

Evaluatieonderzoek rapport
‘Medisch noodzakelijk verblijf
in de geneeskundige geestelijke
gezondheidszorg’



Samenvatting	3	3 Resultaten vraagstelling 2	
1 Inleiding	7	'Opvolging van de aanbevelingen'	23
1.1 Aanleiding	7	3.1 Inleiding	23
1.2 Achtergrond en bevindingen het Zorginstituut rapport en de werkwijzer	7	3.2 Aanbeveling 1: Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf	23
1.3 Centrale vragen voor het evaluatieonderzoek	9	3.3 Aanbeveling 2: Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!	28
1.4 Methodes	11	3.4 Aanbeveling 3: Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen	32
1.5 Leeswijzer	12	3.5 Aanbeveling 4: Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit	34
2 Resultaten vraagstelling 1		3.6 Aanbeveling 5: Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de ggz	36
'Bijdrage van de kaders aan goede afspraken in de praktijk over de weging van medische noodzaak voor ggz-verblijf'	13	4 Conclusie en aanbevelingen	41
2.1 Inleiding	13	Literatuur	46
2.2 In hoeverre zijn de kaders voldoende toepasbaar?	15	Afkortingen	47
2.3 In welke gevallen laten de kaders te veel of juist te weinig ruimte open voor eigen (professionele) interpretatie?	19	Bijlage: Overzicht geïnterviewden	48
2.4 Biedt de duiding voldoende handvatten voor de afbakening van medisch noodzakelijk verblijf Zvw met ggz-verblijf in andere domeinen, in het bijzonder met beschermd wonen Wmo? Is het onderscheid duidelijk voor partijen?	20		



In dit rapport wordt verslag gedaan van de evaluatie van de impact van het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ: Op weg naar goede ketenzorg in de GGZ' dat Zorginstituut Nederland (hierna het Zorginstituut) in 2017 uitbracht. Het rapport van het Zorginstituut had als doel om met een duiding de bestaande wettelijke kaders te verhelderen voor:

- 1 Wat de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf in de Zorgverzekeringswet voor mensen met psychische stoornissen is.
- 2 De afbakening daarvan met andere domeinen, waaronder het beschermd wonen in de Wmo 2015.
- 3 Wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten met een psychische stoornis alleen dan worden opgenomen wanneer dit bijdraagt aan hun veiligheid en herstel.

De duiding van het Zorginstituut hield in dat 'een medische noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ bestaat, als 1. de opname nodig is voor diagnostiek of 2. het instellen van medicatie. Daarnaast kan verblijf aan de orde zijn om 3. gevaar voor de cliënt of de omgeving af te wenden, of 4. omdat zorg in de thuissituatie onvoldoende resultaat oplevert. Dit laatste kan het geval zijn, als de cliënt geen of te weinig (of een overbelast) steunsysteem heeft, waardoor behandeling in de thuissituatie weinig kans van slagen heeft, of als de sociale omgeving de behandeling tegenwerkt, of als een klinische behandeling effectiever is voor het bereiken van de behandeldoelen. Al deze redenen kunnen leiden tot een medische noodzaak voor verblijf in verband met de geneeskundige zorg.'

Het Zorginstituut-rapport werd afgesloten met vijf aanbevelingen voor betere (verblijfs-)zorg in de geneeskundige ggz:

- 1 Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf.
- 2 Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!
- 3 Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen.
- 4 Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit.
- 5 Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de ggz.

De Nederlandse ggz, Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Mind brachten in 2018 naar aanleiding van het rapport van het Zorginstituut de 'Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz' uit om uitvoering te geven aan de aanbevelingen van het Zorginstituut. Deze werkwijzer ging ook in op de introductie van de deelprestatie 'verblijf met rechtvaardigheidsgrond' (vmr) voor situaties waarin ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen in het gemeentelijke domein.

Het Trimbos-instituut onderzocht van medio 2022 tot medio 2023 in opdracht van het Zorginstituut de impact van het rapport van het Zorginstituut op het veld. De door het Zorginstituut gestelde onderzoeksvragen waren:

- 1 In hoeverre dragen de kaders in het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz' ertoe bij dat partijen in de praktijk (o.a. zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) goede afspraken hebben kunnen maken over de wijze waarop de beoordeling/weging van een medische noodzaak voor ggz-verblijf plaatsvindt?
- 2 In hoeverre zijn de aanbevelingen uit het rapport rondom start, duur en beëindiging van medisch noodzakelijk verblijf en verbetering van de ketenzorg opgevolgd? En heeft dit bijgedragen aan meer passende zorg voor cliënten met een psychische stoornis?

De vragen zijn beantwoord met kwalitatieve onderzoeksmethoden en literatuuronderzoek. Er zijn (groeps-)interviews gehouden in vijf regio's met verpleegkundigen, woonbegeleiders, psychiaters, zorgmanagers, beleidsmedewerkers en vertegenwoordigers van de raad van bestuur van geïntegreerde ggz-instellingen en aanbieders van beschermd wonen. Ook zijn in elke regio inkopers en/of medisch adviseurs van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten geïnterviewd. Naast de interviews op regioniveau zijn interviews gevoerd op macroniveau, met afgevaardigden van beroepsverenigingen, brancheverenigingen, experts op het gebied van zorgstandaarden en experts op gebied van onderzoek in de ggz. In totaal zijn 61 personen geïnterviewd (zie Bijlage: Overzicht geïnterviewden). Naast de interviews is er literatuuronderzoek gedaan naar de impact van het het Zorginstituut rapport op zorgstandaarden.

Uit de interviews blijkt dat het rapport en de werkwijzer maar bij een minderheid van de geïnterviewden bekend is. Deze beperkte bekendheid maakt het aannemelijk dat het rapport weinig invloed op de praktijkuitoefening heeft gehad. Geïnterviewden noemen als mogelijke redenen voor de onbekendheid met het rapport dat de terminologie van 'medisch noodzakelijk verblijf' onvoldoende aansluit bij de praktijk van het zorgproces en daardoor onvoldoende uitnodigend is. Ook wordt de duiding niet altijd ervaren als helpend voor de praktijk maar meer als controlerend.

Afgaande op de interviews blijkt dat de werkwijze in de praktijk wel overeenkomt met de duiding van het Zorginstituut: de beslissing om al dan niet over te gaan tot medisch noodzakelijk verblijf is een proces waarin professionals, vaak samen met de cliënt en soms met naasten, de afweging maken op basis van cliënt-, netwerk- en andere zorggebonden factoren. Waarbij de klinische opname een laatste optie is en doorgaans wordt gezien als een schakel in een verder ambulante traject. Dit beslisproces is altijd multifactorieel bepaald waarbij er ook factoren meespelen die buiten de directe invloedssfeer liggen zoals een tekort aan woningen.

Ook voor vraagstelling 2 over de opvolging van de aanbevelingen speelt mee dat het rapport tamelijk onbekend is in de praktijk. Toch is nagegaan in welke mate er in de regio's ontwikkelingen zijn geweest op de onderwerpen van de aanbevelingen, ook omdat dit ontwikkelingen zijn die ook op andere manieren gestimuleerd worden.

Wat betreft de aanbevelingen om criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf te ontwikkelen (aanbeveling 1) en het verrichten van (kosten)effectiviteitsonderzoek (aanbeveling 4) blijken er nauwelijks ontwikkelingen te zijn geweest. Deze hangen ook met elkaar samen: richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Daarbij wordt een richtlijn gebaseerd op een knelpuntenanalyse van het veld. Uit de interviews blijkt dat er vanuit het werkveld geen noodzaak gevoeld wordt om nog meer criteria en instrumenten voor klinische opnamen te ontwikkelen, juist omdat dit een multifactorieel bepaald proces is dat zich nooit helemaal in een beslisboom kan laten vangen.

De andere aanbevelingen gaan over het al bij de start van de opname regelen van de voorwaarden voor ontslag (aanbeveling 2), over het stimuleren van intensieve ambulante zorgvormen (aanbeveling 3) en samenwerking om te komen tot goede verblijfszorg (aanbeveling 5). Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden dat doorgaans al voor de start van de opname de doelen van de opnamen worden vastgesteld inclusief de waarschijnlijke opnameduur en dat dit met de cliënt en vaak ook naasten wordt afgestemd in een zorgafstemminggesprek. Voor de meeste complexe doelgroep, met multiproblematiek, kan het vinden van een passende vervolgplek moeizaam gaan, ondanks steeds grotere samenwerking in de keten. Het komt zeker voor dat mensen daardoor langer dan noodzakelijk klinisch verblijven. Voor deze groep, voor zo ver het om een overgang naar Wmo-gefinancierd beschermd wonen gaat, is de deelprestatie verblijf met rechtvaardigheidsgrond naar aanleiding van het Zorginstituut rapport geïntroduceerd. Hier wordt echter maar weinig gebruik van gemaakt, onder andere vanwege administratieve

lasten in combinatie met dat het niet tot duurzame oplossingen leidt. Uit de interviews blijkt verder dat er in de bij het onderzoek betrokken regio's ingezet is op meer (intensieve) ambulante zorg. Vanwege onder andere krapte op de arbeidsmarkt is de ambulante capaciteit echter niet overal toereikend. Het was ten tijde van de interviews voor inkopers niet steeds helder of er regionaal voldoende ambulant aanbod was voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Gehoopt wordt dat het zorgprestatie-model (met de specificatie naar setting) hierin verbetering gaat brengen met meer inzicht in welk type zorg vergoed wordt.

Op basis van de evaluatie kunnen verschillende aanbevelingen gedaan worden.

Zorg voor meer draagvlak en aansluiting bij het werkveld

Om beter aan te sluiten bij het werkveld en meer impact te creëren is het van belang om grondig na te gaan welke partijen welke problemen ervaren en wat de perspectieven van deze partijen zijn op wat helpend is. Via deze weg kan beter aangesloten worden bij de praktijk waarbij de keuze voor woorden en taal belangrijk is.

Meer aandacht voor doorstromen in de keten met focus op specifieke doelgroepen

Op basis van het evaluatieonderzoek kunnen verschillende cliëntgroepen worden genoemd voor wie het vinden van een geschikte vervolgplek extra moeilijk is:

- Ouderen voor wie de passende vervolgzorg een verpleeghuis is.
- Cliënten met Korsakov voor wie een gespecialiseerde verblijfslocatie het passende vervolg is.
- Cliënten met forensische problematiek zonder forensische titel.
- Cliënten met dusdanige multiproblematiek (psychische problematiek, gedragsproblematiek, zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek) dat er geen geschikt aanbod lijkt te zijn.

Er is landelijk en regionaal meer aandacht nodig voor deze groepen. Dit vergt een gedifferentieerde strategie. Complicerend is dat de meest pregnante doorstroomproblematiek (die tot een zeer lange klinische verblijfsduur kan leiden dan wel tot steeds maar doorverwijzen omdat afdelingen uitgeput raken) zich per regio vaak maar tot enkelingen beperkt. Deze problematiek bezorgt de praktijk weliswaar onevenredig veel hoofdbreken, maar vanwege het unieke karakter is de oplossing niet steeds gelegen in het vergroten van daarop toegesneden aanbod, maar eerder in intersectorale samenwerking met flexibele maatwerkoplossingen en aandacht voor professionele competenties en soms ook in het landelijk oplossen van een systeemprobleem.

Heroverweeg de toegevoegde waarde van de regeling 'Verblijf met rechtvaardigheidsgrond' (vmr)

De vmr-regeling wordt landelijk weinig toegepast en de bekendheid ermee is in de onderzochte regio's beperkt. In de ogen van geïnterviewden van ggz-instellingen zijn er meer nadelen dan voordelen verbonden aan het toepassen van de regeling, al kan de regeling incidenteel een impasse helpen doorbreken. Aanbevolen wordt om deze regeling te heroverwegen. Indien besloten wordt tot continuering dan is aanvullende aandacht nodig voor communicatie over nut en toepassingsgronden van de regeling.

Aanpak nieuwe afbakeningsproblematiek

Waar de afbakening tussen Zvw-gefinancierd verblijf en Wmo-gefinancierd beschermd wonen inmiddels helder is, zijn er wel nieuwe afbakeningsvraagstukken ontstaan namelijk wat betreft Wlz voortgezet verblijf, Wlz wonen en Wmo-gefinancierd beschermd wonen. Afgaande op dit evaluatieonderzoek lijken de afbakeningsdiscussies zich niet zozeer af te spelen tussen aanbieders onderling (al komt dit wel voor) maar vooral tussen zorgaanbieders, zorginkopers en het CIZ. Het kan verhelderend zijn nader onderzoek te doen naar verschillen in zorgbehoeften en zorgaanbod tussen Wmo-gefinancierd beschermd wonen, Wlz voortgezet verblijf en Wlz wonen en hoe cliënten en de verschillende veldpartijen (aanbieders,

financiers, indicatiestellers) hiermee omgaan. Hierbij past de kanttekening dat de aanpassingen in de Wlz nog van betrekkelijk recente datum zijn. De behoefte aan het Zorginstituut-rapport uit 2017 kwam voort uit wetsaanpassingen in 2015 die zich – gegeven deze evaluatie – in de praktijk gaandeweg uitgekristalliseerd hebben. Voor de hier geconstateerde nieuwe afbakeningsproblematiek – ontstaan na veranderingen in de grondslag voor de Wlz in 2021 – zou hetzelfde kunnen gelden. Het is daarom belangrijk om na te gaan welke problematiek veldpartijen precies wel en precies niet bij deze afbakening ervaren, wat zich hoogstwaarschijnlijk met de tijd vanzelf gaat uitwijzen en wat onderwerpen zijn die wel degelijk nader advies nodig hebben.

Langdurige klinische behandeling

De algemene vraag naar kosteneffectiviteit van klinische verblijf heeft geen hoge prioriteit. Echter, onderzoek naar de opbrengsten van langdurige, veelal bovenregionaal georganiseerd klinische behandeling voor specifieke doelgroepen kan wel aanvullende waarde hebben. Dit betreft met name de vraag in hoeverre de klinische meerwaarde bij een kleine groep opweegt tegen het (des)investeren in ambulante behandeling voor de brede doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dialoog over deze kwestie is van belang.





1.1 Aanleiding

Zorginstituut Nederland (hierna het Zorginstituut) bracht in 2017 het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ: Op weg naar goede ketenzorg in de GGZ'¹ uit. Dit rapport had als doel om met een duiding te verhelderen 1) wat de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf in de Zorgverzekeringswet voor mensen met psychische stoornissen is, 2) de afbakening daarvan met andere domeinen, waaronder het beschermd wonen in de Wmo 2015 en 3) wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten met een psychische stoornis alleen dan worden opgenomen wanneer dit bijdraagt aan hun veiligheid en herstel.

In het Zorginstituut-rapport uit 2017 werd een evaluatie aangekondigd die zicht moest bieden op of de duiding in de praktijk volstaat. Het Trimbos-instituut onderzocht van medio 2022 tot medio 2023 in opdracht van het Zorginstituut of het uitgebrachte rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ' heeft bijgedragen aan het vaststellen wanneer medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz de best passende zorg is voor cliënten. Het Zorginstituut heeft voor deze evaluatie een aantal specifieke vraagstellingen geformuleerd. In het onderhavige rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van het evaluatieonderzoek.

1.2 Achtergrond en bevindingen het Zorginstituut rapport en de werkwijzer

Voor een beter begrip van de vraagstellingen die het Zorginstituut opstelde voor de evaluatie door het Trimbos-instituut, gaan we eerst in op de achtergrond en de hoofdbevindingen van het rapport van het Zorginstituut en de werkwijzer die naar aanleiding van het Zorginstituut-rapport is uitgebracht. Aanleiding voor het rapport van het Zorginstituut was dat in de praktijk onduidelijkheden werden ervaren in de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf binnen de Zvw en de afbakening met andere domeinen. Deze hadden volgens het rapport drie achtergronden:

- Er zijn verschillende visies op wat goede zorg is voor mensen met psychische problematiek.
- Zorgvragen zijn vaak domeinoverstijgend, met onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is.
- (De toen) recente grote wijzingen in de wettelijke kaders van verblijfszorg. Verblijfszorg kon vanaf 2015 uit drie wettelijke domeinen worden verstrekt: de Zvw, de Wmo 2015 en de Wlz. Dit leidde tot afbakeningsvraagstukken, met name tussen medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz en beschermd wonen in de Wmo 2015.

Om tot een duiding van de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf en afbakening met andere domeinen te komen, heeft het Zorginstituut verschillende stappen gezet zoals een onderzoek naar het opname- en ontslagbeleid als ook de besluitvorming rond opname in de praktijk en wat daarover in wetenschappelijke literatuur en richtlijnen te vinden is (uitgevoerd door Tangram Zorgadviseurs²). In het rapport komt het

1 [Het Zorginstituut. Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ Op weg naar goede ketenzorg in de GGZ \(2017\)](#). Diemen: het Zorginstituut.

2 Het onderzoeksrapport van Tangram is als bijlage bij het Zorginstituut-rapport opgenomen.

Zorginstituut tot de constatering dat 'een medische noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ bestaat, als de opname nodig is voor 1. diagnostiek of 2. het instellen van medicatie. Daarnaast kan verblijf aan de orde zijn om 3. gevaar voor de cliënt of de omgeving af te wenden, of 4. omdat zorg in de thuissituatie onvoldoende resultaat oplevert. Dit laatste kan het geval zijn, als de cliënt geen of te weinig (of een overbelast) steunsysteem heeft, waardoor behandeling in de thuissituatie weinig kans van slagen heeft, of als de sociale omgeving de behandeling tegenwerkt, of als een klinische behandeling effectiever is voor het bereiken van de behandeldoelen. Al deze redenen kunnen leiden tot een medische noodzaak voor verblijf in verband met de geneeskundige zorg.' Naast deze redenen voor medisch noodzakelijk verblijf wordt in het Zorginstituut-rapport de context geschetst waarbinnen de afweging voor medisch noodzakelijk verblijf wordt gemaakt. Dit wordt omschreven als 'een individuele afweging van de behandelaar, waar mogelijk in samenspraak met de cliënt en diens naasten aan de hand van de genoemde criteria voor verblijf, die gewoonlijk zijn beschreven in de geldende Kwaliteitsstandaard. De behandelaar moet deze beslissing kunnen onderbouwen, waar mogelijk aan de hand van de criteria in de richtlijnen.' Met de belangrijke toevoeging dat in het Zorginstituut-rapport ook wordt geconstateerd dat er geen adequate richtlijnen waren voor de duur van verblijf en criteria voor ontslag.

Over de afbakening met beschermd wonen wordt in de rapportage van het Zorginstituut geconstateerd dat verblijf in een klinische setting medisch noodzakelijk is, als alleen daar, in die specifieke setting, behandeling succesvol kan plaatsvinden om te herstellen, verslechtering te voorkomen dan wel te stabiliseren. De behandeling staat centraal en is onlosmakelijk verbonden met de begeleiding en overige zorg aan cliënt. Het verblijf omvat een integraal en multidisciplinair zorgaanbod, waaronder dus ook de benodigde begeleiding. Bij het beschermd wonen staat niet behandeling, maar begeleiding in een beschermde woonomgeving centraal. Cliënten zijn

vanwege psychische problematiek niet in staat zelfstandig te wonen zonder toezicht of begeleiding. De behandeling is niet onlosmakelijk verbonden met de beschermde omgeving en kan ambulant worden geboden. Tijdens het beschermd wonen kan de noodzaak tot een klinische opname wel ontstaan. Bij opname valt de zorg en het verblijf onder de Zvw.

