwerk – essentieel zijn om de druk op professionele zorg te verminderen. Ambulantisering slaagt beter in een omgeving die beschikt over voldoende sociale draagkracht én een bereidheid tot samenwerking.

Ambulantisering gaat niet alleen over een woning, maar over de totale wijkcontext

- \ De leefomgeving — zoals drukte, sociale veiligheid, nabijheid van voorzieningen en de aanwezigheid van andere kwetsbare groepen — bepaalt in hoge mate of cliënten stabiel kunnen functioneren. Daarom is het belangrijk zorgvuldig te beoordelen of een cliënt past binnen een specifieke wijk.
- \ Ook de aanwezigheid van voldoende dagbestedingsmogelijkheden, veilige routes (bijvoorbeeld voor cliënten met visuele beperking) en een voorspelbare sociale structuur worden genoemd als bepalende factoren.

De toegankelijkheid van medische ondersteuning in de wijk is bepalend voor de haalbaarheid van ambulantisering

- \ De bereidheid van huisartsen om Wlz-cliënten in zorg te nemen, de beschikbaarheid van AVG-expertise en de toegankelijkheid van eerstelijnszorg vormen cruciale randvoorwaarden. In regio's waar deze medische infrastructuur onvoldoende is, blijkt ambulantisering nauwelijks uitvoerbaar. Dit vraagt om duidelijke regionale afspraken over dossierhouderschap, medische verantwoordelijkheid en de inzet van VPT/MPT.

Schaarste in woningen, personeel en huisartsen dwingt tot realistische keuzes binnen de omgeving

- \ Doordat de capaciteit in de wijk beperkt is, wordt ambulantisering steeds meer gestuurd door wat daadwerkelijk uitvoerbaar is. Organisaties voeren daarom vaker gesprekken over “wat wél kan in deze wijk” in plaats van wat idealiter gewenst is. Hierdoor ontstaat een meer pragmatische benadering van ambulantisering.

Omgeving | Ambulantiseren

Inzicht en randvoorwaarden (2/2)

Ambulantisering vraagt om een bredere maatschappelijke beweging

- Uit de interviews blijkt dat ambulantisering niet alleen een zorginhoudelijke transitie is, maar vooral ook een maatschappelijke. Het succes hangt samen met hoe bewoners, buurten en de samenleving als geheel kijken naar kwetsbare mensen in hun leefomgeving. Dit vraagt om een nieuwe blik op zorgzame gemeenschappen en op de rol van bewoners in het ondersteunen van inclusiever wonen.

Omgeving | Ambulantiseren

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- ✗ Woningen in de wijk sluiten vaak onvoldoende aan op de behoeften van de VG-doelgroep: ze zijn bijvoorbeeld te groepsgericht, missen eigen sanitair of bieden te weinig ruimte. Zorgorganisaties zijn daarbij sterk afhankelijk van woningcorporaties, die terughoudend kunnen zijn om specifiek voor deze doelgroep te bouwen vanwege zorgen over overlast, veiligheidsrisico's of huurachterstanden. Soms wordt van organisaties verwacht dat zij als tussenhuurder optreden omdat corporaties geen contracten met individuele cliënten willen afsluiten.
- ✗ Daarnaast is er een structureel tekort aan passend woonaanbod. Uitstroomwoningen ontbreken regelmatig, waardoor doorstroming naar zelfstandige woonvormen stopt. Lange wachtlijsten en hoge huren maken de stap naar zelfstandigheid voor veel cliënten nauwelijks haalbaar.
- ✗ Buurtbewoners zijn niet altijd ontvankelijk voor cliënten met gedragsuitdagingen, wat in sommige wijken tot spanningen leidt. De tolerantie voor geluid, overlast en complex gedrag neemt af, waardoor de draagkracht van buurten onder druk staat en ambulantisering lastiger wordt.
- ✗ De beschikbaarheid van medische zorg in de wijk is een knelpunt. Regelmatig willen of kunnen huisartsen geen Wlz-cliënten aannemen, waardoor medische zorg niet geborgd is. Samenwerking is bovendien versnipperd: één locatie moet vaak met meerdere huisartsen afstemmen. Ook zijn de verantwoordelijkheden tussen huisarts, AVG en zorgorganisatie niet duidelijk en verloopt de samenwerking met de GGZ moeizaam, omdat de GGZ sterk stoornisgericht werkt en niet altijd toegankelijk is voor de VG-doelgroep. Daarnaast gaan thuiszorgorganisaties er soms ten onrechte vanuit dat de VG-organisatie zelf verpleegkundige zorg kan leveren.
- ✗ Door gebrekkige informatie-uitwisseling is het multidisciplinaire team rond de cliënt bovendien niet altijd volledig op de hoogte van essentiële gegevens.
- ✗ Gemeenten sturen weliswaar ambitieus op ambulant wonen, maar bieden niet altijd de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn. Structurele samenwerking met corporaties ontbreekt vaak, en in diverse regio's is geen gezamenlijke woonagenda aanwezig.

Succesfactoren



- ✓ Een goed ingerichte triage- en consultatiestructuur blijkt essentieel voor succesvolle ambulantisering. Door duidelijke afspraken te maken over wie wanneer schakelt, wordt voorkomen dat cliënten bij elk klein signaal direct de huisarts benaderen. Vaste en laagdrempelige overleglijnen tussen AVG-artsen en huisartsen vergroten de toegankelijkheid en kwaliteit van medische ondersteuning.
- ✓ Transparante regio-dashboards voor het inzichtelijk maken van open plekken (bijv. voor crisisbedden, achtervang of beschikbare expertise) dragen wel bij aan de samenwerking en wordt genoemd als waardevolle ondersteuning.
- ✓ Regionale afstemming en samenwerking tussen zorgorganisaties, gemeenten en corporaties helpen om de haalbaarheid van ambulantisering te vergroten. Wanneer partijen gezamenlijk plannen ontwikkelen en verantwoordelijkheden verdelen, ontstaat betere begeleiding. Samenwerkingsagenda's binnen de Wet regie op volkshuisvesting bieden kansen om dit structureler te organiseren.
- ✓ De overgang naar ambulant wonen versnelt wanneer corporaties bereid zijn om mee te denken, voorrang te verlenen of woonvormen voor deze doelgroep te realiseren.

Het Houvast laat zien dat zelfs cliënten met een intensieve zorgvraag duurzaam in een eigen woning kunnen wonen wanneer de cliënt centraal staat en niet het systeem

Good practice Het Houvast

Ter illustratie van een good practice in het ambulantiseren van complexe VG-doelgroepen is een interview afgenomen met Het Houvast uit Tilburg¹.

- \ Het Houvast is dertien jaar geleden ontstaan vanuit de behoefte aan een andere manier van ondersteunen voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) met een *hoog* zorgprofiel (VG6/VG7) en een intensieve steunvraag mede door bijkomende psychiatrische of sociale problematiek. Deze cliënten gingen vaak van plek naar plek. Er was sprake van weinig eigen regie bij de client en de setting en systemen sloten niet goed aan, waardoor cliënten ontregelden, teams handelingsverlegen werden en de kwaliteit van leven structureel onder druk stond.
- \ De oprichters van Het Houvast kozen daarom voor een fundamenteel ander vertrekpunt: niet het zorgsysteem, maar de mens en de zorgrelatie. Indicaties zeggen immers weinig over wat iemand nodig heeft. Vanuit dit mensgerichte vertrekpunt bouwde Het Houvast een aanpak door aan ‘twee knoppen te draaien’:
 1. Een duurzame, gelijkwaardige relatie tussen cliënt en begeleiders, die tegen een stootje kan en waarin vertrouwen en continuïteit centraal staan.
 2. Een eigen woonplek in de wijk, omdat een normale, context zonder complexe groepsdynamiek, “normaal gedrag” mogelijk maakt en een grote bronnen van ontregeling wegneemt.
- \ Deze twee pijlers creëren rust, stabiliteit en ruimte voor echte eigen regie.
- \ De Houvast Aanpak is al doende ontwikkeld en dit viel ons op in wat er gezegd werd over deze aanpak.
 1. Ruimte en vertrouwen in plaats van begrenzing
 2. Samen een eigen plek op maat zoeken
 3. Cliënt kiest zelf kernteam van vaste begeleiders
 4. Gewoon langskomen en echt contact
 5. 24/7 beschikbaarheid, deels via bellen of appen
- \ Deze aanpak blijkt uitzonderlijk succesvol. Het Houvast heeft nauwelijks/geen uitstroom, cliënten met een intensieve zorgvraag kunnen duurzaam stabiel in een eigen woning wonen met passende steun. Daarnaast is het concept financieel houdbaar door efficiënte inzet van begeleiding en weinig overbodige zorg. Het Houvast heeft bovendien een sterke positie in de wijk dankzij goede samenwerking met lokale partijen en wederzijds vertrouwen. Daarmee laat het Houvast zien dat een mensgerichte, relationele aanpak niet alleen meer kwaliteit oplevert voor de cliënten en medewerkers, haalbaar is, en zelfs effectiever én goedkoper kan zijn dan traditionele modellen. Intussen zijn er 4 andere organisaties die met de Houvast Aanpak werken, gezamenlijk vormen zij een netwerk rondom de Houvast Aanpak (www.houvastlab.nl).

Stabiliteit ontstaat door te werken vanuit eigen regie, relaties, gewone interacties en een normale wooncontext; door te denken in mensen i.p.v. in doelgroepen en indicaties

Good practice Het Houvast

De cliënt

- \ Cliënten ervaren regie omdat zij een eigen woning hebben en niet worden blootgesteld aan een prikkelrijke groepsdynamiek.
- \ Instream begint altijd met een gesprek in plaats van een formele intake; de cliënt bepaalt zelf wie meekomt en welke ondersteuningsvraag centraal staat. Het kernteam wordt in samenspraak met de client gevormd zodat duurzame en gelijkwaardige relaties kunnen ontstaan.
- \ Ontregeling komt minder voor doordat prikkels, conflicten en groepsdruk zijn weggenomen. Wanneer psychische ontregeling toch optreedt, blijft de woonplek behouden en wordt ondersteuning opgeschaald.

