



memo

Uitvoeringsproblemen Wzd (ibs) bij volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie

Zorginstituut Nederland

Zorg
Langdurige Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. mr. M.W.B. den Haan en
mw. M.M. Menting
T +31634220794

Datum

27 maart 2023

Onze referentie

2023012574

1 Inleiding

Aanleiding

Eind 2021 concludeert het Zorginstituut, naar aanleiding van een verzoek van de NZa, in het rapport '*Duiding opstellen medisch verklaring ibs en zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs*¹ onder meer dat de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs moet worden beschouwd als medisch noodzakelijk verblijf in verband met (generalistische) geneeskundige zorg. Deze zorg komt daarmee ten laste van de Zvw.

In de gesprekken met partijen voorafgaand aan het schrijven van het rapport alsmede bij de consultatie van het rapport bleek dat met name aandacht werd gevraagd voor uitvoeringsproblemen. De uitvoeringsproblemen gaan de competenties van het Zorginstituut te boven, maar we hebben aangegeven de gemelde uitvoeringsproblemen nader te willen analyseren en neer te leggen bij de bevoegde instanties, in casu het ministerie van VWS, als stelseigenaar van de Zvw.

Belangrijk is te vermelden dat partijen in december 2020 onder regie van het ministerie van VWS bestuurlijke afspraken hebben gemaakt over het samen goed vormgeven van crisiszorg opdat er voor alle cliënten adequate crisiszorg mogelijk is². Deze bestuurlijke afspraken raken de in dit memo beschreven uitvoeringsproblemen. In de bijlage staan de bestuurlijke afspraken beschreven.

Proces

In dit memo geven wij de nadere analyse van de uitvoeringsproblemen weer. Deze analyse is het resultaat van de gesprekken³ die we hierover hebben gevoerd met verschillende experts van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Aanvullend hebben wij de informatie meegenomen uit een belronde van het ministerie van

¹ [Rapport 'Duiding opstellen medische verklaring ibs en zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs' | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

² [Bestuurlijke afspraken crisisdiensten GGZ, PG, VG | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

³ De gesprekken richtten zich op de groep volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs.

VWS met zorgaanbieders en VGN. Daarin stond dezelfde doelgroep centraal. Vervolgens plaatsen we de analyse in het licht van passende zorg. Dit memo eindigt met een korte conclusie. Dit memo is in januari 2023 voorgelegd aan het ministerie van VWS. Samen met hen is het vervolg bepaald: dit memo wordt door het ministerie van VWS gedeeld met onderzoeksbureau AEF als achtergrondinformatie voor de handreiking die zij schrijven voor partijen over wie welke rol heeft⁴.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

2 Uitvoeringsproblemen volgens de experts

Tijdens de gesprekken met de experts konden we de uitvoeringsproblemen in twee hoofdcategorieën onderscheiden. Hieronder gaan we nader in op deze categorieën.

2.1 Onvoldoende capaciteit van en inzicht in aantal benodigde crisisbedden

De eerste categorie is het ontbreken aan capaciteit van en inzicht in crisisbedden. Er zijn meerdere uitvoeringsproblemen in deze categorie te onderscheiden die onderling met elkaar samenhangen.

2.1.1 Gevolgen splitsing tussen zorgdomeinen en overheveling behandeling vanuit de Wlz

Sinds 1 januari 2020 is de regelgeving van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een psychische stoornis die voorheen onder de Wet Bopz viel, ondergebracht in twee wetten. De Wet zorg en dwang (Wzd) geldt voor mensen met een verstandelijke beperking (en inhoudelijk daaraan gelijkgestelde aandoeningen) of een psychogeriatrische aandoening. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) geldt voor mensen met een psychische stoornis.

Zorg voor deze doelgroep valt niet langer onder de GGZ, alternatief is bijkomst Wzd niet direct meegekomen.