Het Zorginstituut-rapport wordt afgesloten met vijf aanbevelingen voor betere (verblijfs)zorg in de geneeskundige ggz:

- 1 Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de wegging voor medisch noodzakelijk verblijf.
- 2 Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!
- 3 Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen.
- 4 Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit.
- 5 Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de ggz.

De Nederlandse GGZ, MIND, Zorgverzekeraars Nederland en VNG hebben op basis van het rapport van het Zorginstituut de Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz ontwikkeld³. Deze werkwijzer gaat over hoe samen te werken als een klinische opname in een ggz-instelling niet langer nodig is en mensen naar huis of een andere passende plek kunnen. En over welke randvoorwaarden wanneer gerealiseerd moeten worden, zoals (het behoud van) huisvesting.

De werkwijzer gaat ook in op de deelprestatie verblijf met rechtvaardigheidsgrond (vmr) die naar aanleiding van het Zorginstituut-rapport door de NZa is ontwikkeld. Vmr 'is bedoeld voor uitzonderlijke situaties waarin ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvorzieningen. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben geprobeerd de patiënt elders onder te brengen, maar zonder resultaat⁴. Zorgverzekeraars vergoeden maximaal zes maanden de vmr dagen. Daarna is de gemeente verantwoordelijk voor de financiering

3 <https://vng.nl/files/vng/ss181406-werkwijzer-medisch-noodzakelijk-verblijf-ggz-definitief.pdf>

4 <https://dbcregels.nza.nl/2021/ggz/registreren/verblijf-registreren/verblijf-registreren-wat/verblijf-met-rechtvaardigheidsgrond-vmr/index.html>

en voor het organiseren van passende overbruggingsopvang. Als beslist wordt om het verblijf bij de huidige aanbieder voort te zetten, wordt dit gefinancierd door de gemeente. De vmr is alleen van toepassing als het vervolgaanbod een verantwoordelijkheid van de gemeente is. Bij benodigde zorgvoorzieningen in de Wlz (bijvoorbeeld verblijf in een verpleeghuis) kan vmr niet worden ingezet. In de Werkwijzer wordt uitleg gegeven over de toepassing van vmr.

1.3 Centrale vragen voor het evaluatieonderzoek

De evaluatie door het Trimbos behelst zowel de bijdrage van de duiding die het Zorginstituut geeft in het rapport voor de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf voor de praktijk als de opvolging van de door het Zorginstituut opgestelde aanbevelingen. Bij de evaluatie van de opvolging van twee aanbevelingen (aanbevelingen 2 en 5) wordt ook de Werkwijzer betrokken.

Voor de evaluatie zijn de volgende, door het Zorginstituut geformuleerde, hoofdvragen en subvragen gehanteerd.

1. In hoeverre dragen de kaders in het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz' ertoe bij dat partijen in de praktijk (o.a. zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) goede afspraken hebben kunnen maken over de wijze waarop de beoordeling/weging van een medische noodzaak voor ggz-verblijf plaatsvindt?

- 1.1 In hoeverre zijn de kaders voldoende bruikbaar/toepasbaar?
- 1.2 In welke gevallen laten de kaders te veel of juist te weinig ruimte open voor eigen (professionele) interpretatie?
- 1.3 Biedt de duiding voldoende handvatten voor de afbakening van medisch noodzakelijk verblijf Zvw met ggz-verblijf in andere domeinen, in het bijzonder met beschermd wonen Wmo? Is het onderscheid duidelijk voor partijen?

2. In hoeverre zijn de aanbevelingen uit het rapport rondom start, duur en beëindiging van medisch noodzakelijk verblijf en verbetering van de ketenzorg opgevolgd? En heeft dit bijgedragen aan meer passende zorg voor cliënten met een psychische stoornis?

2.1 *Aanbeveling 1: Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf*

- 2.1.1 Zijn er in de besluitvormingsinstrumenten/zorgstandaarden/richtlijnen evaluatiemomenten ingebouwd waarop kan worden beoordeeld of, gezien de situatie van cliënt, voortzetting van opname (nog) is aangewezen (start- en stopcriteria)?
- 2.1.2 Voor zover criteria en instrumenten nog onvoldoende terugkwamen in de zorgstandaarden die in de afgelopen jaren worden aangeboden voor opname in het openbaar Register, zullen partijen het wel in het onderhoudsplan bij de standaard moeten opnemen. Hebben partijen hier aandacht voor?
- 2.1.3 Worden instrumenten als overleg, intervisie, visitatie en intercollegiale toetsing gebruikt om de invloed van niet-inhoudelijke criteria op de beslissing terug te dringen en te komen tot een transparante, kwalitatief betere en eenduidige besluitvorming over verblijf, waarbij het individuele belang van de cliënt en de medische noodzaak voorop staan?

2.2 *Aanbeveling 2: Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!*

- 2.2.1 Maken de behandelaren bij opname al duidelijk wat de doelstelling van de behandeling is en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om de cliënt verantwoord met ontslag te kunnen laten gaan?

2.2.2 Hebben de partijen gestructureerde zorgprogramma's vastgesteld met duidelijk omschreven behandeldoelen en ingebouwde evaluatiemomenten om een op hun doelgroep toegesneden en passend ontslagbeleid te ontwikkelen, waarbij ook de sociaal-maatschappelijk randvoorwaarden en het realiseren daarvan worden meegenomen?

2.3 *Aanbeveling 3: Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen*

2.3.1 Is het aantal intensieve ambulante behandelplaatsen voor cliënten met (ernstige) psychische stoornissen toegenomen? Zorgverzekeraars zijn er verantwoordelijk voor dat er voldoende ambulante aanbod tot stand komt.

2.3.2 Voldoet het aantal ambulante behandelplaatsen voor cliënten met ernstige psychische stoornissen aan de behoefte? Zo nee, werken zorgverzekeraars aan het opheffen van het tekort?

2.4 *Aanbeveling 4: Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit*

2.4.1 Is er na het uitkomen van het rapport vergelijkend onderzoek gedaan naar de (kosten)effectiviteit van behandeling met verblijf ten opzichte van ambulante behandeling?

2.4.2 Hebben universitaire centra adequate onderzoekmodellen ontwikkeld voor het doen van goed methodologisch onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit in de ggz? In hoeverre hebben deze modellen reeds bijgedragen aan goed onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit in de ggz?

3. *Aanbeveling 5: Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de ggz* Bij het opstellen van het rapport hebben de onderzoekers signalen gekregen dat tekort aan passend ambulante ggz-aanbod in bepaalde regio's leidt tot langere opname in de Zvw. Dit komt ook door een gebrek aan adequate regionale zorg

2.5.1 Hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau afspraken gemaakt over samenwerking over de domeinen heen? En wat men van elkaar kan verwachten om goede ketenzorg te realiseren en zo opnamen te voorkomen, dan wel opnames te realiseren en ook het ontslag tijdig te regelen?

2.5.2 Wat zijn voorbeelden van lokale en landelijke initiatieven waarbij partijen samenwerken om de ketenzorg aan ggz-cliënten en verwarde personen te verbeteren?

2.5.3 Is de werkwijzer 'Medisch noodzakelijk verblijf ggz' in alle regio's geïmplementeerd? Is de toepassing van de werkwijzer geëvalueerd door de verantwoordelijke partijen (MIND, De Nederlandse GGZ en ZN)?

2.5.4 Spreken partijen elkaar aan op elkaars verantwoordelijkheden voor wat betreft domeinoverstijgende zorg? In hoeverre draagt dit ertoe bij dat de cliënt daadwerkelijk en tijdig de zorg of voorziening krijgt die het meest passend is?

Naast deze vragen is in de Trimbos-evaluatie op verzoek van het Zorginstituut ook aandacht besteed aan afbakeningsproblematiek sinds 2021 met de (directe) toegang tot de Wet langdurige zorg (WLz) voor mensen met psychische problematiek⁵. De afbakening met WLz was geen formele vraag in het evaluatieonderzoek maar wat hierover aan de orde kwam in interviews is meegenomen in de analyse.

5 Sinds 2021 kunnen mensen die vanwege psychische problematiek blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij, direct toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (WLz). Met als doel deze groep beter passende langdurige zorg te bieden en daarmee een stabielere situatie. Voor deze mensen kwamen er vijf nieuwe zorgzwaarteprofielen: GGZ Wonen 1 tot en met 5 (des te hoger het profiel, des te zwaarder de zorg). Uit de monitoring van deze ontwikkeling kan worden opgemaakt dat de instroom van mensen met een GGZ Wonen indicatie in de WLz veel hoger is gebleken dan vooraf werd verwacht.

1.4 Methoden

De onderzoeksvragen werden beantwoord met een kwalitatieve onderzoeksaanpak, met semigestructureerde individuele en groepsinterviews, met deelnemers van uiteenlopende stakeholders en organisatieniveaus. In vijf regio's werd geïnventariseerd in welke mate de kaders toepasbaar worden geacht en worden gebruikt. Zowel op *microniveau*⁶ als op *mesoniveau*⁷ werden professionals geïnterviewd. Dat wil zeggen dat zowel aanbieders en financiers in de regio, als lokale professionals op de werkvloer, aan het woord kwamen.

De selectie van regio's is bij aanvang van de dataverzameling bepaald in overleg met de klankbordgroep⁸. Daarbij is zo veel mogelijk rekening gehouden met:

- Variatie in de organisaties die beschermd wonen in de regio aanbieden (aangeboden door geïntegreerde ggz-aanbieders of specifieke beschermd wonen organisaties of beide).
- Variatie in urbanisatiegraad.
- Variatie in de dominante zorgverzekeraar met ook variatie in grote en kleinere zorgverzekeraars.
- Variatie in totale ggz-uitgaven binnen Zvw en Wlz per verzekerde en het percentage uitgaven aan klinische ggz⁹.

Tabel 1. Geselecteerde regio's

Zorgkantorregio	Ggz Zvw + Wlz uitgaven per verzekerde (2018)	% uitgaven klinisch (2018)
Noord Holland Noord	Laag, 264 euro	43,1%
Zuid-Holland Noord	Beneden gemiddeld, 287 euro	40,4%
Drenthe	Hoog, 455 euro	64,5%
Noord-Oost Brabant	Gemiddeld, 343 euro	53,8%
Haaglanden	Bovengemiddeld, 397 euro	49,1%

Er is naar gestreefd om in elke regio tenminste groepsinterviews te houden met: een ggz-aanbieder, een aanbieder beschermd wonen, een verzekeraar, een zorgkantor en een gemeente. De (groeps-)interviews in de vijf regio's vonden plaats in de periode januari tot en met april 2023. Naast de interviews in de geselecteerde regio's, zijn er interviews gehouden met enkele partijen met een landelijk/overstijgend perspectief, waaronder: Centrum Kwaliteitsstandaarden Trimbos-instituut, hoogleraar op gebied van (community) care voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verslavingskunde Nederland. (Zie Bijlage 1 voor het overzicht van geïnterviewden).

De interviews werden uitgewerkt tot interviewverslagen. Deze zijn met behulp van het softwareprogramma MAXQDA gecodeerd en geanalyseerd.

Het kwalitatieve onderzoek werd voor een aantal vraagstellingen aangevuld met literatuuronderzoek, onder andere over updates van zorgstandaarden en de inventarisatie van goede voorbeelden.

6 Professionals op de werkvloer, managers zorgaanbieders, begeleiders (beschermd) wonen.

7 Zorginkopers/ contractbeheerders van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, kwaliteitsfunctionaris zorgaanbieder, vertegenwoordiger cliëntenraad, bestuurders geïntegreerde GGZ-aanbieders en aanbieders van beschermd wonen.

8 De klankbordgroep van het project bestond uit vertegenwoordigers van MIND, ZN, De Nederlandse GGZ, VNG, Valente en het Zorginstituut.

9 Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2020

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de resultaten gepresenteerd met betrekking tot hoofdvraag 1 en bijbehorende subvragen. In hoofdstuk 3 komen de resultaten met betrekking tot hoofdvraag 2 en bijbehorende subvragen aan bod. Tot slot volgen in hoofdstuk 4 de conclusies en aanbevelingen.



2 Resultaten vraagstelling 1

'Bijdrage van de kaders aan goede afspraken in de praktijk over de weging van medische noodzaak voor ggz-verblijf'



2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat vraagstelling 1 centraal:

In hoeverre dragen de kaders in het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz ertoe bij dat partijen in de praktijk (o.a. zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) goede afspraken hebben kunnen maken over de wijze waarop de beoordeling/weging van een medische noodzaak voor ggz-verblijf plaatsvindt?

Aan de vraag in hoeverre de kaders in het rapport bijdragen aan goede afspraken in de praktijk gaat echter een vraag vooraf, namelijk: *Is het rapport bekend in het veld?* Uit de interviews blijkt dat de bekendheid van het rapport beperkt is. Het merendeel van de geïnterviewden zag het rapport voor het eerst bij de stukken ter voorbereiding op het (groeps-) interview. Sommige geïnterviewden denken dat het rapport mogelijk wel bekend is bij (voormalig) collega's in de organisatie en bijvoorbeeld verwerkt is in interne protocollen of werkwijzen waarbij het rapport niet bij naam wordt genoemd. Al vermoeden zij dat dit vaak beperkt bleef tot een administratieve aanpassing. Andere geïnterviewden betwijfelen echter of er in de organisatie actie is ondernomen op basis van het rapport; dergelijke acties zijn bij hen niet bekend.



Er zijn denk ik toentertijd mensen [binnen de organisatie] geweest die deze kennis wel hadden over het rapport en die daar een werkwijze van hebben opgesteld. (Interview zorgaanbieder)



Bij opnames moeten ze [zorgprofessionals] nu ergens een vinkje zetten, dat het medisch noodzakelijk is. Dat vinkje wordt dan altijd gezet, want ze willen iemand opnemen. Extra administratie dus. (Interview macropartij)

In het kader hieronder wordt de bekendheid met het rapport bij de geïnterviewden weergegeven, uitgesplitst naar functie.

Bekendheid met het rapport, naar functie

Van de geïnterviewden in de rol *zorginkoop* (zorgverzekeraar/zorgkantoor/gemeente) (n=10) is de helft bekend met het rapport. Voor vier van hen geldt dat ze het rapport kennen vanuit een vorige functie, maar dat ze het in hun huidige functie niet meer tegen zijn gekomen. De vijfde (geïnterviewde vanuit zorgkantoor) kent de precieze inhoud van het rapport niet maar denkt dat wel collega's het rapport kennen en hebben vertaald naar protocollen.

Van de geïnterviewden in de rol *directie/bestuur* (n=10) kent het merendeel het rapport niet (6/10). Twee geïnterviewden in deze rol kennen het rapport wel en geven aan dat het rapport rond het verschijnen ervan in 2017 door kwaliteitsfunctionarissen vertaald is naar een werkwijze voor de praktijk. Twee anderen hebben het rapport jaren geleden zien langskomen, maar zijn niet goed op de hoogte van de inhoud.

Van de geïnterviewden in een *managementrol* (n=10) geeft het merendeel aan het rapport niet te kennen (8/10). Twee geïnterviewden in deze rol kennen het rapport wel, waarvan één toevalligerwijs omdat recentelijk een cliënt erop wees.

Van de geïnterviewden in de rol van *ggz-professional* (praktiserend psychiater, psycholoog, verpleegkundig specialist, verpleegkundige) (n=8) kent het merendeel het rapport niet (5/8). Twee psychiaters geven aan het rapport wel te kennen, omdat ze het jaren geleden hebben gelezen en gebruikt, maar dat de praktijk sindsdien ook weer veranderd is door verschillende ontwikkelingen. Een geïnterviewde in de rol van verpleegkundig specialist geeft aan over het rapport gehoord te hebben.

De geïnterviewden in de rol van *sociaal domein professional* (persoonlijk Begeleider, maatschappelijk werker) (n=3), kennen het rapport niet.

De geïnterviewden in de rol lid *cliënten-/familieraad* (n=4) geven ook aan het rapport niet te kennen.

Hoewel het niet volledig te reconstrueren is waarom het rapport weinig bekendheid geniet, zijn uit de interviews wel enkele mogelijke verklaringen te onttrekken. Zo geven geïnterviewden aan dat de communicatie over dit type rapporten vaak gericht is op de raad van bestuur van zorgaanbieders en dat de verspreiding van daaruit naar de werkvloer moeilijk gaat, mede gelet op de grote hoeveelheid aan ontwikkelingen in de ggz en het moeten prioriteren van onderwerpen. Een andere verklaring kan te maken hebben met het feit dat een succesvolle implementatie van aanbevelingen begint bij een gevoel van urgentie en noodzaak in de praktijk; dat de geboden oplossing voorziet in een behoefte. Geïnterviewden geven aan dat het probleem dat de aanleiding vormde voor het rapport van het Zorginstituut, namelijk onduidelijkheden in de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf

binnen de Zvw en de afbakening met andere domeinen, grotendeels werkendeweg en in de context van toenemende domeinoverstijgende samenwerking, uitgekristalliseerd is. Waardoor de urgentie van de probleemanalyse en het geboden kader minder gevoeld wordt door zowel praktijk als bestuur. Daarbij speelt mee dat veel geïnterviewden de indruk hebben dat er binnen (toezichthoudende) partijen onjuiste percepties bestaan over de opnamepraktijk, als zouden veel opnames onterecht worden uitgevoerd of onnodig lang duren. Het Zorginstituut als organisatie wordt soms ervaren als een organisatie met afstand tot de praktijk. Ook dit kan van invloed zijn op de mate van verspreiding van de resultaten van het rapport.



Met zo'n rapport als dit is dat de vraag, wie zit hierop te wachten? Er zijn mensen bij het Zorginstituut of bij VWS of zorgverzekeraars die vinden dat klinische opnames ten onrechte gebeuren of te lang duren. Behandelaars die hebben dat idee helemaal niet, want die nemen mensen zo kort mogelijk en zo min mogelijk op. (Interview macropartij)

Ook de titel van het rapport en de gehanteerde terminologie hebben mogelijk een rol gespeeld bij de beperkte bekendheid. Hoewel de term 'medisch noodzakelijk verblijf' logisch voortkomt vanuit de doelstelling van het Zorginstituut om de aanspraak op door Zvw-gefinancierd verblijf te duiden, wordt deze term ervaren als een term die ver af staat van de inhoud van het zorgproces. In de praktijk wordt deze term niet of nauwelijks gehanteerd. Men spreekt over 'opname', 'klinische behandeling' of 'klinisch verblijf', waarbij dit niet als een losstaand onderwerp wordt benaderd maar als een schakel binnen een ambulante traject. Het woord 'medisch' wordt daarbij over het algemeen vermeden omdat behandeling, of dat nu ambulante of klinisch plaatsvindt, gewoonlijk niet uitsluitend een strikt 'medische' doelstelling heeft, maar gericht is op herstel in brede zin. Hoewel de inhoud van het rapport van het Zorginstituut in lijn is met een integrale, herstelgerichte kijk op het onderwerp van klinisch verblijf, is dit op basis titel

en de terminologie van het centrale concept niet direct te zien waardoor de indruk gewekt kan worden dat een nauwe, medisch-reductionistische blik op psychische zorg leidend is.