De zorgprofessional

- \ Zorgprofessionals werken vanuit beschikbaarheid en gelijkwaardigheid. Er zijn weinig protocollen en er is veel professionele ruimte, waardoor begeleiders kunnen aansluiten op de behoeften van cliënten.
- \ Begeleiders hebben een stevig profiel en kunnen goed reflecteren. Het werk vraagt om humor en lol in het onvoorspelbare, durf om soms juist minder te doen, waarbij het traditionele expertmodel los wordt gelaten.
- \ De Houvast Aanpak vraagt om stabiele, kleine kernteams (4–6 begeleiders) die vaste, herkenbare gezichten, rust en veiligheid bieden en de cliënt zien als expert van het eigen leven. Een deel van de begeleiding vindt digitaal (bellen/appen) plaats, dit maakt het contact laagdrempeliger en efficiënter en stressverlagend.

De organisatie

- \ Het Houvast werkt vanuit een mensgerichte visie waarin de relatie en een individuele, gewone woonplek in de wijk het fundament vormen.
- \ De organisatie is bewust plat ingericht, zonder uitgebreide bureaucratie en vrijwel alle medewerkers hebben direct cliëntcontact. De structuur is zo opgezet dat het team altijd meebeweegt met de cliënt: wanneer een cliënt wil verhuizen, verhuist het team eenvoudig mee, waardoor continuïteit gegarandeerd blijft.
- \ De organisatie werkt continue aan een flexibele woningvoorraad via particuliere verhuur, woningcorporaties d.m.v. intermediaire verhuur en eigen vastgoed, zodat er altijd een passende woonplek is. Financiering of systemen zijn niet leidend: de visie bepaalt het werk, VPT is slechts een instrument.

De omgeving

- \ De omgeving speelt een cruciale rol bij Het Houvast. Doordat cliënten in gewone woningen in de wijk wonen ontstaat een context die ontregeling door andere cliënten voorkomt en waarin normaal contact, rust en voorspelbaarheid vanzelf ontstaan. Buren en andere wijkbewoners kunnen, waar de client dat wil, beschermende factoren zijn, doordat er informele vormen van contact en wederkerigheid ontstaan.
- \ Voorliggend biedt het maatschappelijk kader mogelijkheden om met de client te werken aan wat gevraagd wordt als je zelfstandig in de wijk woont.
- \ Het Houvast investeert, waar nodig, in relaties met gemeente, politie, boa's en wijkpartners om veiligheid, samenwerking en wederzijds vertrouwen te borgen.

Ambulantisering is geen vanzelfsprekende beweging maar alleen haalbaar wanneer cliënt, professional, organisatie en omgeving gelijktijdig voldoen aan stevige randvoorwaarden

Haalbaarheid

- ▮ Ambulantisering wordt door de geïnterviewde organisaties gezien als een noodzakelijke en wenselijk beweging met veel potentie. De transitie is haalbaar voor een deel van de doelgroep, maar alleen wanneer de vier cruciale elementen – cliënt, professional, organisatie en omgeving – tegelijkertijd voldoen aan de juiste voorwaarden.
- ▮ Voor sommige cliënten kan meer zelfstandigheid en eigen regie een duidelijke kwaliteitsverbetering betekenen, maar dit is sterk afhankelijk van persoonlijke kenmerken en de algehele draagkracht van de cliënt (o.a. stabiliteit, zelfstandigheid, dagelijkse vaardigheden, ritme, kwetsbaarheden en de context). Daarnaast sluit ambulantisering aan bij bredere maatschappelijke en beleidsmatige doelen, zoals meer inclusie en eigen regie. De beweging vraagt om maatwerk en zorgvuldige selectie.
- ▮ Ambulantisering is alleen verantwoord wanneer teams in hoge mate stabiel zijn en beschikken over de juiste scholing, achtervang en digitale ondersteuning. Daarnaast vraagt ambulantisering om een andere manier van organiseren: een heldere visie, aangepaste processen en planningen, en een passende inrichting van bereikbaarheid bij meer onplanbare zorg.
- ▮ De grootste knelpunten liggen buiten de directe invloed van de zorgorganisaties. De omgeving vormt een belangrijke externe bottleneck. Het woningtekort wordt door vrijwel alle zorgorganisaties genoemd als het grootste obstakel en ook de toegankelijkheid van medische zorg in de wijk is vaak beperkt. Hierdoor ontstaat onzekerheid over continuïteit en veiligheid van ambulante ondersteuning.
- ▮ Tegelijkertijd zijn er duidelijke kansen: geclusterd en gespikkeld wonen, hybride ondersteuning, proeftuinen en scans, sterkere regionale afspraken, community-wonen en samenwerking met corporaties en gemeenten. Ambulantisering kan verschillende vormen aannemen, waarbij stappen richting meer zelfstandigheid ook intramuraal al gezet kunnen worden.
- ▮ De interviews laten daarmee zien dat ambulantisering geen vanzelfsprekende of lineaire beweging is, maar een selectieve en gefaseerde transitie. De haalbaarheid neemt toe wanneer zorgorganisaties samen met partners zoals gemeenten, corporaties en huisartsen gezamenlijk werken aan passend wonen, goede ondersteuning en een betrouwbare keten.

Impact

De mogelijke impact van ambulantisering is daarmee tweezijdig. Wanneer randvoorwaarden goed zijn ingericht, kan ambulantisering leiden tot meer eigen regie, hogere tevredenheid, betere maatschappelijke participatie, een inclusievere samenleving en doelmatiger gebruik van intramurale capaciteit. Wanneer randvoorwaarden ontbreken, kan ambulantisering juist leiden tot toename van incidenten, overlast, terugval, druk op crisiszorg en hogere belasting van professionals. Daarmee is de impact potentieel groot – zowel positief als negatief – en sterk afhankelijk van de mate waarin de keten als geheel meebeweegt en de ondersteunende randvoorwaarden voldoende zijn ingericht.

Inhoudsopgave

- 1 Aanleiding en vraag
- 2 Aanpak
- 3 Inzichten deskresearch: landelijk beeld
- 4 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Ambulantiseren
- 5 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Creëren voldoende VG7-plekken
- 6 Conclusie en aanbevelingen

De inzichten en randvoorwaarden voor nieuwe VG7-plekken laten zien dat op alle niveaus — cliënt, zorgprofessional, organisatie en omgeving — verandering nodig is

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| Client p. 34-35 | De VG-doelgroep wordt structureel zwaarder en bepaalt de richting van omvorming | Heldere groepsafbakening als basis voor stabiliteit | De behandelcomponent wordt een onmisbaar onderdeel van wonen | Veiligheid, structuur en nabijheid moeten altijd gegarandeerd zijn |
| Zorg-professional p. 36-37 | Zwaardere doelgroepen vragen om een ander type professional én grotere teams | Samenwerking met gedragskundige en medische disciplines wordt intensiever | Teamstabiliteit is een absolute basisvoorwaarde voor veiligheid | Scholing, coaching en ervaringsleren zijn noodzakelijk |
| Organisatie p. 38-40 | Verschillen in visie op omvorming binnen VGU-leden | Organisaties moeten een expliciete strategische keuze maken, waar mogelijk datagedreven | Omvorming kent een financieel overgangsgebied en frictiekosten | Locatiegeschiktheid bepaalt of omvorming überhaupt mogelijk is |
| | Teamopbouw moet parallel lopen aan vastgoedtraject | Schaal en clustering zijn bepalend voor de uitvoerbaarheid | | |
| Omgeving p. 41-42 | Zwaardere doelgroepen vragen om een omgeving met voldoende draagkracht | Maatschappelijke acceptatie is nog lager bij zwaardere doelgroepen | | |

Inzichten en randvoorwaarden

De VG-doelgroep wordt structureel zwaarder en bepaalt de richting van omvorming

- Uit de interviews blijkt dat omvorming voor een groot deel samenhangt met de stijgende complexiteit van de cliëntenpopulatie. Steeds meer mensen stromen in met ernstige gedragsproblematiek, psychiatrische stoornissen, verslaving, autisme of NAH-problematiek, vaak in combinatie. Hierdoor ontstaat een groeiende behoefte aan plekken voor VG6, VG7 of zelfs VG7+. Een aantal organisaties zien dat de instroom van VG3/4-clieënten afneemt. Deze ontwikkelingen maken omvorming niet alleen een strategische keuze, maar ook een noodzakelijke aanpassing aan de veranderende zorgvraag.

Heldere groepsafbakening als basis voor stabiliteit

- Wanneer een locatie wordt omgevormd naar zwaardere doelgroepen verandert de samenstelling van de bewoners. Organisaties signaleren dat het toevoegen van cliënten met een VG6- of VG7-profiel aan groepen met lichtere indicaties (zoals VG3/4) kan leiden tot spanningen, onveiligheid en verlies van stabiliteit. Daarnaast geldt dat ook binnen de VG7-groep zelf grote verschillen bestaan: sommige cliënten vertonen zeer stabiel gedrag en functioneren goed in een voorspelbare omgeving, terwijl anderen juist snel ontregelen en intensieve nabijheid nodig hebben. Deze variatie in behoefte, gedrag en prikkelgevoeligheid vergroot het risico op ontregeling, escalaties en een hogere belasting op teams. Omdat één mismatch een hele groep kan ontregelen, vraagt omvorming om duidelijk afgebakende doelgroepen en een zorgvuldig opgebouwde groepssamenstelling met voldoende rust, voorspelbaarheid en passende profielen.