Hiermee valt gedwongen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en voor mensen met een psychogeriatrische aandoening per 1 januari 2020 in principe niet langer onder de verantwoordelijkheid van de GGZ⁵. Dit terwijl pas per 1 januari 2021 de subsidieregeling extramurale behandeling vanuit de Wlz volledig is overgeheveld naar de Zvw. In de Zvw wordt deze zorg geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) genoemd, hieronder valt ook de geneeskundige zorg aan volwassenen met een verstandelijke handicap zonder Wlz-indicatie. Als er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met deze geneeskundige zorg, valt de zorg onder eerstelijns verblijf (ELV). Met andere woorden de benodigde passende zorg voor deze doelgroep was pas een jaar later onderdeel (verzekerde prestatie) van de Zvw. Op verzoek van NZa heeft het

⁴ Mogelijk kan de werkwijzer '[Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz](#)' ondersteunend zijn. Deze werkwijzer gaat ook over de rolverdeling van partijen in het kader van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ (inclusief uitstroom en doorstroom). Het is door de partijen opgesteld naar aanleiding van het rapport '[Medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ](#)' van het Zorginstituut uit 2017.

⁵ Dit moet worden genuanceerd in geval van samenloop, ook bij een vermoeden van een psychische stoornis. Het is geen strikte scheiding. Zie voor meer informatie ook de bestuurlijke afspraken die hierover zijn gemaakt: [Bestuurlijke afspraken crisisdiensten GGZ, PG, VG | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

Zorginstituut in het eerdergenoemde rapport vastgesteld dat de zorg voor deze doelgroep geduid moet worden als ELV. Een passend tarief voor deze zorg was dan ook direct vastgesteld, inmiddels is dit probleem opgelost⁶.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

Geen Zvw-zorgaanbieders beschikbaar, beschikbare zorgaanbieders waren bedoeld voor Wlz-cliënten

De doelgroep kan niet meer ondergebracht worden bij de GGZ en komen voornamelijk terecht bij Wlz-gecontracteerde VG-zorgaanbieders. ELV-zorgaanbieders voor deze doelgroep zijn vanuit de Zvw niet of nauwelijks beschikbaar. Omdat de zorgbehoefte van deze doelgroep het best past bij Wlz-gecontracteerde zorgaanbieders ontstaat er logischerwijs een capaciteitsprobleem. Immers meer cliënten doen een beroep op deze zorgaanbieders, welke cliënten voorheen vielen onder de GGZ. Bij krapte in de regio rijzen er dan ook vragen welke cliënt voorrang heeft. Bovendien is er grote kans op dubbele bekostiging, immers de bedden moeten zowel beschikbaar zijn voor cliënten vanuit de Wlz als vanuit de Zvw. Het zorgkantoor betaalt zowel voor opname van een Wlz-cliënt als voor leegstand, terwijl de zorgverzekeraar de zorg achteraf betaalt via declaratie. Als er een cliënt vanuit de Zvw op zo'n bed terecht komt kan er sprake zijn van dubbele bekostiging omdat het zorgkantoor dan al voor de leegstand heeft betaald.

2.1.2 Het aantal benodigde crisisplekken is moeilijk te voorspellen

Het gaat om een diverse doelgroep

Het betreffen niet per definitie cliënten die te vergelijken zijn met de (SG)LVG doelgroep, maar kunnen problematiek hebben die breder is (denk aan de combinatie met psychische problemen). De kleine, diverse doelgroep - vaak met multiproblematiek - is gebaat bij een breed aanbod van crisisplekken bij verschillende zorgaanbieders met expertise.

Het gaat om een kleine groep cliënten, maar data over het precieze aantal waren tot voor kort niet beschikbaar

Het was lang onduidelijk om hoeveel cliënten het precies ging. De data zijn inmiddels bekend via het CIZ⁷. Het zou gaan om gemiddeld 60 cliënten per jaar. Het gaat in de praktijk om zeer kwetsbare mensen.

2.1.3 Zorgverzekeraars kopen geen crisisbedden in

Zorgverzekeraars kopen geen crisisbedden in en de cliënten komen zoals aangegeven vaak terecht op een Wlz-gefinancierd bed. Redenen om geen bedden in te kopen zijn:

Reden genoemd in paragraaf 2.1.2

De reden genoemd paragraaf 2.1.2 maakt tegelijkertijd dat het lastig is voor zorgverzekeraars om bedden in te kopen. Zowel de aangewezen plek als de

⁶ [Prestatie- en tariefbeschikking overige geneeskundige zorg - TB/REG-21617-02 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)[Prestatie- en tariefbeschikking overige geneeskundige zorg - TB/REG-22621-03 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#), [Prestatie- en tariefbeschikking overige geneeskundige zorg - TB/REG-23624-03 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