Het woord 'medisch' is voor mij lastig aan het concept 'medisch noodzakelijk verblijf'. Vooral bij psychische zorg. Als de psychiater zegt: wij zijn voor de medische psychische zorg. En de klinisch psycholoog is dan voor de psychotherapeutische zorg. Maar eigenlijk doe je allebei hetzelfde. Wat is dan het onderscheid van medisch? Dat vind ik lastig. Als je het naar de somatiek trekt. Dan zijn er bepaalde handelingen die je thuis niet kan doen, waar je een ziekenhuis voor nodig hebt. In de ggz is er een grijs gebied. (Interview zorginkoper)



Ik gebruik deze term ['medisch noodzakelijk verblijf'] niet. Ik benoem liever concreter wat de reden is, en dat is vaak een wisselwerking tussen medische factoren en factoren in de context, bijvoorbeeld: het gaat niet goed meer in de thuissituatie. Ik gebruik ook vaak de frase 'zo lang als nodig en zo kort mogelijk', maar niet 'medisch noodzakelijk'. (Interview zorgaanbieder)

Een deel van de geïnterviewden geeft aan blij te zijn het rapport vanwege het interview onder ogen te krijgen en is voornemens het rapport meer te gebruiken.



Wat erin staat, zo doen we het ook, maar ja, kennis van dit stuk had ik eigenlijk niet. Het is wel heel overzichtelijk. (Interview zorgaanbieder)

Wat betekent de onbekendheid van het rapport voor de beantwoording van vraagstelling 1?

De onbekendheid van het rapport bij de geïnterviewden betekent in strikte zin dat de directe bijdrage van de kaders in het rapport van het Zorginstituut aan afspraken in de praktijk (hoofdvraag 1), hoogstwaarschijnlijk beperkt is gebleven. Dit betekent echter niet dat de praktijk afwijkend hoeft te zijn van deze kaders; de praktijk kan overeenkomen met de kaders zonder dat men kennis heeft genomen van het rapport. Zeker in dit geval, waar de kaders tot stand zijn gekomen op basis van een praktijkgericht onderzoek. Alle geïnterviewden hebben het rapport van tevoren toegestuurd gekregen zodat zij zich op het interview konden voorbereiden. Op basis hiervan konden de subvragen behorende bij hoofdvraag 1 toch uitgevraagd worden. Met de kanttekening dat het rapport van het Zorginstituut omvangrijk is en de geïnterviewden vaak vooral de samenvatting hadden gelezen. Aanvullend is er in de analyse gekeken in hoeverre hetgeen de geïnterviewden vertelden over de gang van zaken in de praktijk overeenkwam dan wel afweek van de kaders in het rapport van het Zorginstituut.

2.2 In hoeverre zijn de kaders voldoende toepasbaar?

In het rapport van het Zorginstituut wordt beschreven dat een persoon op basis van het Besluit zorgverzekering (Bzv)¹⁰ pas recht op zorg heeft 'voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen'. Het Zorginstituut omschrijft de beoordeling van 'redelijkerwijs is aangewezen' als volgt: 'Of een cliënt redelijkerwijze is aangewezen op een te verzekeren

10 In het Besluit zorgverzekering (Bzv) zijn de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet uitgewerkt.

prestatie is een individuele beoordeling. Dit betekent dat per verzekerde moet worden bepaald of er een medische noodzaak is tot verblijf. Dit is in eerste instantie ter beoordeling van de behandelaar, waar mogelijk in samenspraak met de cliënt' (Het Zorginstituut, 2017, p.36). Het Zorginstituut geeft in het rapport een kader voor de afweging over de noodzaak tot opname, met de opmerking dat dit niet kan worden gezien als een dichotoom beslismodel: de individuele beslissing blijft altijd het uitgangspunt, waarbij zowel cliëntgebonden factoren, als contextuele factoren een rol spelen.

Uit de interviews blijkt dat voor de vaststelling of een individuele persoon 'op redelijkerwijze' is aangewezen op verblijf binnen een Zvw kader, de gangbare werkwijze in de actuele zorgpraktijk in hoge mate overeenkomt met de kaders in het rapport uit 2017. Hieronder volgt een omschrijving van de werkwijze rond de start en beëindiging van opname, zoals geschetst door geïnterviewden.

Werkwijze rond afweging start opname

De vaststelling of een individuele persoon 'op redelijkerwijze' is aangewezen op verblijf binnen het Zvw kader, wordt in de praktijk – in overeenstemming met het rapport van het Zorginstituut – bepaald aan de hand van afwegingen van de betrokken professionals. Bij hen ligt de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van wat 'redelijkerwijze' inhoudt en voor de onderbouwing van de beslissing om over te gaan tot opname. Professionals doen dit, voor zover op te maken uit de interviews, in samenspraak met de cliënt en eventuele naasten en tegen de achtergrond van inhoudelijke (zorgplan, klinische assessments, risicotaxatie, signaleringsplan) en wettelijke kaders (o.a. zoals vastgelegd in veldnormen/kwaliteitsstandaarden¹¹). Hoewel het begrippenkader als zodanig niet in het Zorginstituut-rapport en door de geïnterviewden genoemd wordt,

vallen de genoemde afwegingen voor een klinische opname goed te kenschetsen met de termen proportionaliteit, doelmatigheid, subsidiariteit en veiligheid zoals beschreven in de Wet Verplichte ggz (daar in het kader van dwangtoepassing). Factoren die in deze afweging mee worden gewogen zijn o.a.: de mate van psychiatrische ontwrichting (ernst symptomen, medische voorgeschiedenis, ziekteverloop, ziektebesef, co-morbiditeit), de verwachte meerwaarde van opname in het behalen van een specifiek doel (bijvoorbeeld voor nadere diagnosestelling, instellen medicatie of effectiviteit behandeling in een gecontroleerde omgeving), een acuut en manifest risico op gezondheidsverlies wanneer geen opname plaatsvindt, en het afwenden/voorkomen van gevaar voor cliënt zelf of zijn omgeving, als dit niet op andere wijze dan via opname mogelijk is. Ook een ontbrekend of overbelast steunsysteem, overmatige druk op de buurt, of onvoldoende ambulante capaciteit spelen een rol. Dit alles is in lijn met het kader van het Zorginstituut.



Het is maatwerk. We hebben niet een heel concreet lijstje met opnamecriteria. Het is niet alleen afhankelijk van de individuele problematiek, maar hangt ook af van de context [beschikbare steun]. Je neemt op als de veiligheid in het geding is, iemand is knal psychotisch, het steunsysteem valt om, ambulante zorg durft wisseling in medicatie niet aan. Opname vanwege de noodzaak diagnostiek gebeurt zelden, alleen bij situaties van zorgmijding ... Wij zijn er heel kritisch in of iemand wel een opname nodig heeft. (Interview zorgaanbieder)

Volgens geïnterviewden is met name het subsidiariteitscriteria steeds zwaarder gaan wegen in de afgelopen jaren. Ontwikkelingen in de ggz zoals de verdere afbouw van bedden en meer kennis over bijvoorbeeld

¹¹ Veldnormen zijn normen die invulling geven aan algemeen geformuleerde wettelijke normen. Veldnormen worden opgesteld door veldpartijen en kunnen worden ingediend als kwaliteitsstandaard bij het Zorginstituut Nederland. Hierin staat dat opname- en ontslagcriteria vallen onder de onderwerpen waarover er regionale samenwerkingsafspraken dienen te worden gemaakt.

het ambulantly instellen op medicatie¹², hebben ervoor hebben gezorgd dat het principe 'pas opnemen als het echt nodig is' nu makkelijker toepasbaar is dan een aantal jaar geleden. In de praktijk worden inhoudelijke opnamecriteria (nadere diagnostiek, instellen medicatie, effectiviteit behandeling in gecontroleerde omgeving en zelfs het gevaarscriterium), nauwelijks nog *in zichzelf* als voldoende onderbouwing voor opname gezien. Er is altijd een combinatie van een of meerdere van dit type criteria én de vaststelling dat ambulantly de situatie niet meer is bol te werken. Conform het subsidiariteitsprincipe wordt er uitsluitend overgegaan tot klinische zorg, als alternatieven zoals opschaling, inzetten Intensive Home Treatment (IHT) of andere steunbronnen niet succesvol zijn gebleken en alleen een opname naar verwachting iets kan toevoegen/helpen veranderen. Hierbij dient genoemd te worden dat volgens een aantal geïnterviewde zorgaanbieders, zorginkopers en macropartijen, binnen een specifiek deel van de verslavingszorg namelijk de 'nieuwe' ongecontacteerde verslavingszorg, grotere verschillen zijn in de visie op noodzaak van de (duur) van de opname. Dit speelt niet bij alle ongecontracteerde verslavingszorgaanbieders maar het is wel een spanningsveld.

Als we naar de verslavingszorg kijken en naar buitenland aanvragen dan kunnen we zeggen, we zien eigenlijk geen medische noodzaak. Het rapport van de verslavingszorg helpt daar ook bij. Je kunt daar dan naar verwijzen; anders bleef het bij ons idee tegen het idee van de aanbieder. Maar het blijft nog steeds lastig. (...) Dan volgt iedereen hetzelfde programma van bijvoorbeeld 12 weken [bij een aanbieder van verslavingszorg]. Dan zeggen ze [vanuit de aanbieder], je hebt ook een functie in de groep als je al hersteld bent. Het klimaat op de groep is dan erg belangrijk zeggen ze. (Interview zorginkoper)

Naast inhoudelijke afwegingen, kwam in de interviews ter sprake dat soms ook praktische en financiële factoren een rol spelen bij het opnamebesluit. Dan gaat het met name om de beschikbaarheid van bedden, waarbij schaarste van bedden impact heeft op opnamemogelijkheden en soms leidt tot niet-opnemen terwijl daar wel noodzaak toe is. Van een (te) groot intramuraal aanbod en financiële overwegingen om de bedbezetting te maximaliseren lijkt, afgaand op de interviews, nauwelijks sprake. Dit kwam slechts in één interview naar voren. Vrijwel steeds prevaleerden klinisch-inhoudelijke criteria, gecombineerd met de draagkracht van het ambulante veld en naastbetrokkenen in het opnamebesluit.

Werkwijze rond beëindiging opname

Ook de procedures rond de beslissing om een opname te beëindigen in de huidige zorgpraktijk komen in hoge mate overeen met de procedures zoals beschreven door het Zorginstituut in 2017. Zo wordt periodiek beoordeeld in hoeverre het opnamedoel behaald is en wat de verwachte meerwaarde is van nog langer opnemen. De gezondheidstoestand van de persoon en het ingeschatte risico op gezondheidsverlies of gevaar voor cliënt of omgeving wanneer de persoon weer teruggaat naar de ambulante setting, spelen mee. En ook hier geldt dat factoren zoals onvoldoende ambulantly ggz-aanbod of gebrek aan Wmo ondersteuning of bescherming, mee worden gewogen. Er is daarbij een besef dat het ontbreken van ambulantly ggz aanbod *in zichzelf* geen rechtvaardigingsgrond is voor het langer laten duren van een klinische opname, maar dat het medische risico dat (direct) ontstaat bij ontslag, zonder dat er voldoende ambulantly aanbod tegenover staat, dat wel is.

Een ontwikkeling die volgens geïnterviewden de praktijk rondom ontslag positief beïnvloedt is dat het in de laatste jaren steeds gebruikelijker is geworden dat 'het ambulante' ook *tijdens een opname* leidend blijft. In de meeste regio's is het sinds een aantal jaren gangbaar dat het klinische team het opnamedoel van de ambulante behandelaar volgt omdat de cliënt na

12 Er is bijvoorbeeld meer ervaring met het ambulantly instellen van medicatie als Clozapine (wat ook kan conform de richtlijn van de Clozapinepluswerkgroep).

de opname 'weer verder moet' in de ambulante context. En dat ambulante professionals gedurende de hele opnameperiode betrokken blijven bij de cliënt omdat het belangrijk is dat zij de relatie met de cliënt behouden. Onder andere in de vorm van zorgafstemmingsgesprekken (ZAG) wordt in samenspraak afgewogen of opname nog zinnig is, en in hoeverre de doelen behaald worden (zie ook paragraaf 4.2.1). Dit instrument draagt eraan bij dat cliënten niet langer dan nodig in een opnamesituatie blijven. Ook is de samenwerking met woonvoorzieningen verbeterd.



Als er dan een crisisopname is, zitten woonbegeleiders bij zorgafstemmingsgesprekken, zorgen ervoor dat iemand tijdig kan oefenen bij haar woonvorm, ze kunnen ook in de eerste fase na ontslag opschalen in hun zorg zodat het beter op elkaar aansluit. Dus als het wonen goed geregeld is, loopt het veel beter. (Interview zorgaanbieder)

Daar staat tegenover dat veel geïnterviewden de laatste jaren geen verbetering, eerder een verergering, van de doorstroomproblematiek ervaren. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die kunnen uitstromen naar zelfstandig wonen en een betaalbare woning nodig hebben of mensen die vanuit een klinisch verblijf kunnen doorstromen naar beschermd wonen. Door middel van (domeinoverstijgende) afstemming met andere partijen wordt dan getracht toch invloed uit te oefenen op de uitkomst, waarbij het streven is om tot een voor de cliënt zo goed mogelijke vervolgplek of oplossing te komen. Er kan daarbij sprake zijn van een maatschappelijke of ethische prikkel om een opname te continueren als de opnamedoelen wel al zijn bereikt maar er geen vervolghuisvesting is, om zo te zorgen dat mensen niet dakloos worden. Ook vanuit goed hulpverlenerschap kan men hiertoe besluiten. Dit is door verschillende geïnterviewden genoemd, zowel vanuit het perspectief van de ggz-aanbieder als de inkoper. Er bestaan regionale en lokale verschillen in hoe om te gaan met dergelijke ethische kwesties (zie ook paragraaf 3.3 en 3.4).

In het rapport van het Zorginstituut wordt genoemd dat ontslag soms medisch onverantwoord is omdat noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen ontbreken. In dat geval kan het gerechtvaardigd zijn om het verblijf gedurende een redelijke termijn voort te zetten. De Nza heeft hiervoor de verblijfsprestatie 'verblijf met rechtvaardigingsgrond' (vmr) in het leven geroepen. Naar aanleiding hiervan heeft het Zorginstituut geadviseerd dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten samen afspraken maken over hoe te handelen bij aankomend ontslag uit een ggz-instelling. Opvallend is dat vmr niet vaak wordt toegepast, wat afgaand op de interviews met name te maken heeft met de lagere tarieven en administratieve lastendruk. In paragraaf 4.3.1 wordt verder ingegaan op de toepassing van vmr in de praktijk.



Soms verblijven mensen langer op de HIC dan strikt medisch noodzakelijk terwijl de crisis voorbij is, doordat er soms veel vertraging zit bij de achterdeur. Dat ligt niet alleen aan de ggz, maar ook aan allerlei andere netwerken, zoals de dak- en thuislozen opvang, forensische zorgkaders. (...) Je kan natuurlijk iemand eruit zetten en het ambulante thuiszorg team het verder uit laten zoeken, maar zo zitten we niet in elkaar. We willen dat de zorg verantwoord blijft en veilig voelt voor cliënt en familie. Dus gaan we dan toch wegen zoeken om te bewandelen, soms opschalen in de lijn. En soms ben je met ambulante hulpverleners in de weer om toch tot een oplossing te komen. Je merkt soms ook de machteloosheid aan de andere kant van de streep. (Interview zorgaanbieder)

Samenvatting toepasbaarheid kaders

De afwegingen in de praktijk rond het starten en voortduren van medisch noodzakelijk verblijf lijken in hoge mate overeen te komen met de kaders zoals beschreven door het Zorginstituut in 2017. Daarbij valt op dat de praktijk nadruk legt op maximaal ambulant opschalen en pas overgaan tot opname als de situatie ambulant niet meer werkbaar of verantwoord is (subsidiariteitsprincipe). Ook valt op dat er doorgaans al tijdens de opname

(domeinoverstijgende) afstemming is opgezet, in de vorm van ZAG gesprekken, waardoor voorwaarden voor beëindiging van opname al sneller onderwerp van gesprek zijn. Geïnterviewden benadrukken wel dat er bij de beëindiging van opname altijd factoren meespelen die buiten de directe invloedssfeer liggen en dat de situatie niet maakbaar is. In sommige regio's zijn er tekorten aan woningen en is de doorstroom in het beschermd wonen niet optimaal.

2.3 In welke gevallen laten de kaders te veel of juist te weinig ruimte open voor eigen (professionele) interpretatie?

In het rapport van het Zorginstituut wordt benadrukt dat kaders en richtlijnen nodig zijn om de procedures rond opname in goede banen te leiden en onduidelijkheid en praktijkvariatie te verminderen, maar dat de noodzaak tot verblijf uiteindelijk een individuele afweging blijft, die plaatsvindt tussen behandelaar, cliënt en andere betrokkenen en waarbij de behandelaar duidelijk moet kunnen motiveren waarom er tot verblijf overgegaan wordt. Voldoende ruimte om te komen tot een eigen (professionele) interpretatie is daarom essentieel. In de interviews hebben wij gevraagd hoe men aankijkt tegen de ruimte voor professionele interpretatie binnen de huidige procedures rond opname.

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat er in de huidige praktijk ruimte bestaat om op basis van professionele expertise, ondersteund door objectiverende informatie en tegen de achtergrond van algemene uitgangspunten, zoals vastgelegd in kwaliteitskaders en veldafspraken, te interpreteren wat er in een bepaalde situatie nodig en mogelijk is. Deze ruimte wordt niet als 'te groot' ervaren of leidend tot onduidelijkheden.

Niet alleen professionals benadrukken de grote kennis en expertise rond opname die aanwezig is in het primaire proces, ook bestuurders en zorgverzekeraars onderstrepen dat vertrouwen in professionele afwegingen,

op zijn plaats is. Recente ontwikkelingen zoals de opkomst van het ervaringsperspectief en het domein- en discipline-overstijgend samenwerken zorgen ervoor dat de professionele interpretatie ook steeds meer intersubjectief tot stand komt. Dat wil zeggen dat meerdere professionals (de ambulante behandelaar, de klinisch behandelaar, de persoonlijk begeleider als de cliënt in een woonvorm woont, en eventueel andere betrokken professionals, zoals ervaringsdeskundigen) en de cliënt en naasten, tezamen vaststellen wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. Dit komt (in het algemeen) de kwaliteit van de besluitvorming ten goede, aldus geïnterviewden.

Dat er desondanks variatie bestaat tussen instellingen, afdelingen en individuele behandelaren in de interpretatie van situaties, wordt onderkend. Dit wordt toegeschreven aan contextuele factoren zoals de lokale aan- of afwezigheid van voorzieningen en mogelijkheden en problemen in de domeinoverstijgende samenwerking, maar deels ook als inherent gezien aan de complexe realiteit van ernstige psychiatrische aandoeningen, waarbij er bijvoorbeeld individuele verschillen zijn in hoe om te gaan met risico's. Zo kan het voorkomen dat een woonbegeleider inschat dat het risico op gezondheidsverlies of gevaar groot is, waar het behandelteam dat risico lager inschat. Op zo'n moment kan de overtuigingskracht van de betrokken woonbegeleider het verschil betekenen tussen opnemen of niet opnemen. Ook kan het uitmaken welke behandelaar er op het moment van een acute situatie dienst heeft.



Ook in acute situaties is het wel eens lastig. Dan bel je naar het behandelteam en dan is het antwoord 'volgens mij valt het wel mee', terwijl jij daar staat met de telefoon aan je oor en kijkende naar die persoon denkt 'het gaat totaal niet'. En dan moet je soms sterk in je schoenen staan om een opname voor elkaar te krijgen. Het wordt een soort schaakspel. (Interview zorgaanbieder)

De menselijke verschillen en variatie in de eigen professionele interpretatie van risico, zorgen onherroepelijk voor een zekere willekeur, iets wat door

geïnterviewden als niet wenselijk maar wel begrijpelijk en in zekere zin onvermijdbaar worden beschouwd. Geïnterviewden benadrukken dat de afwegingen rond opname zich niet laten inkaderen door (nog) meer kaders en protocollen op te stellen, maar in een onderlinge dialoog moeten worden geadresseerd.