De behandelcomponent wordt een onmisbaar onderdeel van wonen

- Bij zwaardere doelgroepen is behandeling geen aanvulling, maar een integraal onderdeel van het dagelijks leven. Organisaties benadrukken dat gedragsdeskundigen, psychiaters en andere behandelaren structureel betrokken moeten zijn bij het team en de cliënt. Voor doelgroepen als VG7 is de beschikbaarheid van consistente behandeling een harde randvoorwaarde voor een succesvolle omvorming.

Veiligheid, structuur en nabijheid moeten altijd gegarandeerd zijn

- Tot slot laten de interviews zien dat cliënten in VG6/7-settingen sterk afhankelijk zijn van een veilige en overzichtelijke omgeving. Duidelijke zichtlijnen, voorspelbare dagstructuur, nabij personeel en fysieke veiligheid zijn bepalende elementen voor het welzijn van deze doelgroep. Omvorming is dan ook alleen haalbaar wanneer deze kernvoorwaarden op locatie aanwezig zijn.

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



X Risico op ontregeling door onjuiste groepssamenstelling: omvorming naar zwaardere doelgroepen brengt risico's mee wanneer cliënten met verschillende prikkelprofielen, gedragsproblematiek of spanningsopbouw bij elkaar komen. Een mismatch kan een hele groep destabiliseren, wat cliënten direct in hun veiligheid en leefklimaat raakt.

Succesfactoren



- ✓ **Duidelijk afgestemde groepsprofielen:** wanneer cliënten in een groep worden geplaatst op basis van gedeelde kenmerken – zoals prikkelbehoefte, gedrag, tempo en mate van structuur – neemt stabiliteit toe en ontstaan veiligere en voorspelbare woonomstandigheden.
- ✓ **Ingebedde behandeling:** voor VG7-doelgroepen werkt omvorming het best wanneer behandeling, dagstructuur en begeleiding één geheel vormen. Een continu aanwezige gedragskundige en een goed gevolgd signaleringsplan bieden cliënten houvast en voorkomen escalaties.

Zorgprofessional | Omvormen

Inzicht en randvoorwaarden

Zwaardere doelgroepen vragen om een ander type professional én grotere teams

- Het werken met zwaardere VG6- en VG7-doelgroepen vraagt om een wezenlijk ander professioneel profiel dan werken met lichte of matige zorgprofielen. Begeleiders moeten beschikken over specialistische vaardigheden zoals agressiehantering, complexe risicotaxatie, trauma-sensitief werken en het adequaat omgaan met ontregeling en ernstige gedragsproblematiek. Organisaties benadrukken dat dit “echt ander werk” is: veel medewerkers willen of kunnen deze overstap niet maken, waardoor gerichte scholing, coaching en taakdifferentiatie noodzakelijk zijn. Daarbij vereist VG7-zorg structureel meer personeelsinzet en 24/7-nabijheid, waardoor teams niet alleen andere competenties moeten ontwikkelen, maar ook in omvang moeten groeien. Werken in een omgevormde setting vraagt bovendien om professionals die stevig kunnen begrenzen, onder druk kunnen handelen en intensief kunnen samenwerken in multidisciplinaire teams waarin begeleiding, behandeling en medische expertise nauw verweven zijn.

Samenwerking met gedragskundige en medische disciplines wordt intensiever

- Bij VG7 is behandeling doorgaans nauwer verbonden met het dagelijks werk van het team, maar niet altijd uitsluitend op locatie. In sommige situaties (zoals een VG7-locatie dicht bij de wijk) gaan cliënten naar de huisarts. Essentieel is wel nauwe afstemming tussen begeleiding, gedragsdeskundigen, psychiaters/AVG-artsen en eerstelijnszorg, zodat stabiliteit, veiligheid en tijdige interventie gewaarborgd blijven.

Teamstabiliteit is een absolute basisvoorwaarde voor veiligheid

- Een breed gedeeld inzicht is dat de stabiliteit van teams cruciaal is. Wisseling in personeel creëert direct onzekerheid bij cliënten en vergroot de kans op incidenten. Een vaste kern van medewerkers die elkaar goed kennen en op elkaar ingespeeld zijn, vormt de ruggengraat van elke VG7-locatie. Verschillende organisaties signaleren dat omvorming alleen mogelijk is wanneer het team stevig genoeg is om deze zwaardere taak aan te kunnen.

Scholing, coaching en ervaringsleren zijn noodzakelijk

- Omvorming vraagt, zoals uit voorgaande blijkt, om uitgebreide ondersteuning van medewerkers: coaching, professionele reflectie, zorgsafari's, training in agressiehantering en specialistische begeleiding. Zonder deze basis kan omvorming niet worden vormgegeven.

Zorgprofessional | Omvormen

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- ✗ **Onvoldoende specialistische vaardigheden voor VG6/7:** veel organisaties geven aan dat begeleiders onvoldoende opgeleid zijn voor lichte of matige doelgroepen omdat de opleiding zich onvoldoende richt op zorg voor de zwaardere VG7 doelgroep. Omvorming vraagt echter om vaardigheden in agressiehantering, complexe risicotaxatie, omgaan met trauma en het begeleiden van forse ontregeling. Dit veroorzaakt handelingsverlegenheid.
- ✗ **Teaminstabiliteit brengt directe risico's met zich mee:** wisselingen in teams of inzet van onbekende medewerkers vergroten de kans op incidenten.
- ✗ **Hoge emotionele belasting:** werken met zwaardere doelgroepen brengt een continue alertheid met zich mee. Professionals ervaren verhoogde emotionele belasting, mede door agressie, dreiging of langdurige spanningsopbouw bij cliënten.
- ✗ **Hoe complexer de patiënt, hoe moeilijker de werving:** voor de zwaardere doelgroep zijn de personeelstekorten het grootst. Op deze groepen wordt nog veel gewerkt met zzp'ers en inhuur, waardoor het moeilijk is om een stabiel team te vormen. Tegelijk moet er een beweging worden gemaakt van zzp'ers naar vaste medewerkers, maar dat is uitdagend omdat deze doelgroep juist meer inzet en nabijheid vraagt.

Succesfactoren



- ✓ **Specialistische scholing en coaching:** teams die systematisch worden getraind in agressiehantering, crisisinterventie, trauma-sensitief werken en risicotaxatie zijn beter voorbereid op de complexiteit van VG7. Coaching on-the-job en meeloopdagen versterken dit.
- ✓ **Teams enthousiast maken voor zwaardere doelgroepen:** zorgprofessionals en teams moeten vertrouwen krijgen dat werken met een VG7-doelgroep haalbaar is. Dit vraagt om ruimte om ervaring op te doen – bijvoorbeeld via zorgsafaris, meeloopdagen, VR-training en ander ervaringsleren – waardoor onzekerheid afneemt en motivatie toeneemt.
- ✓ **Nauwe samenwerking met gedragskundigen en behandelaren:** omvorming slaagt het best in settings waar begeleiders en behandelaren één team vormen. Periodieke afstemming, directe consultatie en gezamenlijke casusbesprekingen verminderen handelingsverlegenheid.
- ✓ **Een vaste kern van ervaren medewerkers:** een stabiele kern van teamleden is regelmatig benoemd als de belangrijkste succesfactor. Bekende collega's, consistente werkwijzen en onderlinge voorspelbaarheid zorgen voor rust en veiligheid, zowel voor het team als voor cliënten.

Organisatie | Omvormen

Inzichten en randvoorwaarden (1/2)

Verschillen in visie op omvorming binnen VGU-leden

- Binnen de VGU-leden bestaan duidelijke verschillen in visie, ambitie en tempo rondom omvorming. Sommige organisaties onderzoeken actief welke mogelijkheden er zijn – bijvoorbeeld via locatie-, team- en cliëntscans – en zoeken gericht naar manieren om zwaardere doelgroepen te huisvesten. Andere organisaties bevinden zich nog in een oriënterende fase of laten omvorming vooral via natuurlijke instroom van zwaardere cliënten ontstaan. Voor een deel van de instellingen past uitbreiding richting VG7/VG7+ bovendien niet goed bij de huidige doelgroep, expertise of het beschikbare vastgoedprofiel.

Organisaties moeten een expliciete strategische keuze maken, waar mogelijk datagedreven

- Ondanks deze verschillen is er brede erkenning dat de instroom van complexere cliënten al toeneemt en de komende jaren verder zal groeien. Dit vraagt van organisaties een duidelijke strategische keuze: blijven zij lichte doelgroepen bedienen, of richten zij zich op zwaardere zorg? Die keuze moet doorvertaald worden naar vastgoedplanning, personeelsontwikkeling en regionale samenwerking. Voor sommige zorgorganisaties betekent dit mogelijk dat zij op termijn afscheid zullen nemen van de lagere indicaties. Inzicht uit scans – over cliënten, vastgoed, teamcapaciteit en zorgvraag – vormt een belangrijke basis voor realistische omvormingsbeslissingen. Verschillende VGU-leden gebruiken analyses of gaan deze gebruiken in de toekomst om te bepalen wie kan blijven, wie kan verhuizen, welke woningen geschikt zijn en waar nieuwe groepen kunnen ontstaan.

Omvorming kent een financieel overgangsgebied en frictiekosten

- Controllers wijzen erop dat omvorming een financieel overgangsgebied kent: de uitstroom van lichte cliënten verlaagt inkomsten, terwijl investeringen voor zwaardere doelgroepen juist toenemen. Organisaties moeten deze transitiefase kunnen overbruggen voordat de nieuwe doelgroep volledig rendeert. Omvorming zal gepaard gaan met aanzienlijke frictiekosten: tijdelijke leegstand, herhuisvesting, extra inzet tijdens opstart, omscholing van teams en hogere ziekteverzuimrisico's. Deze kosten zijn vaak groter dan vooraf ingeschat en bepalen mede het tempo waarin omvorming kan plaatsvinden.

Locatiegeschiktheid bepaalt of omvorming überhaupt mogelijk is

- Organisaties benadrukken dat locaties fysiek geschikt moeten zijn voor zwaardere doelgroepen. Dit vraagt om zichtlijnen, brede gangen, individuele sanitair, prikkelarme ruimtes en veilige routing. Veel bestaande VG3/4-woningen voldoen hier niet aan en geschikte VG7-locaties zijn schaars. Omvorming is daardoor vaak alleen haalbaar met ingrijpende verbouwingen of volledige nieuwbouw. Bovendien hebben veel huidige locaties weinig tot geen uitbreidingsruimte.

Organisatie | Omvormen

Inzichten en randvoorwaarden (2/2)

Teamopbouw moet parallel lopen aan vastgoedtraject

- Vastgoedexperts gaven aan dat omvormingsprojecten vaak stranden omdat teams pas worden opgebouwd wanneer het gebouw bijna klaar is. Voor VG7 werkt dat niet: teams moeten ruim voorafgaand aan opening worden samengesteld, ingewerkt en getraind. Een succesvolle start vereist synchronisatie tussen bouwplanning en personeelsopbouw.

Schaal en clustering zijn bepalend voor de uitvoerbaarheid

- Het leveren van veilige zorg aan VG7-doelgroepen vraagt vaak om clustering: meerdere woningen dicht bij elkaar zodat nachtzorg, supervisie en behandeling efficiënt, doelmatig en betrouwbaar kunnen worden georganiseerd. Versnipperde, kleine locaties zijn hiervoor meestal minder geschikt. Tegelijk is kleinschaligheid voor veel VG7-cliënten juist prettig en vertrouwd. Omvorming vraagt daarom altijd om een zorgvuldige afweging tussen wat organisatorisch nodig is en wat voor de cliënt het beste leefklimaat oplevert.

Organisatie | Omvormen

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- ✗ **Veel bestaand vastgoed is ongeschikt voor zwaardere doelgroepen:** veel locaties missen zichtlijnen, prikkelarme ruimtes, passende sanitairvoorzieningen of goede routing. Verbouwen is kostbaar, traag en soms technisch onmogelijk, waardoor omvorming beperkt wordt door de fysieke omgeving.
- ✗ **Financiële onzekerheid bij opschaling naar zwaardere zorg:** de kosten voor extra veiligheid, behandeling, hogere personeelsratio's en verzwaring van de nachtzorg zijn substantieel. Niet alle organisaties hebben inzicht of zekerheid over structurele financiering, waardoor omvorming risicovol wordt. Heldere meerjarige afspraken missen momenteel om investeringsbeslissingen te kunnen nemen.
- ✗ **Datagedreven voorbereiding mist:** niet alle organisaties beschikken over voldoende data om keuzes rondom omvorming te maken; onzekerheid over MPT/VPT-prestaties, vastgoedscenario's en formatiebehoefte speelt een rol.

Succesfactoren



- ✓ **Duidelijke strategische positionering:** wanneer organisaties helder kiezen welke doelgroep ze wél en niet willen ondersteunen, ontstaat richting voor vastgoed, werving en samenwerking. Dit versterkt de uitvoerbaarheid van omvorming.
- ✓ **Datagedreven voorbereiding:** organisaties die succesvol (willen gaan) omvormen, werken met analyses zoals vastgoedscans, teamscans en cliëntprofielen om precies te bepalen wat haalbaar is. Dit maakt keuzes transparant en voorkomt verkeerde aannames over wat wel en niet mogelijk is.
- ✓ **Opschaling in clusters i.p.v. losse woningen:** zwaardere groepen functioneren vanuit het organisatieperspectief beter wanneer woningen geclusterd zijn: efficiëntere nachtzorg, betere aansturing, minder reistijd en meer behandelcontinuïteit.
- ✓ **Digitale en hybride zorg spelen ook hier waardevolle rol:** digitale ondersteuning wordt bij omvorming vooral gezien als een aanvulling op nabijheid, niet als vervanging ervan. Het werkt het best wanneer het geïntegreerd is in de vaste routines van het team en verbonden is met signaleringsplannen en behandelafspraken.

Omgeving | Omvormen

Inzicht en randvoorwaarden

Zwaardere doelgroepen vragen om een omgeving met voldoende draagkracht

- \ Anders dan bij ambulantisering gaat het bij omvorming naar VG7 niet om integratie in de wijk, maar juist om een beschermde omgeving. Organisaties geven aan dat deze doelgroep het best functioneert op rustige, voorspelbare locaties met voldoende afstand tot prikkelrijke of drukke woongebieden. Veel bestaande wijklocaties zijn daardoor niet geschikt voor VG7-zorg.

Maatschappelijke acceptatie is nog lager bij zwaardere doelgroepen

- \ Daarnaast blijkt uit de interviews dat weerstand in buurten groter is bij VG7 dan bij lichtere doelgroepen. Dit vraagt om locaties waar voldoende afstand, veiligheidsmaatregelen en duidelijke omgevingscommunicatie mogelijk zijn. Omvorming kan daardoor vrijwel nooit plaatsvinden in wijken waar draagvlak of leefbaarheid onder druk staat.

*Wanneer we spreken over de omgeving bedoelen we factoren zoals maatschappelijk draagvlak, de samenwerking met corporaties, gemeenten, huisartsen en het zorgkantoor, en de beschikbaarheid van passende woningen die schaal en continuïteit mogelijk maken. Waar deze elementen bij ambulantisering een directe en bepalende rol spelen, gaat het bij omvorming nog steeds om **intramurale zorg**. De invloed van de omgeving is daardoor kleiner en meer indirect, waardoor er in de interviews ook minder over is gezegd en opgehaald.*

Omgeving | Omvormen

Knelpunten en succesfactoren

Knelpunten



- ✗ **Onvoldoende draagkracht in wijken voor VG7-doelgroepen:** voor veel zwaardere doelgroepen is een prikkelrijke woonomgeving niet passend. Buurten reageren bovendien terughoudend op de komst van groepen met gedragsproblematiek, wat omvorming op wijklocaties moeilijk maakt.

Succesfactoren



- ✓ **Locaties met rust, ruimte en prikkelarme omgeving:** omvorming slaagt vooral op plaatsen waar de omgeving de doelgroep aankan; afgezonderde locaties, ruime terreinen of clusters met voldoende buffer tussen cliënt en buurt. Dit voorkomt escalaties en maakt structurele ondersteuning makkelijker.
- ✓ **Medische infrastructuur dichtbij en bereikbaar:** wanneer huisartsen, AVG's en crisisdiensten dichtbij samenwerken, neemt de operationele haalbaarheid van omvorming sterk toe.

*Wanneer we spreken over de omgeving bedoelen we factoren zoals maatschappelijk draagvlak, de samenwerking met corporaties, gemeenten, huisartsen en het zorgkantoor, en de beschikbaarheid van passende woningen die schaal en continuïteit mogelijk maken. Waar deze elementen bij ambulantisering een directe en bepalende rol spelen, gaat het bij omvorming nog steeds om **intramurale zorg**. De invloed van de omgeving is daardoor kleiner en meer indirect, waardoor er in de interviews ook minder over is gezegd en opgehaald.*

't Kastheel laat zien dat nieuwe VG7-plekken succesvol kunnen ontstaan wanneer kleinschaligheid, nabijheid en duidelijke grenzen consequent worden toegepast

Good practice 't Kastheel

Ter illustratie van een good practice in het creëren van nieuwe woonplekken voor zeer complexe VG7-doelgroepen is een interview afgenomen met 't Kastheel in Kampen.

- \ 't Kastheel werd elf jaar geleden opgericht, vanuit de observatie dat een specifieke groep mensen – vaak met een VG7-indicatie, psychiatrische problematiek, verslaving, forensische achtergrond of ernstige ontwikkelingschade – structureel tussen wal en schip viel. Deze cliënten pasten niet goed in reguliere VG-voorzieningen, maar evenmin in de GGZ of forensische zorg. 't Kastheel ontwikkelde daarom een woon- en begeleidingsmodel dat volledig is toegesneden op deze doelgroep. De VG- en GGZ-doelgroepen wonen samen omdat een deel van de GGZ-cliënten door hun levensloop dezelfde behoeften, belastbaarheid en risico's heeft als complexe VG7-cliënten.
- \ Het uitgangspunt van de organisatie is helder: bewoners mogen hun hele leven blijven, ongeacht hun voorgeschiedenis, gedrag of zorgzwaarte. Dit principe van onvoorwaardelijkheid is geen slogan maar dagelijkse praktijk. Juist bij deze doelgroep – mensen die in hun leven vaak zijn opgesloten, weggestuurd, afgewezen – is de angst om weer verlaten te worden voortdurend aanwezig. Dit betekent dat onvoorwaardelijkheid in de haarvaten van de organisatie moet zitten: in houding, taalgebruik, non-verbale signalen en leiderschap. Vanuit dit vertrekpunt bouwde 't Kastheel een werkwijze die stoelt op drie elementen: kleinschaligheid, nabijheid en duidelijke grenzen. Deze combinatie wordt door de oprichter omschreven als “een warm bad met een betonnen rand”: een warm leefklimaat waarin mensen gezien worden, mét duidelijke structuur en bescherming wanneer dat nodig is.
- \ De organisatie bestaat uit twee kleinschalige locaties (14 en 16 bewoners) en werkt aan een derde locatie voor ouder wordende bewoners. Kleinschaligheid is een bewuste keuze: groepen boven circa 21 bewoners met deze complexiteit zijn organisatorisch en relationeel niet houdbaar. Door deze schaal kennen medewerkers en bewoners elkaar goed, is nabijheid vanzelfsprekend en blijft complex gedrag hanteerbaar.
- \ Uitgangspunten in de praktijk zijn onder andere:
 - Een behandelklimaat waarin VG7- en GGZ-benaderingen worden geïntegreerd.
 - Een vaste behandelaar die de hele week aanwezig is.
 - Nauwelijks functiedifferentiatie: iedereen draagt verantwoordelijkheid voor het geheel.
 - Zo normaal mogelijk samen leven: gezamenlijke boodschappen, koken, huishouding en reparaties.
 - Inzetten van Wzd-bevoegdheden wanneer dat nodig is voor veiligheid, zonder schroom maar met duidelijke motivering.
 - Nieuwbouw of verbouw volgens gewone bouwbesluiten, met extra aandacht voor zichtlijnen, veiligheidsglas en duidelijke routing.
- \ 't Kastheel laat zien dat juist voor het “topje van de ijsberg” binnen de VG7-doelgroep een combinatie van nabijheid, duidelijke grenzen en kleinschaligheid effectief werkt. De organisatie kiest bewust voor een model waarin veiligheid, continuïteit en relatievorming structureel verankerd zijn. Hierdoor lukt het om een doelgroep te stabiliseren die elders vaak tussen sectoren valt of vastloopt.