Vanuit inkooppartijen wordt daar vergelijkbaar naar gekeken. Er wordt gesignaleerd dat de praktijk rond opname diffuus is, dat wil zeggen dat er variatie bestaat in de hoeveelheid opnames en gemiddelde ligduur tussen de verschillende zorgaanbieders en regio's. Geïnterviewden wijten dit niet aan 'te veel ruimte' voor (individuele) professionele interpretatie maar aan het feit dat er nu eenmaal geen harde, wetenschappelijke criteria kunnen worden gesteld bij een complex onderwerp als opname. Context-specifieke factoren en verschillen in visie op goede zorg, de vertalingen daarvan in zorgprocessen en de invloed daarvan op het professioneel handelen liggen volgens hen aan de basis van de variatie. Zo wordt er binnen de ene instelling of regio volledig ingezet op 'herstellen doe je thuis' met stevige samenwerkingsverbanden om deze visie handen en voeten te geven, waar in een andere instelling of regio vanuit andere ethische afwegingen over goede zorg klinische zorg eerder als optie overwogen wordt. Over het algemeen zijn ook zorginkooppartijen van mening dat striktere kaders, met minder ruimte voor professionele interpretatie, niet werkbaar zouden zijn en dat andere oplossingen nodig zijn om variatie terug te dringen. Het verschil tussen somatische- en psychische zorg komt precies in dit aspect scherp naar voren.

En wat ook opvallend is, dat heb ik ook vaker gezien in andere contexten en daar haakt het rapport ook op aan is dat de richtlijnen vaak wat hoog over zijn geformuleerd. Vervolgens blijkt in de afwegingen die behandelaars maken ook tal van factoren mee te spelen die je natuurlijk in geen enkele standaard of richtlijn gaat vinden, maar die wel heel erg zwaar kunnen meewegen. (...) Het zou fijn zijn als je een lijstje had en een beslisboom. Nou, zo werkt het gewoon niet. (...) (Interview zorginkoper)

In plaats van meer of striktere kaders en richtlijnen rond opname, ligt de behoefte vanuit het veld meer in de aanpak van contextuele factoren die voor variatie zorgen. Dan gaat het bijvoorbeeld om de knelpunten met betrekking tot doorstroom en uitstroom, met name het gebrek aan reguliere woningen, ambulante ggz-capaciteit en beschermde woonvormen voor de meest complexe doelgroepen, plus het gebrek aan doorzettingsmacht en belemmeringen in domeinoverstijgende samenwerking.

Samenvatting ruimte professionele interpretatie

Geïnterviewden geven aan dat er in de praktijk voldoende ruimte is voor eigen professionele interpretatie bij klinische opnames. Daarbij valt op dat het wel of niet komen tot een opname steeds meer een proces is geworden waar niet één maar verschillende behandelaren, de cliënt en vaak ook naasten bij betrokken zijn. In het beslisproces kan er variatie ontstaan door menselijke verschillen in bijvoorbeeld het nemen van risico's. Geïnterviewden benadrukken echter dat de afwegingen rond opname zich niet laten sturen door (nog) meer kaders en protocollen, maar in een onderlinge dialoog moeten worden geadresseerd. In plaats van meer of striktere kaders en richtlijnen rond opname, ligt de behoefte vanuit het veld meer in de aanpak van contextuele factoren die voor variatie zorgen.

2.4 Biedt de duiding voldoende handvatten voor de afbakening van medisch noodzakelijk verblijf Zwv met ggz-verblijf in andere domeinen, in het bijzonder met beschermd wonen Wmo? Is het onderscheid duidelijk voor partijen?

Een van de aanleidingen van het Zorginstituut-rapport waren gesignaleerde onduidelijkheden in de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en verblijf binnen andere wettelijke domeinen, in het bijzonder beschermd wonen binnen de Wmo. Ten tijde van de evaluatie levert het onderscheid

tussen een indicatie voor medisch noodzakelijk verblijf en voor beschermd wonen echter nauwelijks knelpunten op, aldus geïnterviewden.

Bij medisch noodzakelijk verblijf (= Zvw) staat *behandeling* centraal en is behandeling onlosmakelijk verbonden met de overige zorg aan de cliënt (waaronder begeleiding). Bij beschermd wonen (= Wmo of Wlz) staat *begeleiding* in een gestructureerde, beschermende woonomgeving centraal. Er kan ook ambulante ggz-behandeling plaatsvinden maar deze is niet onlosmakelijk verbonden met de begeleiding (er vindt wel afstemming plaats). Het komt regelmatig voor dat cliënten die beschermd wonen, óók te maken krijgen met een of meerdere tijdelijke opname(s), waarna zij weer terugkeren in de beschermd wonen setting, met ambulante ggz-zorg. Het komt voor dat er in dergelijke situaties verschil van mening bestaat over de noodzaak van opname binnen Zvw kader, bijvoorbeeld dat begeleiders binnen het beschermd wonen en ambulante ggz-behandelaren een opname noodzakelijk achten en dat de professionals die klinisch werken minder noodzaak tot opname zien. Volgens geïnterviewden heeft dit vooral te maken met beperkingen binnen beschermd wonen om de begeleiding optimaal op te kunnen schalen, wanneer een cliënt een recidive doormaakt. Woonbegeleiding gedurende een groot deel van de dag, dagen achter elkaar, kan niet georganiseerd worden binnen de huidige Wmo- en Wlz-pakketten omdat de tarieven hiervoor ontoereikend zouden zijn. Maar dit is een ander dilemma dan de afbakening tussen beschermd wonen en medisch noodzakelijk verblijf an sich.



Soms hebben wij als woonbegeleiders wel het idee dat het echt niet meer gaat; iemand is zo belastend voor de omgeving, niet meer in staat om verantwoordelijkheid voor eigen handelen te dragen, maar net niet gevaarlijk. Dan komen wij wel eens tegenover elkaar te staan [met het behandelteam]. 'Wanneer het thuis niet meer gaat' is ook een lastig en subjectief begrip, en heel erg afhankelijk van wat je thuis kan bieden. Als er een partner is kan het veel langer thuis, als wij hand-in-hand begeleiding [intensieve ambulante

woonbegeleiding voor zoveel uur als nodig is per etmaal] zouden kunnen bieden, kan het langer thuis. Maar dat is dus per situatie verschillend. En wat de cliënt daarin toestaat, dat kan ook verschillen. (Interview zorgaanbieder)

Sinds het uitkomen van het rapport van het Zorginstituut in 2017 zijn er veranderingen doorgevoerd in de ggz, waaronder de openstelling van de Wlz voor mensen met psychische problematiek (grondslag psychische problematiek). Dit gaat gepaard met nieuwe afbakeningsvraagstukken, namelijk tussen de Wmo en de Wlz. Bekend is dat de instroom van cliënten met een psychische aandoening in de Wlz veel hoger is dan werd ingeschat. Sommige aanbieders en zorgverzekeraars ervaren pressie vanuit gemeenten om mensen voor Wlz wonen te indiceren in plaats van voor de Wmo. Soms wordt er ook vanuit de interne organisatie aangestuurd op het aanvragen van een Wlz-indicatie, omdat dit meer zekerheid geeft. Genoemd is dat hier vanuit beschermd wonen-praktijken weerstand gevoeld wordt, vooral als het gaat om jonge mensen. Een Wlz indicatie wordt dan ervaren als een levenslange indicatie met minder oog voor herstel mogelijkheden. Vanuit de praktijk wordt het dan als passender gezien om mensen naar een Wmo-gefinancierde plek met ambulante zorg te begeleiden of te wachten of te blijven op een Wlz B-gefinancierde plek.



Op het moment dat je een Wlz W indicatie hebt wordt het ook vaak ingewikkelder. Want een Wlz W indicatie is per definitie voor onbeperkte tijd. Een Wlz B indicatie is voor korte tijd, dus dan kan ook op het moment dat iemand met ontslag gaat, iemand weer terug de Zvw in met een Wmo indicatie van de gemeente erbij en daar zijn veel meer plekken voor beschikbaar. Dat is heel vervelend, dat is die systeemwereld. Je moet dus nadenken welke indicatie je een cliënt geeft, rekening houdend met welke mogelijkheden er zijn voor woonplekken en voor de vervolgzorg. Wat niet zo zou moeten zijn. (Interview zorgaanbieder)

Het onderscheid tussen medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw en verblijf in de Wlz B, levert volgens geïnterviewden geen directe afbakeningsvraagstukken op – er wordt nog steeds gewerkt met het niet-inhoudelijke afkappunt van 1095 dagen (3 jaar), waarna verblijf op Zvw-grond overgaat naar verblijf op Wlz grond¹³. De overgang van Zvw naar Wlz W, of Wlz in een andere sector (bijvoorbeeld de verpleeghuiszorg) verloopt vaak wel stroef. Het komt voor dat de tijd die nodig is om een goede vervolgplek in de Wlz te regelen, overbrugd wordt met verblijf vanuit Zvw. Hierbij spreekt men van 'een grijs gebied' als het gaat om aanspraak op Zvw verblijf omdat het beëindigen van de opname zou betekenen dat iemand zeer snel weer opnieuw wordt opgenomen (zie ook paragraaf 2.2).

Tot dusver merk ik niet heel veel discussie [over afbakening], er wordt veel meer gekeken hoe kunnen we het nu het beste regelen voor deze cliënt? Bijvoorbeeld, een cliënt die heeft een Wlz indicatie, met specifieke woonbehoeften. We hebben heel lang gezocht naar een goede woonplek en tot die tijd hebben we binnen de Zvw geregeld dat deze persoon op de kliniek mag verblijven.

Anders komt hij op straat. Nou, dat zou hopeloos zijn, dan heb je voor niks die behandeling gedaan. En nu hebben we een goede plek voor hem geregeld. Maar daar is nu geen psychiater, dat duurt even. Dan zoeken we naar een oplossing om de plek te behouden met afwezigheidsdagen. Het is belangrijk om die overgangen vloeiend te laten verlopen. Wij worden ook steeds handiger met het interpreteren van de wet in het belang van de cliënt. Als we het heel clean hadden gedaan dan had hij onder een brug gelegen. Dat wil niemand, dat is gewoon niet oké. (Interview zorginkoop)

Hoewel buiten de primaire scope van het evaluatieonderzoek, kan gesignaleerd worden dat tussen Wlz B en Wlz W afbakeningsvraagstukken

spelen. Bijvoorbeeld bij cliënten die al jaren in de Wlz B verblijven en waarbij discussie is of zij niet beter zouden passen in de Wlz W. Vanuit de kant van aanbieders wordt soms aangevoerd dat er in de Wlz W minder doelen worden gesteld in het herstelproces van de cliënt en dat de zorg die geboden wordt vanuit de Wlz B passender is. Waarbij vanuit de inkopende partijen de vraag speelt of er inderdaad nog wel steeds behandeld wordt bij deze groep cliënten in de Wlz B.

De enige grote discussie die wij op dit moment hebben is de Wlz B. Waarvan wij zeggen, na 10 jaar behandelen horen mensen in de W thuis. Dan is bij anderen soms het idee dat als je in de Wlz W komt er geen doelen meer zijn en geen vooruitgang meer is. Maar dat is er nog steeds wel. Dat is de enige echt grote discussie die wij op dit moment op dat stuk met de zorgaanbieders hebben. En voor de rest vertrouw je toch op de professionaliteit van de zorgverleners. (Interview zorginkoop)

Samenvatting handvatten van de duiding voor afbakening

In de praktijk zijn er nauwelijks nog afbakeningsvraagstukken wat betreft of iemand Zvw-gefinancierd klinisch opgenomen moet worden of dat Wmo-beschermd wonen de meest passende zorg is. Met het openstellen van de Wlz voor mensen met psychische problematiek zijn er nieuwe afbakeningsvraagstukken bij gekomen, namelijk of de best passende zorg voor iemand die aangewezen is op langdurig verblijf of beschermd wonen dan vanuit de Wlz W, Wlz B of Wmo-gefinancierd beschermd wonen moet komen. Met voorbeelden van gemeenten die aansturen op overgang van cliënten van Wmo-gefinancierd beschermd wonen naar Wlz W. Er bestaat vaak nog onduidelijkheid over wat in de praktijk precies de verschillen zijn tussen de geleverde zorg vanuit Wlz W en beschermd wonen vanuit de Wmo (naast dat de indicatieduur verschilt).

¹³ Het Zorginstituut heeft in 2017 aangegeven dat de kunstmatige grens van 1095 onwenselijk is.

3 Resultaten vraagstelling 2

'Opvolging van de aanbevelingen'



3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten over de volgende vraagstelling:

In hoeverre zijn de aanbevelingen uit het rapport rondom start, duur en beëindiging van medisch noodzakelijk verblijf en verbetering van de ketenzorg, opgevolgd? En heeft dit bijgedragen aan meer passende zorg voor cliënten met een psychische stoornis?

Deze hoofdvraag heeft betrekking op de vijf aanbevelingen die het Zorginstituut heeft gedaan om goede zorg en gepast gebruik van medisch noodzakelijk verblijf te bevorderen. Deze aanbevelingen sluiten aan op tekortkomingen in de uitvoeringspraktijk die het Zorginstituut destijds signaleerde. Deze aanbevelingen zijn:

- 1 Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf.
- 2 Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag.
- 3 Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen.
- 4 Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit.
- 5 Werk samen om te komen tot goede verblijfzorg in de ggz.

Wat betekent de onbekendheid van het rapport voor de beantwoording van vraagstelling 2?

Net als vraagstelling 1 impliceert vraagstelling 2 dat het rapport bekendheid geniet en er acties zijn ondernomen op basis van het rapport. Gezien de beperkte bekendheid is aan geïnterviewden gevraagd of zij bekend zijn met acties of ontwikkelingen *in lijn* met de 5 aanbevelingen. Voor sommige vragen zijn ook documenten en literatuur geraadpleegd.

3.2 Aanbeveling 1: Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf

Onderdeel van het rapport van het Zorginstituut was literatuuronderzoek naar medisch noodzakelijk verblijf in richtlijnen en (internationale) wetenschappelijke publicaties. Op basis van het literatuuronderzoek werd destijds vastgesteld dat in geen enkele richtlijn aanwijzingen werden gegeven voor het bepalen van de opnameduur of -noodzaak. Ook werden er geen criteria voor ontslag genoemd in de richtlijnen. Daarom kwam het Zorginstituut tot de volgende concrete aanbevelingen:

- Het inbouwen van voldoende evaluatiemomenten in de besluitvormingsinstrumenten/zorgstandaarden waarop kan worden beoordeeld of, gezien de situatie van cliënt, voortzetting van opname (nog) is aangewezen (start- en stopcriteria).
- Voor zover dit nog onvoldoende terugkomt in de zorgstandaarden, moet in het onderhoudsplan van de zorgstandaard worden opgenomen wanneer dit wel beschreven gaat worden.

- Het gebruik van instrumenten als overleg, intervisie, visitatie en intercollegiale toetsing om de invloed van niet-inhoudelijke criteria op de beslissing terug te dringen en te komen tot een transparante, kwalitatief betere en eenduidige besluitvorming over verblijf, waarbij het individuele belang van de cliënt en de medische noodzaak voorop staan. In de volgende sub paragrafen wordt nader ingegaan op deze aanbevelingen en de vraag in hoeverre deze worden opgevolgd.

3.2.1 Zijn er in de besluitvormingsinstrumenten/zorgstandaarden/richtlijnen evaluatiemomenten ingebouwd waarop kan worden beoordeeld of, gezien de situatie van cliënt, voortzetting van opname (nog) is aangewezen (start- en stopcriteria)?

Bij deze vraagstelling gaat het om twee elementen. Ten eerste of er in besluitvormingsinstrumenten/zorgstandaarden/richtlijnen *evaluatiemomenten* zijn ingebouwd voor het beoordelen van de noodzaak van (voortzetting van een opname) en ten tweede met welke criteria dit kan worden beoordeeld (zie ook de tweede vraagstelling met betrekking tot aanbeveling 1, paragraaf 3.2.2).

Uit de resultaten van literatuuronderzoek blijkt dat er sinds 2017 verschillende kwaliteitstandaarden (d.w.z. zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules) zijn verschenen of een update hebben gekregen. In deze publicaties wordt echter (nog steeds) nauwelijks iets genoemd over medisch noodzakelijk verblijf, opname, of start- en stopcriteria van een opname of evaluatiemomenten hiervoor (zie tabel 2). Als het al gaat over evaluatiemomenten dan gaat het om behandel-evaluatie in algemene zin en niet specifiek over evaluatie van een opname. De aandacht voor deze onderwerpen in de zorgstandaarden lijkt daarmee onveranderd ten opzichte van het onderzoek van het Zorginstituut.



Tabel 2. Aandacht in (herzieningen van) kwaliteitsstandaarden sinds 2017 voor opnamen en verblijf

Kwaliteitsstandaarden en herzieningen sinds 2017	Aandacht voor medisch noodzakelijk verblijf of opname, start- en stopcriteria van een opname in het algemeen.
GGZ Psychose (1)	In deze (update van) de zorgstandaard wordt niet verder ingegaan op opname en medisch noodzakelijk verblijf.
GGZ Angstklachten en angststoornissen (2)	In deze (update van de) zorgstandaard wordt in algemene bewoordingen gerefereerd aan opnamecriteria: 'In het geval van ernstig suïcidegevaar, maatschappelijke teloorgang of zorgmijdende patiënten is een (gedwongen) opname of bemoeizorg bij sommige patiënten noodzakelijk, soms met noodzakelijke vrijheidsbeperking in de vorm van een inbewaringstelling (IBS) of – bij niet acuut gevaar – een rechterlijke machtiging.
GGZ Bipolaire stoornissen (3)	In deze (update van de) zorgstandaard wordt alleen in algemene bewoordingen gerefereerd aan opnamecriteria: 'De behandeling gebeurt in de eerste plaats met medicijnen en vindt bij voorkeur plaats in de gespecialiseerde ggz. Bij een episode waarvoor klinische opname noodzakelijk is, is het van belang dat de ambulante behandelaar zo spoedig mogelijk contact heeft met de patiënt en de klinische behandelaar om de continuïteit van het totale zorgplan ook tijdens de opname te waarborgen.'
GGZ Depressieve stoornissen (4)	In deze (update van de) zorgstandaard wordt alleen in algemene bewoordingen gerefereerd aan opnamecriteria: 'In het geval van ernstig suïcidegevaar, maatschappelijk verval of zorgmijden is bij sommige patiënten bemoeizorg of een opname noodzakelijk, soms met noodzakelijke vrijheidsbeperking in de vorm van een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM).'
GGZ Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (generieke module) (5)	In deze (update van de) zorgstandaard wordt niet verder ingegaan op opname en medisch noodzakelijk verblijf.
GGZ Ernstige Psychische Aandoeningen (generieke module) (6)	In deze (update van de) zorgstandaard wordt niet verder ingegaan op opname en medisch noodzakelijk verblijf.
Spoedzorgketen kwaliteitskader (7)	Er wordt in deze kwaliteitsstandaard niet ingegaan op besluitvormingsinstrumenten rondom medisch noodzakelijk verblijf en opname. Dit kader is gericht op de organisatie van de spoedzorg.
GGZ Acute psychiatrie (generieke module) (8)	In deze zorgstandaard wordt beschreven hoe er gehandeld moet worden in een crisissituatie. In deze zorgstandaard wordt niet verder ingegaan op opname en medisch noodzakelijk verblijf.
Kwaliteitskader forensische zorg (9)	In het 'Toetsingskader klinische overige forensische zorg' uit 2021 wordt geen toelichting gegeven op opname(criteria) en verblijf.
Richtlijn Acute Psychiatrie (de modules over het serotoninesyndroom, het maligne neuroleptica syndroom, de acute opwindingsstoestand/ agitatie en acute katatonie) (10).	In deze modules wordt niet gerefereerd aan opname(criteria).
Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (11).	In deze module wordt niet gerefereerd aan opname(criteria). Wel wordt gespecificeerd waarover regionale ketenaafspraken gemaakt moeten worden waarbij opnamebeleid (inclusief verwijs- en ontslagcriteria) als noodzakelijk onderwerp wordt gezien.