Deze aanpak laat zien dat nieuwe VG7-plekken werken met rust voor bewoners, stabiele professionals, een duidelijke visie en voldoende draagkracht in de omgeving

Good practice 't Kastheel

De bewoner¹

- \ Bewoners ervaren stabiliteit, voorspelbaarheid en duidelijke grenzen. De onvoorwaardelijke belofte is een cruciale succesfactor. Bewoners die in eerdere zorgtrajecten zijn weggestuurd, opgesloten of overvraagd, ervaren erkenning, veiligheid en duidelijkheid. Ontregeling blijft niet uit, maar de omgeving kan hiermee omgaan: ondersteuning wordt opgeschaald, de woonplek blijft behouden en bewoners krijgen elke dag “nieuwe ronde, nieuwe kansen”.
- \ De locaties liggen bewust aan de rand van de maatschappij: rust, weinig prikkels en minder burendruk. Tegelijk zijn voorzieningen niet te ver weg, zodat bewoners geleidelijk kunnen deelnemen aan de samenleving wanneer zij daar klaar voor zijn.

De organisatie

- \ De organisatie is plat ingericht, met minimale overhead. De visie is leidend; systemen en financiering volgen. Hierdoor kan 't Kastheel investeren in nabijheid, wat escalaties vermindert, stabiliteit vergroot en de inzet van middelen doelmatiger maakt.
- \ Veel wordt bewust zelf gedaan waardoor ouders worden ontzorgd en VG7-tarieven in de praktijk “gewoon dekkend” blijken.
- \ Nieuwe locaties ontwikkelt 't Kastheel waar nodig zelf, vaak in het buitengebied of op overganglocaties. Omdat corporaties en gemeenten terughoudend zijn, werkt de organisatie met particuliere investeerders. Elke nieuwe plek wordt gebouwd vanuit de missie, niet vanuit bestaande structuren.

De zorgprofessional

- \ Zorgprofessionals werken vanuit nabijheid en gelijkwaardigheid. 't Kastheel zoekt geen perfecte cv's, maar mensen met gezond verstand, humor en het vermogen om grenzen te stellen én dichtbij te blijven. Nieuwe medewerkers moeten vaak eerst afleren wat ze in de systeemwereld gewend zijn, zoals protocollen boven relaties en werken in schotten.
- \ De organisatie kent weinig functiedifferentiatie; iedereen (van begeleider tot facilitair) komt bij bewoners thuis en handelt vanuit hetzelfde principe van nabijheid en normaliteit. Een sterk, stabiel team is essentieel voor veiligheid en voor het omgaan met de intensiteit van deze doelgroep. De behandelaar is structureel aanwezig, waardoor zorgprofessionals nooit alleen staan.

De omgeving

- \ Hoewel de locaties aan de rand van de samenleving liggen, blijft de relatie met de omgeving belangrijk. 't Kastheel investeert bewust in contact met burens, die in het begin vaak terughoudend zijn; het kost tijd om vertrouwen op te bouwen.
- \ De samenwerking met de gemeente is beperkt doordat de Wlz geen gemeentelijk domein is, maar voor ruimtelijke ordening wel cruciaal.
- \ Medische zorg wordt lokaal geregeld, meestal via kleine huisartsenpraktijken. Praktijkhouders zijn soms terughoudend, maar langdurige relaties bieden stabiliteit. Daarnaast huurt 't Kastheel een arts VG en psychiater in, zodat behandeling en crisisinterventie altijd beschikbaar zijn.

1) 't Kastheel spreekt bewust van 'bewoners' in plaats van 'cliënten', in lijn met hun visie op wonen en nabijheid.

Omvorming van vrijgekomen VG3/4-plekken naar VG7/VG7+ is slechts beperkt haalbaar en wordt door de meeste organisaties niet gezien als een vanzelfsprekende route

Haalbaarheid

- De interviews laten zien dat omvorming van vrijgekomen VG3/4-plekken naar VG7/VG7+ geen vanzelfsprekende beweging is. Waar ambulantisering onder voorwaarden voor een deel van de doelgroep kansrijk is, wordt omvorming door veel organisaties juist als complex, risicovol en slechts beperkt uitvoerbaar beschouwd. Ook bij omvormen geldt dat omvorming alleen haalbaar is wanneer organisatie, professional en omgeving – veel meer dan de cliënt zelf – tegelijkertijd voldoen aan strikte randvoorwaarden.
- De grootste beperking ligt in het vastgoed. Vrijwel alle organisaties geven aan dat het merendeel van de bestaande VG3/4-woningen niet geschikt is voor zwaardere doelgroepen. Hierdoor is omvorming vaak alleen mogelijk via ingrijpende verbouwing of volledige nieuwbouw, terwijl geschikte kavels en uitbreidingsruimte schaars zijn.
- VG7-zorg vraagt meer personele inzet, specifieke expertise en stabiele teams. Veel instellingen hebben moeite professioneel voldoende op te schalen of medewerkers te vinden die willen én kunnen werken met deze doelgroep. Dit terwijl de arbeidsmarktkrapte de ruimte voor opschaling al beperkt.
- Omvorming vraagt om een zorgvuldige, gefaseerde aanpak. Het ontwikkelen van geschikte VG7-plekken kost tijd, investeringen en een realistische doorlooptijd, omdat locaties moeten worden aangepast, teams moeten worden opgebouwd en regionale afspraken nodig zijn. Daarbij ontstaat in de praktijk vaak een tijdelijk transitiegat: lichte cliënten stromen uit terwijl investeringen in zwaardere zorg juist toenemen. Door dit tijdig te onderkennen en gezamenlijk te plannen, kan de transitie verantwoord, beheersbaar en toekomstbestendig worden uitgevoerd.
- Op basis van de interviews is omvorming alleen haalbaar in specifieke situaties: op locaties die fysiek geschikt te maken zijn, waar clustering mogelijk is en teams tijdig kunnen worden opgebouwd. Voor het merendeel van de bestaande VG3/4-plekken geldt dat omvorming niet realistisch is – en dat andere oplossingen nodig zijn om te anticiperen op de groeiende VG7-vraag.

Impact

Net als bij ambulantisering is de impact van omvorming tweezijdig, maar de bandbreedte is bij omvorming nog groter: wanneer randvoorwaarden kloppen kan het zeer positief zijn; wanneer ze ontbreken brengt omvorming aanzienlijke risico's met zich mee. Wanneer omvorming onder de juiste voorwaarden gebeurt, kan dit zorgen voor passende en veilige VG7-plekken, efficiëntere inzet van nachtzorg en behandeling en een toekomstbestendige intramurale capaciteit. Ontbreken die voorwaarden, dan ontstaan snel risico's: ontregeling, escalaties, teamuitval, veiligheidsproblemen en financiële tekorten.

Inhoudsopgave

- 1 Aanleiding en vraag
- 2 Aanpak
- 3 Inzichten deskresearch: landelijk beeld
- 4 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Ambulantiseren
- 5 Inzichten interviews: impact, haalbaarheid en randvoorwaarden regio Utrecht
Creëren voldoende VG7-plekken
- 6 Conclusie en aanbevelingen

Ambulantisering en het creëren van voldoende VG7-plekken zijn twee aparte opgaven én beiden belangrijk voor een toekomstbestendig aanbod in de regio Utrecht

Ambulantisering vraagt om een eigen koers:
passende cliëntselectie, stabiele teams,
digitale ondersteuning en goede
randvoorwaarden in de wijk.



Het realiseren van voldoende VG7 en VG7+ plekken is een strategische opgave:
veilige, toekomstbestendige locaties
ontwikkelen. Dit kan betekenen: nieuwe
locaties bouwen en niet-passende bestaande
locaties afstoten.

De toekomst van de gehandicaptenzorg begint hier: samen bouwen aan méér eigen regie, méér passende zorg en een regio die klaar is voor de groeiende complexiteit. Dit rapport laat zien dat échte vooruitgang mogelijk is, maar alleen als we de beweging samen maken en dit ook regionaal afgestemd uitvoeren. Niet door het bestaande te repareren, maar door nieuw te durven denken: nieuwe woonconcepten, nieuwe manieren van samenwerken, nieuwe vormen van nabijheid en digitale ondersteuning. Ambulantisering en het creëren van voldoende VG7-plekken zijn geen technocratische opgaven, maar een kansrijke transitie naar toekomstbestendige zorg waar cliënten én professionals sterker van worden.

“Meer regie waar het kan, meer nabijheid waar het moet”

Conclusie en advies: ambulantisering is haalbaar, nieuwe plekken creëren mogelijk mits de VGU hierin gezamenlijk optrekt met elkaar en met alle partners in de regio



- **Ambulantisering is haalbaar**— maar wel onder voorwaarden. Het werkt voor een deel van de doelgroep, waarbij een persoonlijke beoordeling vaak belangrijker is dan de formele indicatie. Cruciale randvoorwaarden zijn voldoende doorstroomwoningen, een sterk betrokken netwerk (gemeenten, corporaties, zorgaanbieders in de wijk) en het tijdig en zorgvuldig meenemen van medewerkers, cliënten en familie.



- **Verbouwen van bestaande VG3/4-plekken naar VG7 is slechts beperkt haalbaar is.** De meeste huidige locaties voldoen niet aan de fysieke, personele of organisatorische voorwaarden. Daarmee ligt de opgave vooral in het regionaal **creëren, clusteren en toekomstbestendig bouwen** van nieuwe plekken voor zwaardere doelgroepen.



- **Deze beweging vraagt iets van elke organisatie afzonderlijk.** Van bestuur tot teams is een omslag nodig: niet optimaliseren binnen oude structuren, maar werken vanuit nieuwe kaders, nieuwe concepten en nieuwe manieren van organiseren. Begin klein waar het moet, maar werk vanuit het principe: niet het oude repareren, maar het nieuwe ontwikkelen.



- **Deze beweging vraagt ook iets van de organisaties gezamenlijk:** regionale samenwerking is essentieel. Door als VGU-leden gezamenlijk op te trekken – samen met gemeenten, corporaties, zorgkantoor, huisartsen, GGZ en andere relevante partijen – ontstaat samenhang en voorkom je dat individuele organisaties of doelgroepen vastlopen. Dit vraagt om gezamenlijke richting, een gedeeld plan, een goede uitgewerkte business-case, gezamenlijke gebiedsontwikkeling en duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden en ontwikkelruimte.

Ambulantisering is haalbaar, wanneer we randvoorwaarden goed organiseren.

Nieuwe plekken creëren is mogelijk, wanneer we durven kiezen, clusteren en investeren en geen enkele organisatie kan dit alleen.

*Alleen door regionaal samen te werken, met gemeenten, corporaties, zorgkantoor en elkaar, kunnen we voldoende geschikte woningen, sterke teams en goede wijkondersteuning creëren. **Dit rapport is daarmee geen eindpunt, maar een uitnodiging:** een uitnodiging om samen te pionieren, te leren, te bouwen en te versnellen. Een uitnodiging om de zorg niet te verzwaren, maar te vernieuwen en om te laten zien dat de VGU voorop kan lopen in mensgerichte, toekomstbestendige gehandicaptenzorg.*

Dit vraagt iets van de individuele leden van de VGU en van de VGU als geheel (1/2)



Als individuele organisatie

- Werk **vanaf de start samen** met alle betrokken partijen in de regio. Betrek cliënten, naasten, bewoners- en verwantenraden, zorgprofessionals én regionale partners zoals gemeenten en welzijnsorganisaties vanaf het begin bij je plannen. Benoem één vast aanspreekpunt (bestuur/MT) én één inhoudelijk trekker.
- **Vertaal de regionale visie en ambitie naar een eigen koers:** Maak op basis van de gezamenlijke regionale visie een organisatie-specifieke strategie, plan en businesscase. Beschrijf hoe jouw organisatie bijdraagt aan de regionale doelen, welke rol je vervult in ambulantisering en het creëren van nieuwe plekken. Laat expliciet zien welke regionale opgaven je ondersteunt, welke keuzes je zelf maakt (wat doe je wel / niet). Werk **datagedreven** en bouw inzicht op binnen de eigen organisatie.
- **Werk datagedreven en bouw inzicht op** binnen de eigen organisatie: Organiseer structureel inzicht in cliëntenstromen, geschiktheid voor ambulantisering, benodigde VG7/VG7+-capaciteit, risico's op ontregeling, personeelsinzet en vastgoedpotentieel. Gebruik data om keuzes te onderbouwen, scenario's door te rekenen en de voortgang te monitoren. Deel relevante inzichten actief terug met de regio en het leernetwerk.
- **Voer een transitieanalyse uit langs minimaal 4 assen: Doelgroepen & zorginhoud, Personeel & competenties, Huisvesting & plekken en Technologie & ondersteuning.** Werk dit eerst intern uit en breng het vervolgens regionaal samen. Door deze individuele analyses te bundelen, ontstaat overzicht en kan daarna samen opgetrokken worden in hoe de transitie vorm te geven en waar mee gestart wordt.

Als VGU gezamenlijk

- Creëer binnen 6 maanden een **regionaal gedeeld gevoel van urgentie**. Onderbouw de noodzaak van verandering met data-inzichten, praktijkvoorbeelden en een helder regionaal verhaal. Dit gezamenlijke narratief vormt het vertrekpunt voor zowel ambulantisering als het toekomstbestendig vormgeven van VG7-capaciteit.
- **Formuleer binnen 9 maanden samen een duidelijke visie en ambitie voor de regio en vervolgens één gezamenlijke strategie waar alle VGU-leden zich aan verbinden.** Bepaal samen regionale ambitiecijfers, bijvoorbeeld: aantal extra ambulante plekken (per jaar), aantal te realiseren VG7-plekken (per jaar), percentage cliënten dat (deels) hybride/digitaal ondersteund wordt. Vertaal deze ambitie naar één regionale strategie 2026–2030. Dit biedt richting en houvast voor keuzes op korte en lange termijn.
- **Verzamel, deel en benut datagedreven inzichten:** Organiseer regionaal inzicht in vraag, aanbod, wachtlijsten, risico's, doelgroepkenmerken en benodigde capaciteit. Gebruik deze data voor besluitvorming, fasering en monitoring. Maak datadeling onderdeel van de samenwerking en het leernetwerk.
- Maak **duidelijke regionale afspraken over rollen, verantwoordelijkheden en doelgroepen.** Leg vast wie welke verantwoordelijkheid draagt voor welke zorg en voor welke doelgroepen en zorg voor gezamenlijk commitment. Zorg dat eventuele verschuivingen door ambulantisering en het creëren van nieuwe plekken altijd in afstemming plaatsvinden. **Betrek het zorgkantoor actief.**

Dit vraagt iets van de individuele leden van de VGU en van de VGU als geheel (2/2)



Als individuele organisatie

- Laat je **inspireren door goede voorbeelden** in en buiten de regio. Verken gezamenlijke regionale pilots, initiatieven van andere regio's en landelijke voorbeelden. Gebruik deze inspiratie om nieuwe concepten aan te scherpen en succesvolle werkwijzen over te nemen.
- **Creëer experimenteerruimte** voor zowel ambulantisering als het creëren van nieuwe plekken. Maak met zorgkantoor en gemeenten afspraken over ruimte om te experimenteren, zodat teams op kleine schaal kunnen proberen, leren en innoveren. Leg daarbij ook vast hoe **inzichten worden verzameld en gedeeld**, zodat andere organisaties binnen het leernetwerk hiervan kunnen profiteren.
- **Leg niet te veel kaders vast** voor ambulantisering. Kijk per cliënt wat mogelijk is en zie ambulantisering vooral als het vergroten van zelfstandigheid, niet als een vast eindpunt. Werk doelgericht aan zelfregie, ongeacht woonvorm.
- Zorg voor **interne alignment**: Neem medewerkers, cliënten en familie vroeg en goed mee in de achterliggende principes en het toekomstbeeld. Heldere communicatie, gezamenlijke reflectie en gedeeld begrip versnellen de transitie en voorkomen weerstand.

Als VGU gezamenlijk

- Heb **oog voor ieders belangen binnen de VGU** – ook de onuitgesproken. Zorg dat zorgen, wensen en verwachtingen rondom beide transitieën bespreekbaar zijn. Zonder goede afstemming, sluiten aanbod en capaciteit niet meer op elkaar aan en wordt onduidelijk wie welke zorg levert, waardoor specifieke doelgroepen het risico lopen nergens meer terecht te kunnen.
- **Vorm een regionaal leernetwerk** en schaal op wat werkt. Begin bij teams of organisaties waar energie zit, en zorg dat succesvolle werkwijzen snel worden overgenomen volgens het principe “pas toe of leg uit waarom niet”. Dit versnelt zowel ambulantisering als het opzetten van toekomstbestendige intramurale voorzieningen.
- **Activeer gericht leren, niet vrijblijvend “inspireren”**. Maak minimaal één concrete aanpassing in beleid, werkwijze of ontwerp per jaar die aantoonbaar is geïnspireerd door een voorbeeld, zoals digitale en hybride zorg. Bundel kennis en pilots, zodat zowel ambulante teams als zwaardere intramurale settings hiervan profiteren.
- **Investeer in gezamenlijke training en professionalisering**. Voor ambulantisering en het creëren van nieuwe plekken zijn nieuwe vaardigheden nodig, en in grote lijnen komen deze leerbehoeften overeen tussen organisaties. Door opleiden en oefenen gezamenlijk te organiseren, versterken partijen niet alleen hun eigen competenties, maar ook de samenwerking. Dat vergt meer investering om het gezamenlijk te organiseren maar draagt uiteindelijk bij aan een betere realisatie.

Op basis van de gesprekken zijn diverse praktische handvaten al opgesteld die bruikbaar kunnen zijn ook voor de leden van de VGU



Ontwerp community living, geclusterde VPT-flats of pantoffelwoningen altijd in samenhang met nabijgelegen voorzieningen. Zorg dat dagbesteding, teamruimtes en steunpunten dichtbij zijn. Dit vergroot veiligheid, stabiliteit en het succes van ambulante woonvormen.

Woonvormen mét nabijheid van voorzieningen



Laat teams bij elkaar meekijken om te leren hoe ambulante situaties, crisisinterventies en complex gedrag in de praktijk worden aangepakt. Dit verlaagt handelingsverlegenheid en versnelt leren.

Zorgsafari's en meekijkmomenten



Ontwikkel duidelijke stappenkaarten: wie bel je wanneer, welke interventies zijn mogelijk, waar zit de achtervang, welke opties zijn er voor time-out of logeerplekken. Dit vergroot veiligheid en voorspelbaarheid.

Workflows voor opschalen en terugschakelen



Werk met een vast format of checklist (dag-nachtritme, netwerk, prikkelgevoeligheid, onregelfactoren) om te bepalen of ambulantisering passend is. Evalueer dit regelmatig.