Volgens geïnterviewden is het niet mogelijk om objectieve, inhoudelijke, met evidentie onderbouwde, start- en stopcriteria vast te stellen. Zij achten het daarom niet verrassend dat er in de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen (immers gebaseerd op evidentie) geen uitwerkingen zijn gemaakt van algemeen geldende evaluatiemomenten of start/stop criteria. Geïnterviewden wijzen erop dat in de praktijk de betrokken partijen hier onderling inhoudelijke afspraken over maken en deze vastleggen in kwaliteitsstatuten. Ook wordt benadrukt dat de beoordeling of gezien de situatie van de cliënt, opname (nog) is aangewezen, uiteindelijk altijd een kwestie van maatwerk is. Hierbij worden vanzelfsprekend instrumenten gebruikt zoals klinische assessments, het zorgplan en het signaleringsplan en ook instrumenten voor bijvoorbeeld risicotaxatie. Belangrijkste is echter het plaats- en tijdgebonden oordeel van de betrokken professionals.

Ik heb aanbeveling 1 eigenlijk het meest ingewikkeld gevonden. Dus er is de constatering dat er in de richtlijnen bijna niks staat. Er geen criteria zijn voor ontslag, en die zijn er internationaal ook niet. En dat is ook niet voor niks. Ik heb ook nooit de constatering gesnapt dat dat dan niet goed zou zijn. En de beschrijving dat het afhangt van heel veel factoren, dat is gewoon een feit en dat laat zich nauwelijks vatten in een richtlijn. Daarom zijn die er dus ook niet. (Interview zorgaanbieder)

In de praktijk is het belangrijkste startcriterium, dat er al ambulante maximaal opgeschaald is, bijvoorbeeld via Intensive Home Treatment¹⁴ (IHT) en vervolgens blijkt dat dat niet voldoende is om de situatie van ontregeling of ontwrichting te doorbreken. Een opname is daarbij alleen aangewezen als de

situatie ambulante niet langer te hanteren is. Daarbij moet de opname een duidelijk doel hebben en de impact van opname wordt afgewogen tegen het alternatief van niet opnemen.

Tijdens een opname, ligt de verantwoordelijkheid voor het afwegen van de duur bij het klinische én het ambulante team, aldus geïnterviewden. Ook hier liggen de samenwerkingsafspraken aan de basis van de besluiten en worden instrumenten voor risicotaxatie en klinische assessments ingezet om de situatie van de cliënt beter te kunnen inschatten. Een belangrijk instrument om het proces van afstemmen en afwegen in goede banen te leiden en evaluatiemomenten in te bouwen, is het zorgafstemmingsgesprek¹⁵ (ZAG). Tijdens een ZAG komen betrokken partijen tijdens de opname samen om te praten over de invulling van de behandeling. Het doel van een ZAG is dat er een goede afstemming en samenwerking ontstaat tussen patiënt, het ambulante team, het klinische team, de familie en naastbetrokkenen en eventuele andere betrokken professionals. Er vinden meerdere zorgafstemmingsgesprekken plaats gedurende een opname. Zo is in de High & Intensive Care (HIC) modelgetrouwheidschaal opgenomen dat bij opname er binnen 24 uur een ZAG gesprek plaatsvindt waarin aanleiding, doel en tijdsplanning van de opname op de HIC worden vastgesteld en waarbij ten minste de patiënt, de behandelaar van de kliniek, naasten en de ambulante behandelaar aanwezig zijn. Vervolgens vindt er iedere 3 weken een ZAG gesprek plaats waarin behandeldoelen worden geëvalueerd, waarbij ten minste de patiënt, de behandelaar van de kliniek, naasten en de ambulante behandelaar aanwezig zijn. Bij ontslag vindt er ook een ZAG gesprek plaats, waarbij ten minste de patiënt, de behandelaar van de kliniek, naasten en de ambulante behandelaar aanwezig zijn.

14 'De Intensive Home Treatment (IHT) teams leveren een belangrijke bijdrage aan mensen met acute psychiatrische problemen in hun thuisituatie. De IHT-teams die in Nederland opgericht worden zijn afgeleid van een in Groot-Brittannië functionerende Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)-teams'. <https://www.i-ht.nl/>

15 'Het doel van een zorgafstemmingsgesprek is het zorgen voor een goede afstemming en samenwerking tussen de cliënt, de naasten, het ambulante team, het klinische team en eventuele andere betrokken professionals voor optimale aansluiting van zorg'. <https://ccaf.nl/zag-ccaf/>

3.2.2 Voor zover criteria en instrumenten nog onvoldoende terugkwamen in de zorgstandaarden die in de afgelopen jaren werden aangeboden voor opname in het openbaar Register, zullen partijen het wel in het onderhoudsplan bij de standaard moeten opnemen. Hebben partijen hier aandacht voor?

In de gepubliceerde onderhoudsplannen van de zorgstandaarden (zorgstandaarden genoemd in tabel 2) wordt geen melding gedaan van updates ten aanzien van criteria rond opname en/of verblijf. Dit onderdeel van aanbeveling 1 is daarmee niet opgevolgd.

Uit interviews met experts op het gebied van richtlijnontwikkeling en zorgstandaarden komt naar voren dat deze producten gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie. Er blijken nauwelijks studies te zijn waarin behandeling in een klinische setting vergeleken wordt met behandeling in een ambulante setting (zie ook de resultaten van aanbeveling 4). Daarnaast wordt de inhoud van richtlijnen grotendeels bepaald op basis van een knelpuntenanalyse van actuele problemen die in het veld worden ervaren¹⁶. De mate van behoefte in het veld om scherpere criteria te hebben voor klinische opnamen speelt dus een rol bij de prioritering van een richtlijnwerkgroep. De geïnterviewde zorgprofessionals geven aan geen positieve opbrengsten te verwachten van nog verdere concretisering van opname- en ontslagcriteria. Juist omdat zoals genoemd de afweging altijd multifactorieel is en in de praktijk al interdisciplinair wordt gemaakt.

3.2.3 Worden instrumenten als overleg, intervisie, visitatie en intercollegiale toetsing gebruikt om de invloed van niet-inhoudelijke criteria op de beslissing terug te dringen en te komen tot een transparante, kwalitatief betere en eenduidige besluitvorming over verblijf, waarbij het individuele belang van de cliënt en de medische noodzaak voorop staan?

Instrumenten als overleg, intervisie, visitatie en intercollegiale toetsing zijn standaard onderdeel van de praktijk en spelen een rol bij het maken van adequate en zorgvuldige afwegingen rond medisch noodzakelijk verblijf, aldus geïnterviewden. In de vraagstelling gaat het om de invloed van niet-inhoudelijke criteria. Dit zijn volgens het Zorginstituut zaken als de omvang van het intramurale aanbod, hoe wordt omgegaan met ideeën en druk vanuit familie, vertrouwen in elkaars capaciteiten, opvattingen over recht op autonomie en plicht tot goed hulpverlenerschap.

In de interviews zijn (enkele) voorbeelden genoemd van situaties waarbij dergelijke factoren een rol kunnen spelen in de afweging. Bijvoorbeeld dat een cliënt zijn of haar woonvoorziening verliest gedurende de opname en een opname daardoor langer duurt.



Er zijn veel andere aanbieders in de regio. Kleine aanbieders, Wmo-aanbieders, aanbieders van pgb [persoonsgebonden budget], waar wij FACT-zorg [Flexible Assertive Community Treatment] aan leveren en dan komt het wel eens voor dat de zorgaanbieder het zorgcontract opzegt. Dan verliest iemand zijn woning en zorg en dat is ingewikkeld. Dat is de laatste tijd een aantal keer voorgekomen en dan escaleert dat. Dan wordt dus zowel de woning

16 <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/aqua-leidraad.pdf>

als het zorgcontract opgezegd door een andere aanbieder. (...) We hebben hier veelvuldig contact over met de gemeente. (Interview zorgaanbieder)

Soms verblijven mensen langer op de HIC [High & Intensive Care] dan strikt medisch noodzakelijk terwijl de crisis voorbij is, doordat er soms veel vertraging zit bij de achterdeur. Dat ligt niet alleen aan de ggz, maar ook aan allerlei andere netwerken, zoals de dak- en thuislozen opvang, forensische zorgkaders (...) die buiten de invloedsfeer liggen. (Interview zorgaanbieder)



Het gaat in deze situaties, afgaande op de interviews, vooral om uitstroom en niet zozeer om criteria bij de start van de opname. In zo'n situatie wordt met overleg met andere aanbieders en inkopende partijen geprobeerd passende oplossingen te vinden. Zoals met de gemeente zoeken naar oplossingen als het contract tussen de gemeente en een andere zorgaanbieder is beëindigd en er cliënten overgenomen moeten worden. (Zie ook paragraaf 3.3).

Samenvatting opvolging aanbeveling 1

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat in de na 2017 verschenen en/of geupdate besluitvormingsinstrumenten/zorgstandaarden/richtlijnen nauwelijks iets wordt genoemd over medisch noodzakelijk verblijf, opname, start- en stopcriteria van een opname of evaluatiemomenten hiervoor. Daarbij geven geïnterviewden wel aan dat het ZAG in de praktijk steeds meer de standaard is geworden.

3.3 Aanbeveling 2: Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!

In het rapport van het Zorginstituut werd geconcludeerd dat de doelen van opname vaak niet duidelijk in het instellingsbeleid waren vastgelegd en dat de randvoorwaarden om over te kunnen gaan tot ontslag onvoldoende in beeld of onvoldoende gerealiseerd waren. Naar aanleiding van deze conclusie werd de aanbeveling gedaan om zo snel mogelijk na de start van een opname en zo veel mogelijk samen met de cliënt en diens netwerk, het doel van de behandeling en de randvoorwaarden voor ontslag vast te leggen. Waarbij het nadrukkelijk ook om sociaal-maatschappelijke randvoorwaarden gaat zoals wat er nodig is op het gebied van huisvesting, inkomen, werk, dagbesteding en het sociale netwerk van de cliënt. In de volgende paragrafen wordt hierop ingegaan.

3.3.1 Maken de behandelaren bij opname al duidelijk wat de doelstelling van de behandeling is en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om de cliënt verantwoord met ontslag te kunnen laten gaan?

Voor de grootste groep mensen is een klinische opname een korte schakel in een ambulante traject. In de praktijk wordt volgens de geïnterviewde zorgprofessionals bij de start van de opname altijd bepaald wat de doelen zijn van de opname en welk tijdsplan daarbij past. Dit wordt in samenspraak gedaan met het ambulante behandelteam, woonbegeleiders (als een cliënt in een woonvorm woont), het klinische team, cliënt en naasten, vaak in de vorm van een ZAG (zie paragraaf 3.2.1). In latere ZAG-en komt de vraag wat er nodig is om de cliënt verantwoord met ontslag te laten gaan, aan bod. Hierbij worden soms ook andere partijen, zoals de woningcorporatie, betrokken. Omdat bij het ZAG de cliënt altijd zelf aanwezig is (in tegenstelling tot de afstemmingsgesprekken die voorheen werden gehouden), is de cliënt betrokken bij besluiten die zijn of haar leven aangaan

en kan er meer persoonsgericht gewerkt worden. Het voeren van ZAG-en behoort volgens de geïnterviewden in de regio's (inmiddels) tot de normale gang van zaken. Wel waren er verschillen in afspraken over de timing van een ZAG: in de eerste 24 uur na opname of binnen 5 dagen na opname.

Kanttekening hierbij is dat op basis van het uitgevoerde onderzoek niet kan worden vastgesteld of inderdaad bij elke opname een of meerdere ZAG-en plaatsvinden en/of wat de kwaliteit van dit gesprek is. Hoewel van belang, lag dit buiten de scope van dit onderzoek.

Voor de meeste mensen geldt dat een opname van korte duur is, waarna men weer terugkeert naar ambulante zorg. Er is echter ook een kleinere groep waarvoor dat niet geldt. Een opname (zelfs op een High & Intensive Care-afdeling, die bedoeld is voor een maximale duur van 3 weken met maximaal 2x een verlenging) kan in de praktijk langer duren, soms langer dan een jaar. Voor een kleine groep mensen is terugkeer naar de verblijfsplaats van voor de opname geen optie of was er zelfs geen woon- of verblijfsplaats voorafgaand aan de opname. Dit zijn andere trajecten waarbij de volgende stap een verblijfs- of woonsetting is met veel begeleiding. Dit kan beschermd wonen zijn binnen de Wmo maar ook een plek met Wlz financiering binnen of buiten de ggz. Geïnterviewden noemen dat ook dan de insteek is om te zoeken naar de plek met meeste eigen regie voor de cliënt. Soms is al snel duidelijk wat de best passende vervolgplek is, soms is er meer tijd nodig om dit uit te zoeken. Bij deze groep werkt het volgens sommige geïnterviewden vaak beter om even te wachten met de samenwerking met andere partijen, in ieder geval totdat de grootste crisis voorbij is. Het te snel betrekken kan andere partijen afschrikken om als vervolgplaats te dienen.



Je ziet ook wel dat dit in de stukken ook echt wordt benadrukt: Ga zo snel mogelijk vanaf opname al aan de slag met het uitstroomtraject. Dat is op zich heel mooi en dat dat proberen wij ook. Maar wat je wel ziet als je met externe partijen de casus al

bespreekt op het moment dat iemand psychiatrisch gedecompenseerd is, dan worden mensen [zorgverleners van een andere aanbieder, bijvoorbeeld uit een andere sector zoals de ouderenzorg] heel erg terughoudend. Als iemand gestabiliseerd is, staan ze er veel meer voor open. Dat klinkt gek, want je denkt, laten we het vanaf nu al samendoen. Maar het schrikt vaak eerder af dan wanneer je dat later in het traject doet. Dat wil niet zeggen dat je het dan niet moet doen, maar ik merk in de praktijk wel dat het soms averechts werkt helaas. We zetten daar ook op in, met educatie, scholing, et cetera [aan andere zorgverleners]. (Interview zorgaanbieder)



Er is een bepaalde doelgroep die met een acuut beeld opgenomen wordt, waarbij dat [regelen van randvoorwaarden voor ontslag] vanaf dag 1 kan. Dat je weet wat er moet gebeuren. Van dit is het doel, wat is de intentie van hoelang het gaat duren. Maar juist de cliënten die een langduriger traject hebben die een minder helder beeld hebben, die daarmee opgenomen worden, daar heb je wat meer tijd voor nodig. Dat verschil is bij de start goed in te schatten en dat gebeurt ook al. (Interview zorgaanbieder)

Een probleem dat zich voordoet bij het regelen van randvoorwaarden voor ontslag is volgens geïnterviewden (zowel vanuit het perspectief van de zorgaanbieders als de zorginkopers) dat het voor sommige groepen moeilijk is om een geschikte vervolgplek te vinden. Dan gaat het om:

- Ouderen voor wie de passende vervolgzorg een verpleeghuis is.
- Cliënten met Korsakov voor wie een gespecialiseerde verblijfslocatie het passende vervolg is.
- Cliënten met forensische problematiek zonder forensische titel.
- Cliënten met dusdanige multiproblematiek (psychische problematiek, gedragsproblematiek, verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek) dat er geen geschikt aanbod lijkt te zijn.



'Veel VVT-instellingen¹⁷ zitten niet te wachten op de mensen met complexe problematiek'. (Interview zorgaanbieder)

'Wat vanuit de verslavingszorg wel een punt is waar de vmr [verblijf met rechtvaardigheidsgrond] geen mogelijkheid toe biedt, dat zijn mensen met Korsakov. Mensen worden klinisch opgenomen, ook vanwege allerlei middelengebruik en moeten gestabiliseerd worden. En ze kunnen niet meer terug naar huis omdat ze eigenlijk een Wlz plek nodig hebben specifiek gericht op Korsakov en daar is een capaciteitsprobleem. Wat dan maakt dat mensen wel bij ons moeten verblijven'. (Interview zorgaanbieder)



Je ziet ook dat vaak mensen een beetje rondgepompt worden. Dat is een hele kleine groep. Mensen die al veel behandeling hebben gehad maar er blijft behoefte aan 24uurs zorg en verblijf. Met soms een verstandelijke beperking, trauma, persoonlijkheidsproblematiek, hoog beveiligingsniveau. Daar is heel weinig aanbod voor. (Interview zorgaanbieder)



Voor de hierboven beschreven groepen is het moeilijk om een geschikte vervolgplek te vinden en om (in een vroeg) stadium te werken aan de randvoorwaarden voor ontslag omdat geschikte vervolgplekken schaars zijn, ook als je deze in een vroeg stadium probeert te betrekken.

Verblijf met rechtvaardigheidsgrond (vmr)

Na publicatie van het rapport van het Zorginstituut is in 2018 de deelprestatie verblijf met rechtvaardigheidsgrond (vmr) geïntroduceerd door de Nza. Op verzoek van het Zorginstituut is de toepassing van vmr expliciet nagegaan in de interviews.


Het grootste deel van de geïnterviewde zorgaanbieders gaf aan vmr niet in te zetten. Dit had verschillende achtergronden. Sommigen kenden de

regeling niet. In dat geval bleek bij doorvraag dat men de regeling ook niet zou gaan inzetten. Als bezwaar tegen het inzetten van vmr wordt genoemd dat daarmee naar de cliënt wordt gecommuniceerd 'jij hoort hier eigenlijk niet'. En voor professionals betekent het dat 'iemand hier eigenlijk niet hoort'. Waarbij er ondertussen wel zorg wordt geboden maar met vmr dan tegen een lager tarief met wel extra administratie om de vmr te regelen. Zorginkopers bevestigen de beperkte inzet van de regeling. Zij geven als aanvullende verklaring dat het een heel open en daarmee kwetsbaar gesprek is voor aanbieders om te voeren met de zorgverzekeraar, dat er mensen opgenomen zijn die eigenlijk geen opname nodig hebben.



En het heeft ook te maken met sociale wenselijkheid en sociale onwenselijkheid. Dan moet je als aanbieder gaan toegeven dat er mensen in jouw kliniek verblijven die eigenlijk daar niet op hun plek zouden zijn. Dat is natuurlijk een heel slecht verhaal. Dat het buiten jouw invloedssfeer ligt, dat is lastig. (Interview zorginkoper)


De zorgaanbieders die aangeven vmr wel in te zetten doen dit met name als zorgprofessionals vinden dat een Wmo-gefinancierde beschermd wonen plaats de best passende vervolgplaats is voor de cliënt (die op dat moment klinisch opgenomen is). Met vmr kan druk uitgeoefend worden op de gemeente om een geschikte beschermd wonen plaats te vinden en een persoon zo mogelijk voorrang te geven op wachtlijsten. De ervaring vanuit de praktijken is dat als vmr wordt ingezet het op dat moment voor de bewuste casus tot resultaten leidt. Maar lang niet alle gemeenten, zo is de ervaring, zien het gebruik van vmr als aanleiding om naar duurzame oplossingen (voorbij deze ene casus) te streven. Het is voor de kliniek in de praktijk kiezen tussen verschillende kwaden: een voortgezette opname (ook al is de indicatie er niet meer) aanvragen van een vmr (met meer regelwerk, een lager tarief en een bed dat beter door een nieuwe cliënt kan worden bezet) of een cliënt ontslaan, waarbij men eigenlijk al weet dat deze het ambulante niet zal redden of in de maatschappelijke opvang terecht zal komen.