Afwegingskader per cliënt



Organiseer bijeenkomsten om de beweging naar zelfstandigheid uit te leggen, zorgen te bespreken en verwachtingen helder te maken. Dit versterkt draagvlak en voorkomt misverstanden.

Gerichte informatie- en dialoogavonden voor verwanten



Organiseer intervisie-momenten tussen organisaties om lastige casuïstiek te bespreken en te leren welke aanpak waar werkt. Dit versterkt de lerende regio.

Regionale casuïstiekbesprekingen

Individuele leden van de VGU kunnen aan de slag met een werkagenda, deze interacteert met de gezamenlijke VGU werkagenda (1/2)

2026 – Organisatie werkagenda

1. Visie en koers

Vertaal de regionale VGU-visie naar een eigen organisatiekoers: wat is de rol van jouw organisatie in ambulantisering? Wil en kán jouw organisatie nieuwe plekken creëren voor VG7/VG7+? Wat kan wel en wat kan niet? En hoeveel is mogelijk?

2. Datagedreven inzicht creëren

Start met interne scans: cliëntgeschiktheid voor ambulantisering (afwegingskader), vastgoedgeschiktheid/beperkingen, teamsamenstelling, stabiliteit, benodigde scholing en risico's op terugval / benodigde achtervang.

Richt structurele monitoring in van instroom, uitstroom en eventuele terugkomst van cliënten.

3. Teamontwikkeling

Inventariseer opleidingsbehoefte: hybride werken, risicotaxatie, omgaan met escalaties, wijkgericht werken. Start scholing & coaching voor ambulante teams en/of teams die richting VG7 bewegen.

4. Starten met pilots en proeftuinen

Kleine pilots voor: geclusterd wonen / pantoffelwoningen, hybride ondersteuning (beeldzorg, digicontact), oefenen met opschalen/afschalen.

Begin met 1 of 2 locaties om te leren, niet de hele organisatie tegelijk.

5. Communicatie en draagvlak

Start verwachtingsmanagement naar cliënten en familie: dialogosessies, informatieavonden, uitleg toekomstbeeld.

Interne alignment: visie en richting uitleggen aan teams en medewerkers.

2027 e.v. – Organisatie werkagenda

6. Versterken van samenwerking met corporaties en gemeenten

Eén-op-één afspraken over: woningtoewijzing, tussenhuurconstructies en bouwopgaven voor komende jaren (ook in VGU-verband)

7. Uitbouwen van ambulantisering

Opschalen van succesvolle pilots: meer geclusterde woonvormen, meer hybride ondersteuning, structurele samenwerking met wijkteams/huisartsen.

Afwegingskader verplicht gebruiken bij nieuwe cliënten én herbeoordelingen.

8. Voorbereiden op creëren nieuwe plekken (alleen waar realistisch via omvorming)

Vastgoedbeslissingen: welke locaties zijn kansrijk voor creëren nieuwe plekken? En welke niet en worden mogelijk afgebouwd als de verwachting is dat er minder instroom op VG3/4 plaats zal vinden.

9. Organiseren van achtervang

Structurele afspraken realiseren voor: crisiszorg-light / time-out, logeerplekken, snelle opschaling bij ontregeling.

10. Structurele inbedding van digitale/hybride zorg bij ambulantisering

Standaardiseren van digitale contactmomenten, monitoring en domotica. Integratie in behandel- en begeleidingsplannen.

Individuele leden van de VGU kunnen aan de slag met een werkagenda, deze interacteert met een **gezamenlijke VGU werkagenda (2/2)**

2026 – Gezamenlijke VGU werkagenda

1. Regionale visie en strategie vaststellen

Eén gedeelde regio-visie op:– ambulantisering (tempo, doelgroep, randvoorwaarden) en toekomstbestendige VG7-/VG7+-capaciteit.

Heldere uitgangspunten: wat kan en wat kan niet.

2. Regionaal urgentiebesef creëren

Gezamenlijk verhaal ontwikkelen (“why”): data over groei zwaardere doelgroep, krapte in vastgoed, knelpunten in wijk-medische zorg.

Regiobreed delen met bestuurders, gemeenten en corporaties.

3. Regionaal dataplatform/dashboard bouwen

Regionale dashboards voor: wachtlijsten, beschikbare crisisbedden/achtervang–ambulantisering-potentieel, vastgoed (VG3/4 geschiktheid, uitbreidingsruimte).

Faciliteren van gestandaardiseerde datadeling.

4. Starten met regionaal leernetwerk

Gezamenlijke bijeenkomsten om best practices te delen. Zorgsafaris tussen organisaties. Gezamenlijke trainingsprogramma’s (hybride zorg, risicotaxatie, agressiehantering).

5. Regionale afspraken met partners

Startgesprekken met gemeenten, corporaties & zorgkantoor over: regionale woonopgave, medische toegankelijkheid in de wijk, toekomstbestendige VG7-locaties en experimenteerruimte voor pilots

2027 e.v. – Gezamenlijke VGU werkagenda

6. Regionaal plan operationaliseren

Per gemeente/gebied bepalen: hoeveel ambulante bewoners er terecht kunnen, waar geclusterde woonvormen ontwikkeld worden, welke locaties toekomstbestendig zijn voor VG7/VG7+ en waar nieuwe bouw/zorgclusters moeten komen.

7. Gezamenlijke vastgoed- en gebiedsontwikkeling

Regiobrede selectie van bijvoorbeeld 2 á 3 locaties kansrijk voor nieuwe VG7-clusters en 2 á 3 plekken voor geclusterd ambulant wonen.

Gezamenlijke lobby richting corporaties, gemeenten en provincie.

8. Regionale afspraken over doelgroepverdeling

Welke organisatie neemt welke doelgroep? Hoe voorkomen we dat cliënten tussen wal en schip vallen? Hoe verdeel je risico’s (financieel, personeel, capaciteit)?

9. Gezamenlijke innovatieagenda

Regionaal opschalen succesvolle digitale en hybride zorgpilots. Gezamenlijke inkoop, toolselectie en implementatie.

10. Structurele monitoring

Halverwege het jaar en eind van het jaar regionale voortgangsrapportage: ambulantisering %, stabiliteit van teams, incidenten en terugval, voortgang vastgoed en inzicht in capaciteit VG7/VG7+.

Bijlagen

- A** Good practices
- B** Interviewleidraad
- C** Overzicht geïnterviewde personen
- D** Overzicht van de geanalyseerde rapporten
- E** Lijst met afkortingen

Good practices

Aangedragen door de VGU-leden

Kleinschalige wooninitiatieven



- \ **Mooi Leven Huizen (Nabij Netwerk)** – Kleinschalige woonvormen waar ouders, professionals en naasten samen één team vormen rond kinderen/jongvolwassenen met een intensieve zorgvraag.
- \ **Generaal & De Majoor (Woonin)** – Gemengde wooncomplexen met reguliere huurders en cliënten die ondersteuning krijgen bij zelfstandig wonen. Nadruk op onderlinge betrokkenheid en community-vorming.
- \ **Buurtklik Wetering-Zuid (Czas Wonen)** – Tijdelijke modulaire woonbuurt met gemengd wonen (starters, statushouders, uitstromers zorg) en actieve community-vorming.
- \ **Hof van Leeuwesteyn (AxionContinu/Woonin)** – Intergenerationeel wonen met zorgwoningen en een sterke sociale structuur. Goede samenwerking tussen zorgorganisatie en woningcorporatie.

Zorgvernieuwing, transities en maatschappelijke bewegingen



- \ **Van Zorg naar Gewoon Leven** – Landelijke beweging die inzet op normalisering, eigen regie, zorgzame buurten en toekomstbestendige zorg. Het gewone leven is leidend.
- \ **Community-aanpak Veenendaal (VG7/VG8)** – Samenwerkingsmodel waarin gemeente, zorgorganisaties, woningcorporaties en veiligheidspartners structureel samenwerken rondom cliënten met zware gedragsproblematiek.

Zorg in de wijk, thuis en langdurige ondersteuning



- \ **Beweging 3.0** – Wijkverpleging, verpleeghuiszorg, revalidatie en welzijn in de regio Eemland met nadruk op “zorg met aandacht”.
- \ **Thuiszorg West-Brabant** – Grootste thuiszorgorganisatie in West-Brabant met ondersteuning in dagelijks functioneren, wijkverpleging en jeugdgezondheidszorg.
- \ **Pameijer** – Ondersteunt mensen met LVB, psychosociale of psychiatrische problematiek bij wonen, werken en deelnemen in de wijk, vanuit kracht- en talentbenadering.
- \ **Driestroom** – Zorgorganisatie met wonen, dagbesteding en ambulante begeleiding voor mensen met een verstandelijke beperking, gericht op eigen regie en inclusie.

GGZ-vernieuwing en complexe zorg



- \ **Pantoffelwoningen / LZ-GGZ-woonzorgconcepten** – Nieuwe kleinschalige woonvormen voor mensen met langdurige, intensieve GGZ-zorgbehoeften onder de Wlz.
- \ **GGZ Doorbraakinitiatief** – Verbeterprogramma voor betere signalering, behandeling en organisatie voor mensen met LVB/ZB binnen de gespecialiseerde GGZ.
- \ **Levensloop / consultatief werken** – Werkwijze voor continuïteit, vroeg signalering en specialistische consultatieve ondersteuning aan teams bij complexe langdurige zorgvragen.

Good practices

Verzameld uit literatuur en onderzoeken

Kleinschalig wonen in de wijk



- \ **Ons tweede thuis** – Zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking, autisme en NAH. Biedt wonen, dagbesteding, behandeling en ambulante begeleiding. Sterke inzet op eigen regie en netwerkbetrokkenheid.
- \ **Baersdonk (Dichterbij)** – Woningen voor (jong)volwassenen met een LVB. Studio's met eigen voorzieningen, gecombineerd met ontmoetingsruimtes. Sterke focus op zelfstandigheid, participatie in het dorp en een stimulerende leefomgeving.
- \ **Syndion** – Organisatie met meer dan 60 locaties voor mensen met een verstandelijke- of lichamelijke beperking of NAH. Biedt wonen, dagbesteding, werk en ambulante ondersteuning; sterk wijkgericht en gericht op behoud van regie.