Als mensen echt gestabiliseerd zijn en als ze dan inderdaad nog niet een eigen woon- of verblijfsplek hebben. En, als je dan weet, we hebben nu heel lang geïnvesteerd in de cliënt, in de behandeling. Als je dan nu iemand op straat zou zetten of naar de nachtopvang zou laten gaan, dan is dat met zijn allen helemaal voor niets geweest. Dat is het moment dat wij er soms voor kiezen om dan bewust de medische noodzaak eraf te halen om over te gaan tot verblijf met rechtvaardigingsgrond, omdat je dan weet dat dan na een half jaar de pijn bij de gemeente gevoeld wordt en je daarmee de gemeente ook stimuleert om te komen tot voorrang op een beschermd wonen plek. En dat is hoe die ook wordt ingezet. Dus we zetten hem eigenlijk alleen in als drukmiddel naar de gemeente. (Interview zorgaanbieder)


Dat de vmr deelprestatie niet veel ingezet wordt, blijkt ook uit analyse van declaratiegegevens¹⁸ door het Zorginstituut. In de periode 2018-2020 werd jaarlijks landelijk voor tussen de 45 en 55 cliënten vmr gedeclareerd. Met gemiddeld tussen de 70 en 80 dagen per cliënt. Gemiddeld genomen was de vergoeding 300 à 310 euro per dag, ongeveer 90 procent van het vastgestelde tarief (330-340 euro per dag). Dat komt neer op tussen de 20.000 en 25.000 euro per cliënt. Afgaande op de cijfers zijn er vijf aanbieders (van de 24 die vmr declareerde) die ongeveer twee derde van het totaal aan vmr hebben gedeclareerd (gemiddeld 7 cliënten met vmr per instelling per jaar).

Geïnterviewde zorgverzekeraars zeggen het gesprek over vmr aan te gaan met zorgaanbieders die dit niet gebruiken maar dat dit niet altijd tot gewenste resultaten (het meer gaan inzetten van vmr) leidt.



En je krijgt terug dat verzekeraars daar [met vmr] heel verschillend mee omgaan. Dat een aanbieder zegt we hebben geen vmr want dat is ons beleid. Maar dat kan niet, want het is een omstandigheid die creëert dat je het moet inzetten. Je kan er geen beleid op voeren dat het niet bestaat. Een andere verzekeraar zegt, we willen vmr niet inzetten, als een soort ontmoedigingsbeleid. (Interview zorginkoper)

Een andere kanttekening bij vmr die tijdens de interviews is genoemd is dat het lastig is dat vmr niet gebruikt kan worden als er een Wlz indicatie wordt afgegeven. Dat maakt het gebruiken van vmr sinds de openstelling van de Wlz complexer.



En op het moment dat die Wlz W er op zit dan kan je die vmr ook niet meer inzetten. (Interview zorgaanbieder)

3.3.2 Hebben de partijen gestructureerde zorgprogramma's vastgesteld met duidelijk omschreven behandeldoelen en ingebouwde evaluatiemomenten om een op hun doelgroep toegesneden en passend ontslagbeleid te ontwikkelen, waarbij ook de sociaal-maatschappelijk randvoorwaarden en het realiseren daarvan worden meegenomen?

Uit de interviews blijkt dat er bij klinische opnamen duidelijke behandeldoelen worden gesteld en er op gezette momenten evaluatiemomenten zijn, onder andere met het zorgafstemmingsgesprek (ZAG). Genoemd is dat het ambulante behandelteam betrokken blijft om zo de continuïteit te waarborgen. Ook woonbegeleiders van het beschermd wonen gaven aan contact te houden met de cliënt bij een tijdelijke klinische opname. (Waarbij dit overigens niet altijd financieel gesteund wordt vanuit de gemeente).

¹⁸ Declaratiegegevens van zorgverzekeraars aangeleverd via Vektis.

Samenvatting opvolging aanbeveling 2

Voor de start van een klinische opname wordt door de betrokken professionals (klinisch en ambulante) bepaald wat de doelen van de opname zijn en hoeveel tijd hiervoor naar schatting nodig zal zijn. Dit wordt met de cliënt en mogelijk ook naasten geëvalueerd in het zorgafstemmingsgesprek (ZAG), dat op gezette momenten plaatsvindt. Voor de grootste groep mensen die opgenomen wordt, is de klinische opname een korte schakel in een ambulante traject. Hierbij wordt al direct bij de start van de opname aandacht besteed aan de randvoorwaarden voor ontslag. Er is een kleine groep die niet kan terugkeren naar de woonsituatie van voor de opname. Soms is snel duidelijk wat de passende vervolgplek is, soms is hier meer tijd voor nodig. Er zijn situaties waarin, ook al is duidelijk geworden wat de best passende vervolgplek is, de vervolgplek niet (direct) beschikbaar is en mensen hierdoor langer opgenomen blijven dan strikt noodzakelijk. In deze situaties kan de deelprestatie verblijf met rechtvaardigheidsgrond (vmr) worden ingezet. Zowel uit registratiecijfers als uit de interviews blijkt echter dat dit in de praktijk maar weinig wordt gebruikt.

3.4 Aanbeveling 3: Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen

Het Zorginstituut concludeerde in het onderzoek dat de intensieve ambulante ggz voor mensen met (ernstige) psychische problematiek nog niet overal van de grond kwam. Daar kwam de aanbeveling uit voort om intensieve ambulante zorgvormen te stimuleren. In de volgende paragrafen komt aan bod in hoeverre deze aanbeveling is opgevolgd.

3.4.1 Is het aantal intensieve ambulante behandelplaatsen voor cliënten met (ernstige) psychische stoornissen toegenomen? Zorgverzekeraars zijn er verantwoordelijk voor dat er voldoende ambulante aanbod tot stand komt.

Uit onderzoek is bekend dat de afbouw van het aantal klinische plaatsen in de ggz sneller is gegaan dan dat de *intensieve* ambulante behandelplaatsen zijn opgebouwd (Landelijke monitor ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz 2020 (12)). Uit de rapportage van de Monitor psychische problematiek (2022 (13)) blijkt dat het aantal mensen met intramurale zorg (S-GGZ, L-GGZ en Wlz) is gedaald tussen 2015 en 2020 en dat het aantal mensen met ambulante GGZ (POH-GGZ, GB-GGZ en S-GGZ) steeg. Het aantal mensen met ambulante S-GGZ steeg tussen 2015 en 2018 maar daalde daarna. De stijging van het aantal mensen met ambulante zorg komt vooral door de stijging van mensen met POH-GGZ en GB-GGZ. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen. (De Monitor psychische problematiek biedt geen cijfers over FACT- en IHT-teams en ander intensief ambulante aanbod.)

Er is in het evaluatieonderzoek geen kwantitatieve trendanalyse gedaan per regio (dit lag buiten de scope van de onderzoeksactiviteiten) waardoor er geen cijfermatig inzicht is in ontwikkeling van intensieve behandelplaatsen per regio van de laatste jaren. De geïnterviewde vertegenwoordigers van zorgaanbieders geven nagenoeg wel allemaal aan dat er de laatste jaren over de hele linie meer is ingezet op ambulante zorg en dat de ambulante zorg leidend is geworden, met een opname als een tijdelijke schakel in een ambulante traject.

Over het algemeen wordt door geïnterviewden aangegeven dat de ambulante capaciteit is versterkt maar dat dit niet in elke regio en niet altijd voldoende is. Dit heeft vooral met te maken met krapte op de arbeidsmarkt (inclusief personeelsverloop en ziekteverzuim), met hoge werkdruk en verzwaring van de problematiek van de mensen die ambulante worden behandeld en begeleid, aldus geïnterviewden. Door deze omstandigheden komt het voor dat het op momenten niet mogelijk is meer ambulante zorg in te zetten als dit wel nodig en gewenst is. Met hierbij verschillen tussen regio's: waar de één aangeeft dat het nagenoeg altijd lukt om de roosters vol te krijgen, geeft de ander aan vaker te kampen met personeelstekorten in ambulante teams. Net zoals er ook in de klinische teams personeelstekorten zijn.

3.4.2 Voldoet het aantal ambulante behandelplaatsen voor cliënten met ernstige psychische stoornissen aan de behoefte? Zo nee, werken zorgverzekeraars aan het opheffen van het tekort?

Zoals genoemd voldoet het aantal ambulante behandelplaatsen volgens geïnterviewden niet overal en niet altijd aan de behoefte. Met als voornaamste beperkende factor de krapte op de arbeidsmarkt. Een factor die niet snel en makkelijk te beïnvloeden is.

Hier is die [ambulante] capaciteit wel toereikend. Al blijft het altijd lastig dat je organiseert op een gemiddelde, dus op drukke dagen is de capaciteit soms wel te laag. We proberen mensen zoveel mogelijk binnen de kantoortijden te helpen, en als het heel druk is helpen ze elkaar [afdelingen of teams.] ook, bijvoorbeeld dat het IHT-team diensten verricht voor mensen op de HIC. Het is ook lastig als er ziekte is, omdat het gaat om kleine teams kan dat tot acute problemen leiden. En ook hebben we last van de krapte op de arbeidsmarkt. (Interview zorgaanbieder)

In de interviews is ook genoemd dat het niet alleen gaat om capaciteit in termen van volume maar ook om capaciteit in termen van vaardigheden om om te gaan met crisissituaties. Geïnterviewden geven aan dat de druk op ambulante zorg groter wordt vanwege toenemende complexiteit van de problematiek van cliënten. Sommige geïnterviewden van de klinische teams vragen zich af of ambulante teams altijd wel voldoende toegerust zijn om tijdens een crisis de nodige therapeutische aandacht te bieden. En waar de grenzen liggen van wat aan een ambulante ggz-team gevraagd kan worden. Dit komt ook tot uiting in verschil van inzicht tussen ambulante en klinische teams over de noodzaak van een opname: waar het ambulante ggz-team kan vinden dat alle ambulante mogelijkheden zijn uitgeput en er echt een opname nodig is, kan het klinische team menen dat er ambulante

nog mogelijkheden zijn. In dit kader is ook het gebrek aan ambulante dag/deeltijdbehandelingen genoemd, als extra schakel tussen ambulante zorg en een opname, en het gebrek aan begeleiding, ondersteuning, dagbesteding en peer support (dus ook juist de begeleiding vanuit het sociaal domein).

Ook klinische teams geven aan soms eerder mensen te willen opnemen maar bij tijden te maken hebben met beperkingen vanwege een (regionaal) beddentekort. Door een aantal geïnterviewden werd hierbij de link gelegd naar een te grote afbouw van bedden in het ambulantiseringproces. Wel beschikken alle regio's tegenwoordig over Intensive Home Treatment (IHT) welke ingezet kan worden als de reguliere zorg aan de eigen grenzen van het ambulante aanbod komt.

Zorgverzekeraars geven aan afspraken te maken met aanbieders over meer ambulante zorg en meer outreachende zorg. Zij signaleren ook de tekorten op de arbeidsmarkt waardoor afspraken maken over verdere uitbreiding van het ambulante aanbod vaak moeilijk is.

We kunnen sturen maar als aanbieders achterblijven in productie dan kijken we waardoor dat komt. Komt vaak door personele krapte. We kunnen wel het gesprek daarover voeren. (Interview zorginkoper)

Dus we maken elk jaar analyses van zorgvraag en zorgaanbod en dan zie je dus wel waar de gaten ontstaan en dan ga je toch kijken via vaak andere zorgaanbieders, want die weten vaak wel wat er in zo'n regio speelt, wie [welke aanbieder] er interesse heeft in wat waar mogelijk iets kan ontstaan. En dan kun je mensen [zorgaanbieders] benaderen en ze dus ook leiden naar ons inkoopproces, want dan kunnen we ook formeel toetsen of alles goed geregeld is als ze voldoen aan de regels. (Interview zorginkoper)

Het inzicht in de regionale behoeften en mogelijkheden is niet altijd optimaal. Gehoopt wordt dat het zorgprestatie­model hierin helpend gaat zijn, aldus geïnterviewden.



Voorheen konden we niet meer doen dan zeggen dat er minder bedden moesten komen en ambulante opgebouwd moest worden maar we konden niet zien of dat daadwerkelijk gebeurde en of het voor de juiste personen gebeurde. Met het zorgprestatie­model wordt dat hopelijk anders. Dan is er meer inzicht in welk type zorg het vergoed wordt, multidisciplinaire zorg, outreachende zorg. (Interview zorginkoper)

Samenvatting opvolging aanbeveling 3

In de regio's is ingezet op het vergroten van de capaciteit van ambulante teams. Dit betekent niet dat er overal ook voldoende ambulante behandelcapaciteit is. Dit komt vooral door krapte op de arbeidsmarkt en moeilijk te vervullen vacatures. De druk op ambulante teams is toegenomen, ook door complexere problematiek van de cliënten van de ambulante teams. Daarbij is zowel vanuit ambulante als klinische zorgprofessionals aangegeven dat het vaak ontbreekt aan een tussenvorm van zorg zoals dag- en deeltijdbehandeling. Het was ten tijde van de interviews voor inkopers niet steeds helder of er regionaal voldoende ambulante aanbod was. Gehoopt wordt dat het zorgprestatie­model hierin gaandeweg verbetering zal brengen.

3.5 Aanbeveling 4: Verricht onderzoek naar (kosten) effectiviteit

In het rapport van het Zorginstituut werd geconcludeerd dat er weinig vergelijkend onderzoek is gedaan naar de (kosten)effectiviteit van behandeling met verblijf versus ambulante behandeling. Op basis hiervan werd de aanbeveling gedaan om meer adequate onderzoeksmodellen te ontwikkelen en meer kosteneffectiviteitsonderzoek te doen op dit thema.

3.5.1 Is er na het uitkomen van het rapport vergelijkend onderzoek gedaan naar de (kosten)effectiviteit van behandeling met verblijf ten opzichte van ambulante behandeling?

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er sinds 2017 één Nederlandse studie naar kosteneffectiviteit van ambulante zorg versus verblijf is gepubliceerd. Dit betrof een studie bij mensen met indicatie voor opname naar de effectiviteit van Intensive Home Treatment versus gebruikelijke crisiszorg en opname met het terugdringen van het aantal opnamedagen als belangrijkste doel en uitkomstmaat¹⁹. Deze studie laat zien dat patiënten die IHT kregen in een jaar tijd 37% minder opnamedagen hadden dan de controlegroep.

In het algemeen wordt er in Nederland maar ook internationaal tegenwoordig nauwelijks onderzoek gedaan naar de vergelijking van ambulante zorg versus verblijf. Niet alleen omdat het onderzoek in de praktijk lastig uitvoerbaar is, maar vooral omdat de vraag als zodanig geen hoge praktijkrelevantie meer heeft omdat een opname vooral als ultimum remedium wordt ingezet. Wel wordt er onderzoek gedaan naar verschillende varianten van ambulante zorg. Bijvoorbeeld in de mate waarin binnen FACT ook het sociaal domein is aangesloten, waarbij het aantal opname(dagen) ook één van de uitkomstmaten is.

¹⁹ Cornelis, J., Barakat, A., Blankers, M., Peen, J., Lommerse, N., Eikelenboom, M., & Dekker, J. (2022). The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 9(8), 625-635 (15).

3.5.2 Hebben universitaire centra adequate onderzoekmodellen ontwikkeld voor het doen van goed methodologisch onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit in de ggz? In hoeverre hebben deze modellen reeds bijgedragen aan goed onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit in de ggz?

Onderzoekers beschikken over voldoende modellen en technieken voor het uitvoeren van (kosten-) effectiviteitsonderzoek in de ggz, aldus geïnterviewden met onderzoeksexperts.

Naast de klassieke gecontroleerde effectiviteitsonderzoeken - de randomised controlled trial - zijn er methoden om indirect treatment comparison te doen waarbij zowel een populatie in een intramurale setting gevolgd wordt als een populatie in een ambulante setting waarbij deze gematcht worden op relevante parameters. Aandachtspunt is dat de beide groepen voldoende vergelijkbaar moeten zijn om matchingstechnieken (zoals propensity score weighting) te kunnen toepassen. Dit wordt in andere gezondheidssectoren vaker gedaan, zoals in oncologie, maar in de ggz wordt dit (nog) niet op grote schaal toegepast.

Dat deze onderzoeksmodellen beschikbaar zijn betekent dat in theorie de kosteneffectiviteit van klinische- versus ambulante behandeling kan worden onderzocht. Dat dit in Nederland niet wordt gedaan komt niet door een gebrek aan onderzoeksmethoden maar doordat de ggz in Nederland doorontwikkeld is naar een sector met als uitgangspunt de ambulante zorg. Daardoor heeft zoals genoemd de vergelijking van (kosten)effectiviteit van ambulante en klinische zorg geen hoge praktijkrelevantie meer.

Hoewel de algemene vraag (ambulant versus klinisch) tegenwoordig minder relevant is, is het wel raadzaam aandacht te besteden aan de waarde van klinische behandelvoorzieningen met een langduriger aanbod (> 3 maanden) voor specifieke doelgroepen. De laatste jaren zijn klinische plekken afgebouwd voor onder andere cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen of een combinatie van psychische en lichamelijke problematiek. De bewuste afdelingen wijzen op hun belang voor deze specifieke cliënten, terwijl de ggz-aanbieders waarvan zij onderdeel uitmaken – naast het benadrukken van de waarde van ambulantisering – aangeven dat deze keuze is ingegeven vanuit het bredere populatieperspectief om mensen met ernstige psychische aandoeningen passende ondersteuning te bieden. Het gaat dan dus niet alleen om de vraag of de klinische behandeling voor deze specifieke groep (kosten)effectief is, maar bovenal hoe dit gewogen moet worden in het perspectief van de best passende behandeling voor de *gehele* populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, gegeven het beschikbare budget en personeel.

Samenvatting opvolging aanbeveling 4

Sinds de publicatie van het Zorginstituut rapport is er nauwelijks extra onderzoek verricht naar de kosteneffectiviteit van behandeling met verblijf versus behandeling in een ambulante setting. Niet omdat het ontbreekt aan adequate onderzoeksmodellen (deze zijn er) maar omdat dergelijk onderzoek lastig uitvoerbaar is en de praktische relevantie laag is. Wel is de vraag opportuun of de investering in langdurig verblijf voor specifieke doelgroepen (kosten)effectief is, gegeven de totale investeringen in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3.6 Aanbeveling 5: Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de ggz

In het onderzoekstraject van het Zorginstituut werden signalen opgevangen dat tekorten in passend ambulant ggz aanbod in sommige regio's leidden tot langere klinische opnamen. Ook werden effecten van tekorten aan huisvesting en beschermd wonen op de doorstroom vanuit klinisch verblijf waargenomen. Tot slot werden ook afbakeningsvraagstukken tussen de verschillende financieringskaders gesignaleerd wat maakt dat (regionale) samenwerking noodzakelijk is. Op basis hiervan deed het Zorginstituut de aanbeveling om (meer) samen te werken in de (verblijfs-)zorg.