Dagbesteding en participatie

- \ **SOVAK** – Regionale organisatie in West-Brabant voor mensen met een verstandelijke beperking. Biedt wonen, dagbesteding, behandeling en begeleiding. Grote variëteit aan woonlocaties en sterk maatwerk in ondersteuning.
- \ **Talent** – Kleinschalige dagbestedingsorganisatie met kleine groepen en persoonlijke begeleiding. Richt zich op het vergroten van zelfredzaamheid en participatie via diverse activiteiten, workshops en werkprojecten, binnen een veilige en professionele leeromgeving.

Zelfstandiger wonen met ondersteuning



- \ **Prisma** – Organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. Biedt geclusterd zelfstandig wonen via MPT: eigen woning met intensieve begeleiding en zorg op maat. Gericht op zo zelfstandig mogelijk leven.
- \ **Pluryn** – Ondersteuning voor (jong)volwassenen met LVB, VB of NAH. Combinatie van zelfstandig wonen, wijkgerichte begeleiding en waar nodig 24-uurszorg. Gericht op participatie, leren en vergroten van eigen regie.

Ouder- en particuliere initiatieven



- \ **Stichting PIM** – Ouderinitiatief voor jongeren met (zeer) meervoudige beperkingen. Kleinschalig wonen met intensieve begeleiding in twee gekoppelde woningen voor 16 jongeren. Biedt ook dagbesteding op dezelfde locatie.
- \ **De Hofstede** – Gezinshuis voor volwassenen met een verstandelijke of lichte lichamelijke beperking/ASS. Kleinschalig begeleid wonen met vaste begeleiders en dagbesteding op maat in een huiselijke omgeving.

Interviewleidraad

| Thema | Onderwerp |
|---|--|
| Huidige situatie | Huidig beleid op ambulantisering |
| | Wat gebeurt er al? (inclusief goede voorbeelden) |
| | Succesfactoren en succesvolle zorgvormen |
| Organisatie en infrastructuur | Benodigde veranderingen (o.a. huisvesting, personeel) |
| | Benodigde investeringen (o.a. infrastructuur en vastgoed) |
| | Beïnvloeding van de behandelcomponent |
| | Verandering in de instroom van cliënten |
| | Consequenties van verschoven instroom |
| Cliënt perspectief | Ervaringen van cliënten en het netwerk over de transitie |
| | Gevolgen medische zorg |
| | Risico van terugval |
| Samenwerking en governance | Betrokken stakeholders (o.a. woningcorporaties, gemeenten) |
| | Impact op de samenwerking met stakeholders |
| | Benodigde governance afspraken |
| Afwegingskader en besluitvorming | Afwegingscriteria ambulanti vs. intramuraal |
| | Beleid nieuwe en bestaande cliënten |
| | Borging kwaliteit en veiligheid |
| | Maatschappelijke opgave transitie |
| Innovatie | Kansrijke preventieve interventies |
| | Kansrijke technologische innovaties en digitale tools |
| | Nieuwe zorgvormen |

Overzicht van de deelnemende partijen en personen die in kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd

| Organisatie | Functies |
|--------------------------|---|
| Humanitas DMH | Rayon Directeur |
| Bartiméus | Raad van Bestuur en Klantgroep Manager |
| De Tussenvoorziening | Clustermanager, Gedragwetenschapper en Manager Zorgbemiddeling |
| Fivoor | Directeur Bedrijfsvoering en Directeur Patiëntenzorg |
| Abrona | Manager Behandeling & Expertise |
| Eemhart | Raad van Bestuur |
| Zideris | Directeur a.i., Business Controllers en Strategisch Adviseur Zorgverkoop |
| Philadelphia | Waarnemend Regiodirecteur, Senior Business Controller en Manager Zorg & Wonen |
| 's Heeren Loo | Regiodirecteur en accountmanager/Ontwikkelaar Zorgvastgoed |
| Reinaerde | Raad van Bestuur en Strategisch Manager Zorginhoud en Dienstverlening |
| InteraktContour | Directeur Zorg en Wonen |
| Pluryn | Directeur Zorg en Behandeling |
| Leger des Heils | Afdelingsmanager Ambulant en leidinggevende Ambulante team & Housing |
| Lievegoed | Bestuurder |
| Zorgkantoor | Transitieadviseur en Inkoper GZ/GGZ |
| Inloopmoment vastgoed | 's Heeren Loo, Tussenvoorziening, InteraktContour, Abrona en Eemhart |
| Inloopmoment controllers | 's Heeren Loo, Tussenvoorziening, Bartiméus, Abrona en Fivoor |
| Het Houvast | Initiatiefnemer, netwerk coördinator en orthopedagoog generalist |
| 't Kastheel | Raad van Bestuur |

Overzicht van geanalyseerde rapporten (1/3)

| # | Rapporten |
|----|---|
| 1 | WLZ - Overzicht van de zorgprofielen voor VG en LVG (2021) |
| 2 | CZ - Handboek Volledig Pakket Thuis (VPT) (2023) |
| 3 | ZN en VGN - Aan de slag met kanslijn 4: Ambulantisering – een zo zelfstandig mogelijke, veilige plek in de samenleving voor cliënten die dat aankunnen (2023) |
| 4 | Zorginstituut Nederland - Good Practices in de langdurige zorg (2018) |
| 5 | NZa - Differentiatie bekostiging VG7-prestaties (2025) |
| 6 | VGN - Visiedocument voor de gehandicaptenzorg (2020) |
| 7 | Nivel - Implementatie van erkende effectieve interventies in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg (2022) |
| 8 | VGZ - Stand van zaken zorgprofiel VG7 (2024) |
| 9 | VGN/ZN - Transitie naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg – een handvat voor het maken van afspraken over de beoogde impact (2023) |
| 10 | Vilans - Wederkerigheid is de sleutel van 't Kompas op Zuid (2024) |
| 11 | VGU - Themabijeenkomst over ambulantisering in de gehandicaptenzorg (2025) |
| 12 | VGN/ZN - Landelijk akkoord gehandicaptenzorg VGN-ZN 2022-2026 / Toekomstbestendige Gehandicaptenzorg (kanslijn 4) (2022) |
| 13 | P5COM/skipr - Zó maken vier organisaties de transitie naar duurzame gehandicaptenzorg (2024) |
| 14 | VGU - Toegankelijke medische zorg (2026) |
| 15 | Menzis - Aanvullend regionaal inkoopbeleid extra middelen VG 7 2023 Menzis Zorgkantoor (2023) |

Overzicht van geanalyseerde rapporten (2/3)

| # | Rapporten |
|----|--|
| 16 | VGN - Toelichting en veel gestelde vragen vg7plus (2025) |
| 17 | HHM - Probleemanalyse VG7 - Onderzoek naar onderliggende signalen en knelpunten (2021) |
| 18 | VWS - Samenvatting resultaten Toekomstagenda volwaardig leven (2021) |
| 19 | NZa - Beleidsregel --> Alleen onderdeel n. Prestatie ZZP 7vg-plus inclusief behandeling en inclusief dagbesteding (2026) |
| 20 | Toekomstagenda gehandicaptenzorg: 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking' (2024) |
| 21 | Tweede Kamer - Gehandicaptenbeleid BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT (2024) |
| 22 | KPMG - Inzicht in (persoons)kenmerken die mogelijk onderscheidend zijn voor actualisatie zorgprofiel voor mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende (zware) gedragsproblematiek (VG7) (2023) |
| 23 | VGN - Leidraad persoongerichte zorg (2023) |
| 24 | Trimbos - Ambulantisering van de GGZ (2025) |
| 25 | Gezondheid & Samenleving - Zorggebruik van ouderen (2025) |
| 26 | Spit - Voor ernstig verstandelijk beperkten is in de zorg amper nog plek (2025) |
| 27 | Zorgkantoor - Zorginkoopdocument WLZ Sector GZ - 2024-2026 |
| 28 | Zorgkantoor - Zorginkoopdocument CZ WLZ Sector GZ – 2026 |
| 29 | Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (2026) |
| 30 | Zorgkantoor - Zorginkoop document 2026 LZ verpleging en verzorging VGZ (2026) |

Overzicht van geanalyseerde rapporten (3/3)

| # | Rapporten |
|----|---|
| 31 | Zorgkantoor - Zorginkoop document 2026 LZ gehandicaptenzorg VGZ (2026) |
| 32 | ZN - Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg (2023) |
| 33 | VGN - Overzicht inkoopbeleid zorgkantoren gehandicaptenzorg (2025) |
| 34 | Zilveren Kruis - Inkoopbeleid Wlz Verpleging en verzorging 2024 - 2026 Geactualiseerd voor 2026 |
| 35 | Zilveren Kruis - Inkoopbeleid Wlz GZ 2024 - 2026 Geactualiseerd voor 2026 |
| 36 | VWS – WOZO (2026) |
| 37 | Rebel - Ontwikkeling indicaties VG Wlz (2022) |

Lijst met afkortingen

- \ GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg
- \ LVG: Licht Verstandelijk Gehandicaptten
- \ MPT: Modulair Pakket Thuis
- \ VPT: Volledig Pakket Thuis
- \ VG: Verstandelijk Gehandicaptten
- \ VGU: Vereniging Gehandicapttenzorg Utrecht
- \ VVT: Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
- \ Wlz: Wet Langdurige Zorg
- \ ZZP: Zelfstandige Zonder Personeel
- \ ZZP VG : Zorgzwaartepakket Verstandelijk Gehandicaptten