Naar aanleiding van het rapport van het Zorginstituut is door de Nederlandse GGZ, MIND, het Zorginstituut en de VNG de 'werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz' ontwikkeld, gericht op de samenwerking tussen partijen om de overgang van een klinische opname naar een nieuwe situatie optimaal te organiseren.

3.6.1 Hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau afspraken gemaakt over samenwerking over de domeinen heen? En wat men van elkaar kan verwachten om goede ketenzorg te realiseren en zo opnames te voorkomen, dan wel opnames te realiseren en ook het ontslag tijdig te regelen?

Er wordt steeds meer regionaal domeinoverstijgend samengewerkt, aldus geïnterviewden. Door wachttijden, veranderende ideeën over zorg en de noodzaak van een integrale aanpak, beddenafbouw en incidenten heeft domeinoverstijgend samenwerken in de regio in de laatste jaren een vlucht genomen. In de regio's die onderdeel waren van dit onderzoek zijn er afspraken gemaakt over samenwerking over domeinen heen, soms vooral tussen zorgaanbieders onderling, soms ook met verzekeraars, zorgkantoor en

gemeenten. Echter, doordat het om veel partijen gaat (meerdere gemeenten, veel zorgaanbieders waaronder veel kleine aanbieders in het sociaal domein) kunnen er toch ook met afspraken blokkades in de keten ontstaan. Gemaakte afspraken geven geen garanties voor betere samenwerking op casusniveau, zo blijkt uit de interviews.



Gemeenten, daar zijn er nogal veel van. Je moet met veel partijen aan tafel. (Interview zorginkoper)

Het kost jaren om bepaalde ingewikkeldheden, zeker ook met die dubbele grondslag, helder te krijgen. (...) Er zit altijd een vertraging in voordat een zorgkantoor denkt van hier moeten we wat mee. En dan wordt er jaren geïnventariseerd en gepraat en gekeken. Het IZA [Integraal Zorgakkoord] helpt daar ook in dat men meer inziet dat je het in het geheel op moet pakken. Maar dat zijn per definitie extreem langdurige trajecten met toch ook echt wel verschillende belangen die niet soepel lopen. (Interview zorgaanbieder)



Uit de interviews komt naar voren dat samenwerkingsafspraken rond opnames slechts een onderdeel van de regionale afspraken vormen. Het voorkómen van opnames is daarbij geen duidelijk onderwerp van gesprek, aldus geïnterviewden, omdat partijen zich bewust zijn van de bedden-schaarste en ambulant leidend is in de visie. Over het realiseren van opnames worden wel afspraken gemaakt, alsook over het regelen van tijdig ontslag. Soms zijn dat afspraken op procesniveau (dat er bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden over wat te doen als stagnatie is van doorstroom bij een cliënt). Deze afspraken leiden niet altijd tot veranderingen. Zo is genoemd dat er afspraken zijn gemaakt om bepaalde groepen aan een woning te helpen maar dat er in de praktijk op casusniveau weinig gebruik wordt gemaakt van deze afspraken. Waardoor dit komt is niet duidelijk aan te geven. Het kan te maken hebben met onbekendheid van de procesafspraken op de werkvloer maar ook met werkdruk en de (enorme) hoeveelheid van afspraken en regels.

Volgens geïnterviewden spelen er in de ketendoorstroom ook factoren mee waar binnen de samenwerkingsverbanden beperkt invloed op uitgeoefend kan worden zoals krapte op de arbeidsmarkt en tekort aan (betaalbare) woningen. Ook al kunnen aanbieders en zorginkopers hier vaak maar weinig invloed op uitoefenen, het drukt wel op hun verantwoordelijkheden.

Het gaat bij goede ketenzorg ook om afspraken *tussen* sectoren en een soepele overgang van cliënten die van een zorgaanbieder in de ene sector naar een zorgaanbieder in een andere sector gaan. Ook hier zijn samenwerkingsverbanden opgezet maar (voor zover uit dit onderzoek op te maken valt) worden er vooralsnog geen specifieke afspraken rond het voorkomen of realiseren van opnames gemaakt. Volgens geïnterviewden bestaan er verschillende barrières in de samenwerking met andere sectoren. Bij de ouderenzorg speelt bijvoorbeeld onbekendheid met psychiatrische problematiek en het idee bij verpleeghuizen dat zij niet goed in staat zijn om met deze problematiek om te gaan. Vanuit ggz-aanbieders wordt dan ingezet op extra ondersteuning en 'het geven van een kijkje in de keuken' om deze drempel weg te nemen. Vaak zijn er ook problemen met wachttijden zoals bijvoorbeeld bij cliënten met Korsakov. En soms is het erg zoeken in de keten naar een passende vervolgplek (zie paragraaf 3.3.1). Zelfs bij een betere samenwerking in de keten blijft het moeilijk om focus te houden op cliënten met de meest complexe problemen met de hoogste indicaties.



Er kwam een pand vrij en dan wijst de verzekeraar het pand toe aan een nieuwe aanbieder met mensen met een lage Wlz indicatie. In plaats van kijken waar de grootste knelpunten zijn en kunnen we het pand misschien gebruiken voor meer moeilijke mensen. Misschien kan het niet maar er is niet naar gekeken. Dat geeft de schotten weer. (Interview zorgaanbieder)

Er is ook een groep waar het volgens geïnterviewden moeilijk is om in de keten überhaupt een passende plek te vinden: cliënten met ernstige

multiproblematiek en cliënten met forensische problematiek. Deze cliënten gaan vaak van kliniek naar kliniek om het zo draaglijk te houden voor het personeel en mede cliënten. Volgens de geïnterviewden gaat het om een kleine groep maar deze kleine groep heeft wel veel impact op de klinieken. Sommigen gaven aan dat er voor deze groep ander en meer aanbod moet worden georganiseerd, anderen betwijfelden of het wel mogelijk is om voor deze kleine groep een passend aanbod te bieden.

3.6.2 Wat zijn voorbeelden van lokale en landelijke initiatieven waarbij partijen samenwerken om de ketenzorg aan ggz-cliënten en verwarde personen te verbeteren?

Er zijn goede voorbeelden (zowel meer projectmatig als in het alledaagse) van initiatieven van domeinoverstijgende samenwerking in de ketenzorg aan ggz-cliënten.



Het mooie is dat cliënten in de ggz ook steeds ouder worden, maar ze verouderen veel jonger. Dus op 60 jaar zijn deze mensen vaak als een 80-jarige. Door het harde leven, door medicatie. Je ziet nu wel heel mooi ggz-instellingen met VVT-instellingen combinaties maken. Dat chronische psychiatrische patiënten toch naar de VVT mogen met ondersteuning van de ggz. Dan zie je dus heel mooi dat de psychiatrische aandoening naar de achtergrond gaat. En dat de problematiek van het ouder worden en de somatische klachten de bovenhand krijgen. Dat vind ik mooie domeinoverstijgende samenwerking. (Interview zorgaanbieder)

Een prominent voorbeeld van domeinoverstijgende samenwerking is Optimaal Leven in Drenthe. In Optimaal Leven werken GGZ Drenthe, Cosis, Zilveren Kruis, VGZ, Verslavingszorg Noord Nederland en diverse Drentse gemeenten samen in het realiseren van ambulante teams, bestaande uit medewerkers uit zorg, begeleiding en welzijn, die geïntegreerde herstel- en

persoonsgerichte zorg en ondersteuning bieden in de eigen omgeving. Een kwalitatieve evaluatie²⁰ laat zien dat cliënten minder snel tussen wal en schip vallen en minder last hebben van schotten en aparte regels voor de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Andere voorbeelden van initiatieven waarbij partijen samenwerken om de zorg voor ggz-cliënten te verbeteren zijn bijvoorbeeld Mentale gezondheidscentra, Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) en Resourcegroepen.

In het Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag van ZonMw²¹ worden verschillende good practices beschreven. Voorbeelden van deze praktijken zijn:

- Project Implementatie wijk-ggd'er: De Wijk-ggd'er heeft een belangrijke rol bij het versterken van vroege signalering en het opbouwen van een goed ondersteuningssysteem rondom cliënten.
- Borging en doorontwikkeling van een lerend netwerk rondom personen met verward gedrag: Het doel is om verbindingen vanuit een gezamenlijke overtuiging te verduurzamen om zo te komen tot een inclusieve- en participatiemaatschappij. Met leertafels als het centrale instrument.
- De verbinding; verbeterde communicatie en afstemming tussen cliënten zorgprofessionals, professionals in het sociaal domein en mantelzorgers: In deze praktijk wordt een digitaal communicatiesysteem (OZOverbindzorg) geïntroduceerd, dat alle betrokkenen rond een cliënt met elkaar in contact brengt.
- Invoering ketenveldnorm levensloopfunctie: Het doel van het project is om een goed werkend samenhangend systeem binnen de reguliere ggz en/of lvb zorg met een levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg te ontwikkelen, waarbinnen de doelgroep beter geholpen kan worden.

- Samen sterker in de wijk: Zorgpartijen en de gemeenten willen de zorg voor inwoners met (complexe) psychische problematiek op zo'n manier organiseren dat het beter aansluit op de vraag van inwoner. Dit heeft niet alleen invloed op het proces van de toegang naar zorg en ondersteuning, maar vooral ook in het samenwerken.

Uit onderzoek (Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief (14)) blijkt dat het opschalen van initiatieven met positieve ervaringen met overstijgende samenwerking nog achterblijft. De weg naar duurzame en structurele oplossingen is lang. Dit heeft vaak te maken met systeemproblemen, gebrek aan duurzame financiering en moeizame samenwerking.

3.6.3 Is de werkwijzer 'Medisch noodzakelijk verblijf ggz' in alle regio's geïmplementeerd? Is de toepassing van de werkwijzer geëvalueerd door de verantwoordelijke partijen (MIND, De Nederlandse GGZ, ZN en VNG)?

De reactie op de werkwijzer van de geïnterviewden volgt in grote lijnen die op het rapport: slechts enkelen waren bekend met de werkwijzer. Sommige geïnterviewden van zorgaanbieders geven aan de werkwijzer te zien als een handzaam, praktisch en inzichtelijk document. De meesten geven echter aan dat de werkwijzer in hun optiek te ver af staat van de praktijk en dat het maken van afspraken over vervolgzorg na een klinische opname en samenwerking op papier heel maakbaar lijkt maar dat de praktijk dit niet is. Geïnterviewden geven aan te twijfelen of het wel mogelijk is om een werkbaar instrument te maken omdat het lastig is niet te vervallen in abstracties. De toepassing van de werkwijzer is niet nader geëvalueerd door de organisaties die de werkwijzer hebben opgesteld.

²⁰ Onderzoeksevaluatie Optimaal Leven april 2022 b.indd (ggzdrenthe.nl)

²¹ Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met Verward Gedrag (zonmw.nl)

3.6.4 Spreken partijen elkaar aan op elkaars verantwoordelijkheden voor wat betreft domeinoverstijgende zorg? In hoeverre draagt dit ertoe bij dat de cliënt daadwerkelijk en tijdig de zorg of voorziening krijgt die het meest passend is?

De meeste geïnterviewden (zowel vanuit de aanbieders als de inkopers) vinden dat de samenwerking al veel beter verloopt dan een aantal jaren geleden; er is steeds meer erkenning voor het feit dat de verschillende domeinen elkaar nodig hebben en dat het niet noodzakelijk is om in termen van concurrentie te denken (omdat er genoeg vraag is). Er is in de laatste jaren in diverse regio's hard aan gewerkt om met elkaar goede keten- en netwerkzorg te realiseren. Daarbij spreken partijen elkaar aan op elkaars verantwoordelijkheden en wordt er constructief samengewerkt. Een groep waarbij dat vooral steeds beter lukt is de zorg voor cliënten die verblijven in een beschermd wonen voorziening en daarbij ambulante zorg krijgen en als het nodig is af en toe opgenomen worden. In de meeste regio's lijkt er voor dit type zorg een goede modus operandi gevonden te zijn, al geven geïnterviewden aan dat het bereiken hiervan een zeer tijdsintensief project is geweest (en nog steeds is). Er wordt in de regel goed en intensief overlegd tussen ambulante en klinische teams, waarbij ook het beschermd wonen aanhaakt.

Maar tegelijkertijd zijn er ook nog stappen te zetten. 'Het oude denken' in hokjes is niet zomaar volledig verdwenen en ook het financiële systeem (o.a. gebrek aan betaaltitels voor overstijgend werken), en de 'stroperigheid' van de bureaucratische realiteit binnen de keten, zitten domeinoverstijgend werken in de weg. Voor ggz-organisaties speelt dat zij vaak met zeer veel gemeenten om tafel zitten, die allemaal net anders werken. In sommige regio's zijn de onderlinge verhoudingen nog niet optimaal (bijvoorbeeld gemeentes die te weinig inzet van zorgverzekeraars ervaren, en zorgverzekeraars die juist kritisch zijn op de rol van de gemeente). In het extreme kan het gaan om gemeenten met financiële problemen die minder zorg in het sociaal domein realiseren waardoor er vanuit de aanbieder meer

vraag bij de zorgverzekeraar wordt neergelegd. Ook capaciteitsproblemen belemmeren effectieve domeinoverstijgende samenwerking.

Problemen rond domeinoverstijgend werken komen het scherpst naar voren rond mensen die een zeer intensieve begeleidingsvraag hebben met een onderhoudsdosis behandeling. Het gaat om mensen met zeer complexe problematiek (vaak met verslaving en/of gedragsproblemen en waar een goed informeel netwerk ontbreekt en waarbij het in een kluwen van problematiek niet altijd duidelijk is wat voorliggend is) waarbij het ambulante team aangeeft de verantwoordelijkheid niet meer te kunnen dragen, maar het klinische team aangeeft dat een klinische behandel-component niet veel meer toevoegt. Deze doelgroep dreigt tussen wal en schip te vallen omdat zowel klinisch verblijf als intensief wonen niet voldoende is. Geïnterviewden geven aan dat het bij dit type casuïstiek regelmatig voorkomt dat mensen steeds worden doorgeschoven en dat er beperkt sprake is van een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid om te zorgen dat iemand goed terecht komt. Er ontstaat daardoor ook stagnatie in de keten. Daarbij speelt een tekort aan oplossingen voor deze complexe groep, veroorzaakt door een markt waarbinnen dit type oplossingen moeilijk te creëren is (en er weinig personeel beschikbaar is). Een aanvraag voor een Wlz indicatie kan maanden duren en is heel bewerkelijk (bureaucratisch), en meerdere geïnterviewden zetten ook vraagtekens bij de huidige invulling van de Wlz.



*Gemeenten drukken heel erg de complexe zorg naar de Wlz. Er wordt gedrukt om jonge mensen in de Wlz te krijgen, terwijl dat niet helpend is. Als je in de Wlz zit dan val je uit alle andere wetten (...) je wordt niet meer naar werk begeleid met de participatiewet etc., maar voor gemeente is dat kostenefficiënt. In Wlz zit alles in één, en kun je minder ambulante stapelen.
(Interview zorgaanbieder)*

In de meeste regio's voelen partijen zich geroepen om oplossingen te zoeken, ook voor deze meer complexe doelgroep. Er zijn vanuit zorgaanbieders diverse pilots en proeftuinen opgezet waarbij vormen van domeinoverstijgend samenwerken worden uitgetest. Daarbij wordt ingezet op geïntegreerde zorg en ondersteuning vanuit multidisciplinaire teams, gericht op herstel maatschappelijke sociale inclusie. In plaats van ketenzorg wordt daarbij veel verwacht van het model van netwerkpsychiatrie, waarbij zorg en begeleiding flexibel en naar behoefte en met behoud van relationele continuïteit op- en afgeschaald kan worden (Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief (14)). Om dit waar te maken is effectieve samenwerking tussen professionals uit het zorgdomein en professionals uit het sociaal domein nodig, bij voorkeur trekken ze samen op in een team (Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief (14)), zoals dat bijvoorbeeld gebeurt in het Optimaal leven model en waar ook positieve resultaten mee worden behaald.

Ook vanuit financiers, zowel gemeenten als zorgverzekeraars en zorgkantoren, worden er oplossingen gezocht om het domeinoverstijgende samenwerken aantrekkelijker te maken, maar alle partijen voelen zich ook beperkt in hun mogelijkheden om hier daadwerkelijk effectief op te sturen.

Samenvatting opvolging aanbeveling 5

Er wordt steeds meer samengewerkt in de keten zowel tussen aanbieders uit verschillende domeinen (zorgdomein en sociaal domein) als tussen sectoren (ggz en bijvoorbeeld ouderenzorg). Er zijn verschillende voorbeelden van praktijken waarin aan betere samenwerking wordt gewerkt. Het opschalen van deze initiatieven blijft echter moeizaam. En ondanks verbeterde samenwerking zijn er nog steeds cliëntgroepen waarvoor het in de praktijk moeilijk is om tijdig een passende plek te realiseren.



4 Conclusie en aanbevelingen



In dit slothoofdstuk worden de conclusies per vraagstelling beschreven en aanbevelingen gedaan.

Hoofdvraag 1: In hoeverre dragen de kaders in het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz' ertoe bij dat partijen in de praktijk (o.a. zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) goede afspraken hebben kunnen maken over de wijze waarop de beoordeling/weging van een medische noodzaak voor ggz-verblijf plaatsvindt?

Tijdens de (groeps-) interviews bleek al snel dat het rapport van het Zorginstituut geen grote bekendheid had onder de geïnterviewden: het rapport (en ook de werkwijzer) was maar bij een minderheid van de geïnterviewden (op meso en microniveau) bekend. Dit betekent dat de meesten het rapport en de werkwijzer voor het eerst zagen bij de opgestuurde stukken ter voorbereiding op het interview. Doordat het rapport maar weinig bekendheid had, moet de conclusie zijn dat het rapport beperkte impact heeft gehad op het maken van afspraken over de wijze van beoordeling van een medische noodzaak voor verblijf. Uit de interviews blijkt echter wel dat de *wijze waarop* zorgprofessionals deze afweging maken, grotendeels overeenkomt met het door het Zorginstituut gegeven kader (op basis van de wetgeving). Het is een proces waarin professionals, vaak samen met de cliënt en soms met naasten, de afweging maken op basis van cliënt-, netwerk- en andere zorggebonden factoren. Waarbij de klinische opname een laatste optie is en doorgaans wordt gezien als een schakel in een verder ambulante traject. In de praktijk worden inhoudelijke procedures (op basis van objectieve en intersubjectieve afwegingen) gevolgd voor de beoordeling/weging van een medische noodzaak voor ggz-verblijf met bijvoorbeeld altijd de overweging of er ambulant nog meer opgeschaald kan worden.

Opnamecriteria zijn voor professionals voldoende helder, net zoals wie de verantwoordelijkheid dragen voor de afweging en onderbouwing daarvan.

Het rapport van het Zorginstituut was ook bedoeld om afbakening tussen Zvw-verblijf en andere domeinen, destijds vooral Wmo, te verhelderen. Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden dat er momenteel nauwelijks nog afbakeningsproblematiek wordt ervaren tussen Zvw-gefinancierd klinisch verblijf en Wmo-gefinancierd beschermd wonen. Dit onderscheid is in de praktijk helder. Er spelen wel, sinds de openstelling (met rechtstreekse toegang) van de Wlz voor mensen met psychische problematiek nieuwe afbakeningsproblemen, namelijk of bij beschermd wonen het Wlz wonen kader of het Wmo kader het meest passend is. En er zijn afbakeningsvraagstukken tussen de Wlz wonen en Wlz voortgezet verblijf.

Over de redenen waarom het rapport de praktijk maar matig heeft bereikt zijn verschillende punten genoemd door de geïnterviewden. Voor een deel kan dit te maken hebben met de communicatie rondom het uitkomen van het rapport en heeft de communicatiestrategie mogelijk een beperkt bereik gehad. Door geïnterviewden werd ook genoemd dat de insteek vanuit een financieringskader en de daarbij behorende focus op het 'medische' juist ook in de titel van het rapport, mogelijk ook een rol heeft gespeeld. Doordat deze terminologie volgens geïnterviewden niet aansluit bij de praktijk wordt de stap naar kennisnemen en implementeren van het rapport minder snel gezet. Uit de interviews bleek ook dat het Zorginstituut soms wordt ervaren als een organisatie met afstand tot de praktijk. Geïnterviewden menen dat de basis van het Zorginstituut rapport is dat mensen onnodig of onnodig lang klinische worden opgenomen. Een analyse die door de zorgpraktijk niet in die mate wordt gedeeld.

Hoofdvraag 2: In hoeverre zijn de aanbevelingen uit het rapport rondom start, duur en beëindiging van medisch noodzakelijk verblijf en verbetering van de ketenzorg opgevolgd? En heeft dit bijgedragen aan meer passende zorg voor cliënten met een psychische stoornis?

Ook bij het beantwoorden van deze vraagstelling speelt mee dat maar een minderheid van de geïnterviewden het rapport kenden. Zonder kennis van het rapport kunnen de vijf aanbevelingen niet opgevolgd worden. Toch zijn we nagegaan of de onderwerpen van de aanbevelingen leven in de praktijk en welke ontwikkelingen hierop hebben plaatsgevonden. Ook omdat bijvoorbeeld een aanbeveling als 'stimuleer intensieve ambulante zorgvormen' niet alleen door het Zorginstituut is gedaan.

Wat betreft verdere ontwikkeling van criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging van medisch noodzakelijk verblijf (aanbeveling 1) en kosteneffectiviteitsonderzoek naar ambulante behandeling versus klinische behandeling (aanbeveling 4) zijn er sinds 2017 nauwelijks ontwikkelingen geweest. Deze hangen ook met elkaar samen: richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Daarbij wordt een richtlijn gebaseerd op een knelpuntenanalyse van het veld. Uit de interviews blijkt dat er vanuit het werkveld geen noodzaak gevoeld wordt om nog meer criteria en instrumenten voor klinische opnamen te ontwikkelen omdat dit volgens geïnterviewden een multifactorieel bepaald proces is dat zich nooit helemaal in een beslisboom kan laten vangen. Ook wetenschappelijk onderzoek gaat uit van knelpuntenanalyses en praktijkrelevantie. Juist omdat de ggz al veel meer dan vroeger ambulant ingestoken is met een klinische opname als schakel in een ambulant traject spelen er minder vraagstukken over kosteneffectiviteit van ambulante behandelingen versus klinische behandelingen volgens geïnterviewden.

De andere aanbevelingen gaan over het al bij de start van de opname regelen van de voorwaarden voor ontslag (aanbeveling 2), over het stimuleren van intensieve ambulante zorgvormen (aanbeveling 3) en samenwerking om te komen tot goede verblijfszorg (aanbeveling 5). Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden dat doorgaans al voor de start van de opname de doelen van de opnamen worden vastgesteld inclusief de waarschijnlijke duur en dat dit met de cliënt en vaak ook naasten wordt afgestemd in een zorgafstemminggesprek. In latere ZAG-en komen de randvoorwaarden voor ontslag aan bod, waarbij ook weer nadrukkelijk in afstemming met cliënt en naasten wordt verkend wat er nodig is voor succesvol ontslag. Voor de meeste cliënten is een klinische opname een korte schakel in een ambulant traject. Voor een klein deel van de opgenomen cliënten geldt dat blijkt dat terugkeer naar de oude situatie niet kan. Voor de meeste complexe doelgroep, met multiproblematiek, kan het vinden van een passende vervolgplek moeizaam gaan, ondanks steeds grotere samenwerking in de keten. Het komt zeker voor dat mensen daardoor langer dan noodzakelijk klinisch verblijven. Voor deze groep, voor zo ver het om een overgang naar Wmo-gefinancierd beschermd wonen gaat, is de deelprestatie verblijf met rechtvaardigheidsgrond naar aanleiding van het Zorginstituut rapport geïntroduceerd. Hier wordt echter maar weinig gebruik van gemaakt, onder andere vanwege administratieve lasten in combinatie met dat het niet tot duurzame oplossingen leidt. Uit de interviews blijkt ook dat er in de bij het onderzoek betrokken regio's ingezet is op meer (intensieve) ambulante zorg. Vanwege onder andere krapte op de arbeidsmarkt is de ambulante capaciteit echter niet overal toereikend.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van het uitgevoerde evaluatieonderzoek kan een aantal aanbevelingen gedaan worden, zowel gericht op implementatie als op zorginhoudelijke- en afbakeningsvraagstukken.

Aanbeveling 1: Draagvlak onderzoeken en implementatie versterken

Het uitgevoerde evaluatieonderzoek laat zien dat de bekendheid van het Zorginstituut rapport en ook van de werkwijzer beperkt is. Om beter te kunnen aansluiten bij het werkveld en meer impact te creëren kan het behulpzaam zijn om bij de probleemanalyse nog meer na te gaan welke partijen welke problemen ervaren en daarbij dichter aan te sluiten. Inkoopende partijen ervaren bijvoorbeeld andere moeilijkheden dan aanbieders van zorg.

Bij 'medisch noodzakelijk verblijf' blijkt er vanuit de geïnterviewde zorg-professionals het idee te leven dat het rapport ontstaan is vanuit wantrouwen en controle: 'mensen zouden te snel en te lang klinisch opgenomen worden en daar moet met een kader verandering in komen'. Het gebruik van bepaalde termen kan lezers op het verkeerde been zetten. Aansluiten bij de taal van de praktijk is belangrijk. Om tot verandering te komen is het ook van belang om met vertrouwen en vanuit een gedeelde visie stappen te zetten. En om scherp te zijn op de opvattingen van partijen over goede zorg, hoe daar te komen en welke verschillen er tussen opvattingen zijn. Vanuit de praktijk wordt het belang van maatwerk, vertrouwen en het opzoeken van de randen van de kaders genoemd. Vanuit het perspectief van pakketbeheer lijkt er vaak juist gezocht te worden naar protocollen, controle en eenduidigheid om te komen tot goede zorg. Het gaat om de dialoog tussen perspectieven. Oplossingen kunnen eerder gezocht worden in dialoog- en moreelberaadsessies dan in meer of strenger gehandhaafde criteria voor opname en ontslag.

Daarbij verandert er veel in de ggz. Zeker bij langer lopende projecten is het waarschijnlijk dat er aan het eind andere knelpunten in het veld

bestaan dan bij de start. En juist omdat er veel verandert en organisaties kampen met personeelstekorten kunnen verschillende implementatie- en verandertrajecten elkaar verdringen. Het is belangrijk om kritisch te kijken naar wat echt helpend is, hoe dit het beste kan worden gedaan en dit steeds samen met het veld te bepalen. Om zo te zorgen voor voldoende draagvlak en samen met het veld te zorgen van implementatie van adviezen: het uitbrengen van een rapportage en verwachten dat het veld dit wel oppakt zal tot onvoldoende resultaten leiden.

Aanbeveling 2: Meer aandacht voor doorstromen in de keten met focus op specifieke doelgroepen

Ondanks meer en verbeterde samenwerking in de keten is de doorstroom vaak nog steeds beperkt. Aan de ene kant gaat het hierbij om mensen die een betaalbare woning of een passende beschermd wonen plek nodig hebben, aan de andere kant gaat het om specifieke groepen zoals mensen met ernstige multiproblematiek. Met daarmee samenhangend variatie in de duur van opnames op de HIC. Een opname van meer dan een jaar – zoals alle regio's wel eens meemaken – kan de gemiddelde opnameduur van een kliniek danig beïnvloeden

Voor een kleine groep cliënten is snel, vaak bij de start van de opname al duidelijk dat terugkeer naar de woonplek van herkomst geen passende optie meer is. Het tijdig vinden van een geschikte vervolgplek is niet altijd makkelijk, zeker voor deze groepen:

- Ouderen voor wie de passende vervolgzorg een verpleeghuis is.
- Cliënten met Korsakov voor wie een gespecialiseerde verblijfslocatie het passende vervolg is.
- Cliënten met forensische problematiek zonder forensische titel.
- Cliënten met dusdanige multiproblematiek (psychische problematiek, gedragsproblematiek, zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek) dat er geen geschikt aanbod lijkt te zijn.

Deze problematiek vergt een gedifferentieerde strategie. Complicerend is dat de meest pregnante doorstroomproblematiek (die tot een zeer lange klinische verblijfsduur kan leiden dan wel tot steeds maar doorverwijzen omdat afdelingen uitgeput raken) zich per regio vaak maar tot enkelingen beperkt. Het vinden van een passende vervolgplek bezorgt de praktijk weliswaar onevenredig veel hoofdbreken, maar vanwege het unieke karakter is de oplossing niet steeds gelegen in nieuwe opnameplekken voor de bewuste cliëntengroep maar in maatwerk met benutting van competenties over (sectorale/afdelings-) grenzen heen.

Aanbeveling 3: Heroverweeg de vmr-regeling

Het is geen uitzondering dat mensen langer verblijven dan strikt noodzakelijk vanwege het ontbreken van een passende vervolgplek of lange wachttijden bij een vervolgplek. Tussen de klinische afdelingen die betrokken zijn bij de interviews bestaan verschillen van inzicht of cliënten kunnen worden ontslagen als dit feitelijk een verwijzing naar de maatschappelijke opvang betekent. Ook met oog op wat dit betekent voor het herstel waar tijdens de klinische opname hard aan gewerkt is.

Schotten tussen financieringskaders en soms ook binnen financieringskaders (met bijvoorbeeld de verschillende grondslagen binnen de Wlz) zijn mede debet aan de doorstroomproblematiek. De naar aanleiding van rapport van het Zorginstituut ingevoerde administratieve maatregel deelprestatie vmr was bedoeld om de doorstroom vanuit klinisch verblijf naar Wmo-gefinancierd beschermd wonen te versterken. Deze deelprestatie wordt echter nauwelijks toegepast en heeft niet het gewenste effect gehad. Daarbij is vmr niet van toepassing op de Wlz en daarmee een middel voor een beperkte groep. Dit geeft aan dat dergelijke oplossingen niet zomaar tot het gewenste resultaat van meer doorstroom leiden terwijl er wel veel tijd en moeite in deze maatregel gestoken is. Het kan meer lonen om regionaal in te zetten op het verbeteren van de structurele factoren die doorstroom belemmeren.

Aanbevolen wordt derhalve om de vmr-regeling te heroverwegen. Indien besloten wordt tot continuering dan is aanvullende aandacht nodig voor communicatie over nut en toepassingsgronden van de regeling.

Aanbeveling 4: Aanpak nieuwe afbakeningsproblematiek

Er lijken geen grote onduidelijkheden (meer) te zijn met betrekking tot Zvw-gefinancierd klinisch verblijf en Wmo-gefinancierd beschermd wonen. Met de openstelling van de Wlz voor mensen met psychische problematiek zijn er wel andere afbakeningsvraagstukken gekomen, namelijk wat betreft Wlz voortgezet verblijf, Wlz wonen en Wmo-gefinancierd beschermd wonen. Afgaande op dit evaluatieonderzoek lijken de afbakeningsdiscussies zich niet zozeer af te spelen tussen aanbieders onderling (al komt dit wel voor) maar vooral tussen zorginkopers, zorgaanbieders en het CIZ. Met bijvoorbeeld gemeenten die aansturen op overgang van Wmo-gefinancierd beschermd wonen naar financiering met Wlz wonen. En zorgkantoren die aansturen op de overgang van Wlz voortgezet verblijf naar Wlz wonen. Of op integrale in plaats van modulaire Wlz financiering, waar dat voor aanbieders minder aantrekkelijk kan zijn. In de interviews zijn signalen gegeven dat het Wmo-gefinancierd beschermd wonen zich lijkt te ontwikkelen tot doorstroomvoorziening en Wlz wonen als permanent verblijf, een ontwikkeling die herstel van sommige cliënten – die meer gebaat zijn bij synergie tussen beide – in de weg kan staan. Het kan verhelderend zijn nader onderzoek te doen naar verschillen in zorgbehoeften en zorgaanbod tussen Wmo-gefinancierd beschermd wonen, Wlz voortgezet verblijf en Wlz wonen en hoe cliënten en de verschillende veldpartijen (aanbieders, financiers, indicatiestellers) hiermee omgaan. Hierbij past de kanttekening dat de aanpassingen in de Wlz nog van betrekkelijk recente datum zijn. De behoefte aan het Zorginstituut-rapport uit 2017 kwam voort uit wetsaanpassingen in 2015 die zich – gegeven deze evaluatie – in de praktijk gaandeweg uitgekristalliseerd hebben. Voor de hier geconstateerde nieuwe afbakeningsproblematiek – ontstaan na veranderingen in de grondslag voor de Wlz in 2021 – zou hetzelfde kunnen gelden.

Het is daarom belangrijk om na te gaan welke problematiek veldpartijen precies wel en precies niet bij deze afbakening ervaren, wat zich hoogstwaarschijnlijk met de tijd vanzelf gaat uitwijzen en wat onderwerpen zijn die nu nader advies nodig hebben.

Aanbeveling 5: Langdurige klinische behandeling

De algemene vraag naar kosteneffectiviteit van klinisch verblijf versus ambulante behandeling heeft geen hoge prioriteit. Echter, onderzoek naar de opbrengsten van langdurige, veelal bovenregionaal georganiseerd klinische behandeling voor specifieke doelgroepen kan wel aanvullende waarde hebben. Dit betreft met name de vraag in hoeverre de klinische meerwaarde bij een kleine groep opweegt tegen het (des)investeren in ambulante behandeling voor de brede doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dialoog over deze kwestie is van belang.





1. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/ggz-zorgstandaard-psychose.pdf>
2. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Angstklachten+en+angststoornissen.pdf>
3. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Bipolaire+stoornissen.pdf>
4. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Depressieve+stoornissen.pdf>
5. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/ggz-generieke-module-diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag.pdf>
6. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/ggz-generieke-module-ernstige-psychische-aandoeningen.pdf>
7. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Kwaliteitskader+Spoedzorgketen.pdf>
8. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Generieke+module+Acute+psychiatrie+%28GMAP%29.PDF>
9. www.igj.nl
10. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/introductie>
11. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ziekenhuispsychiatrie/introductie>
12. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1838-landelijke-monitor-ambulantisering-en-hervorming-langdurige-ggz-2020/>
13. Monitor Psychische Problematiek: Samenwerken aan zorg, ondersteuning en herstel. Eerste voorgangsrapportage (2022). KPMG, Kennisinstituut Phrenos.
14. Boumans, J., Kroon, H, Hoek, B. van der (2023). Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut.
15. Cornelis, J., Barakat, A., Blankers, M., Peen, J., Lommerse, N., Eikelenboom, M., & Dekker, J. (2022). The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 9(8), 625-635.



BW	Beschermd wonen
EPA	Ernstige psychische aandoening
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HIC	High & Intensive Care
IHT	Intensive Home Treatment
Lvb	Licht verstandelijke beperking
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
Wlz	Wet Langdurige Zorg
Wlz B	Wlz-gefinancierd GGZ voortgezet verblijf
Wlz W	Wlz-gefinancierd GGZ wonen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZAG	Zorgafstemmingsgesprek



Tabel 2. Overzicht van geïnterviewden van de groeps- en individuele interviews op micro-, meso- en macroniveau

Regio	Organisatie	Geïnterviewden
Noord-Holland Noord	Zorgverzekeraar	Medisch adviseur Medisch adviseur
	Gemeente	Inkoop en contractmanagement voor jeugd en Wmo
	Zorgkantoor	Senior zorginkoper voor de Wlz
	Ggz aanbieder	Lid RvB Bestuursadviseur Adviseur cliënt en familieperspectief Manager HIC ²² Psychiater HIC
	BW aanbieder	Persoonlijk Begeleider Persoonlijk Begeleider Voorzitter RvB Manager SPV wijkteam geïntegreerde ggz aanbieder Psychiatrisch verpleegkundige HIC-kliniek geïntegreerde ggz aanbieder
		Totaal: 15
Zuid-Holland Noord	Ggz aanbieder	Psychiater en manager behandelzaken Verpleegkundig coördinator van een medium care afdeling Manager algemene zaken van de HIC
		Totaal: 3

²² High & Intensive Care (HIC).

Regio	Organisatie	Geïnterviewden
Drenthe	Zorgverzekeraar	Kwaliteitsadviseur Zorginkoper
	Gemeente	Inkoop en contractmanagement voor jeugd en Wmo Inkoop en contractmanagement voor jeugd en Wmo
	Ggz aanbieder	Adviseur zorgverkoop Verpleegkundig specialist Maatschappelijk werker Voorzitter cliëntenraad Manager bedrijfsvoering acute psychiatrie en klinieken langdurige zorg Kinder- en jeugdpsychiater
	BW aanbieder	Gedragswetenschapper-psycholoog en adviserende rol Cliëntconsulent Leidinggevende/ teamcoördinator Directeur expertisecentrum
		Totaal: 14
Noord-Oost Brabant	Ggz aanbieder	Lid van cliëntenraad Lid van familieraad Teamleider van HIC en kliniek eetstoornissen Verpleegkundige Directeur behandelingen Verpleegkundig specialist
		Totaal: 6
Haaglanden	Zorgverzekeraar	Inkoper ggz Zvw
	Ggz aanbieder	Directeur zorg (ambulant, klinisch en Wlz) Bestuurder & psychiater Psychiater & bestuurder Psychiater directeur zorg Psychiater en bestuurder
	Gemeente	Coördinator contract- en relatiemanagement maatwerkarrangementen (schriftelijke reactie)
	Totaal: 7	

Regio	Organisatie	Geïnterviewden
Totaal aantal geïnterviewden in de regio's		45 Waarvan Mesoniveau: 34 Inkoop: 10 Bestuur/directie: 10 Management: 10 Cliënten/familieperspectief: 4 Microniveau: 11 Ggz-professionals (psychiater/psycholoog/verpleegkundigen): 8 Sociaal domein professionals (PB, maatschappelijk werk): 3

Macro partijen	Geïnterviewden
Centrum Kwaliteitsstandaarden Trimbos-instituut	Twee geïnterviewden
Hoogleraar Community Mental Health Care & Recovery Tranzo & Trimbos-instituut	Eén geïnterviewde
Expert kosteneffectiviteitsonderzoek Trimbos-instituut	Eén geïnterviewde
Verslavingskunde Nederland	Eén geïnterviewde
NIP	Drie geïnterviewden
<i>Klankbordgroep</i>	
De Nederlandse GGZ	Eén deelnemer
Valente	Twee deelnemers
MIND	Eén deelnemer
VNG	Twee deelnemers
Zorgverzekeraars Nederland	Twee deelnemers
	Macroniveau: 16

Colofon

Opdrachtgever
Zorginstituut Nederland

Auteurs
Aafje Knispel, Jenny Boumans, Els Bransen, Elena Vos, Hans Kroon

Vormgeving
Canon Nederland N.V.

Beeld
Gettyimages.nl

Bestelinformatie
Dit rapport is gratis te downloaden via www.trimbos.nl
Artikelnummer: AF2083

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: (030) 297 11 00

© 2023, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Buiten het kader van het Buitenshuisproject en haar participanten, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.