⁷ Dit is vernomen van het ministerie van VWS. De cijfers zijn niet bij Zorginstituut Nederland inzichtelijk gemaakt.

hoeveelheid (inmiddels meer duidelijkheid hierover) cliënten is moeilijk in te schatten wat de inkoop lastig maakt. Daarbij is het niet rendabel om voor een verwacht laag aantal cliënten een nieuw systeem op te tuigen.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

Geen financiële compensatie voor leegstand

Omdat het een kleine doelgroep betreft zullen de door het land ingekochte crisisbedden met regelmaat onbezet blijven. Crisisbedden moeten ook gemonitord worden en er moet voldoende ruimte zijn om flexibel te handelen. Er is in de Wlz een crisistarief geregeld. Zorgverzekeraars vergoeden de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt. Er is geen financiële compensatie voor leegstand zoals deze geregeld is in de Wlz. Het is voor zorgverzekeraars dan ook niet rendabel om een crisisplek in te kopen voor een mogelijke opname in de toekomst, of beter gezegd vanuit aanbiederperspectief niet rendabel om een bed aan te bieden vanuit de Zvw. Dit probleem is inmiddels opgepakt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN heeft het ministerie van VWS een voorstel gedaan waarbij zorgkantoren voor de leegstand betalen ook als er een Zvw-cliënt wordt opgenomen met achteraf compensatie via nacalculatie. Reden is efficiency. Het ministerie van VWS is in overleg hierover met de NZa. De vraag of dit rechtmatig kan, ligt bij het ministerie van VWS.

Gezamenlijke inkoop en regionale samenwerking is lastig vanwege concurrentiebeginsel

Zorgverzekeraars hebben in het hele land verzekerd. Om te voorkomen dat mensen te ver moeten reizen voor een crisisplek zal de zorgverzekeraar landelijk crisisplekken moeten inkopen⁸. Gezamenlijk inkopen is ook niet zonder meer mogelijk in verband met het concurrentiebeginsel. Daarvoor moeten ze toestemming hebben van de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

2.1.4 Uitstroom/Doorstroomproblematiek

Als een cliënt is opgenomen en deze herstelt zodanig dat er geen sprake meer is van medisch noodzakelijk verblijf (Zvw) dan zou de cliënt moeten doorstromen naar het gemeentelijk domein (Wmo). In de praktijk blijken er knelpunten te zijn bij de doorstroom waar we in de volgende paragraaf (2.2) verder op ingaan. Deze uitstroom/doorstroomproblematiek zorgt tegelijkertijd ook voor een capaciteitsgebrek⁹.

2.2 Onvoldoende afstemming binnen en tussen domeinen

Een tweede categorie is onvoldoende afstemming binnen en tussen domeinen. De experts zien dit als volgt terug:

2.2.1 Regievoering ontbreekt

Op dit moment is niet duidelijk door wie en hoe regie moet worden gevoerd bij de instroom (waar kan de cliënt met ibs worden opgenomen?) en doorstroom/uitstroom op het moment dat ibs is afgerond (waar kan de cliënt na opname naartoe en welke zorg is nodig?). Zonder goede regie kan instroom en doorstroom naar tijdige en passende zorg niet worden gerealiseerd, terwijl dit

⁸ Veel grote instellingen, die meestal crisisplekken moeten bieden, zitten veelal van de grote stad af waardoor reizen naar een crisisplek in zekere mate blijft bestaan.

⁹ Hier geeft de eerder genoemde [werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf in de ggz](#) o.a. handvatten voor.

juist met name voor deze cliënten van het grootste belang is. Bij het ontbreken van een goede doorstroom is het bijvoorbeeld aannemelijk dat cliënten na thuiskomst relatief snel weer destabiliseren.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Logischerwijs zijn er drie mogelijke regievoerders: (1) de zorgaanbieder, (2) zorgverzekeraar en (3) de gemeente. Het is onduidelijk wie wanneer welke rol moet spelen. Zo raakt bijvoorbeeld op dit moment de zorgverzekeraar pas betrokken op het moment dat er een declaratie plaatsvindt en kent zij de cliënt niet op het moment dat die in crisis raakt.

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

Een goede regie is mede nodig omdat er veel andere factoren zijn die de overdracht en afstemming tussen domeinen bemoeilijken. Zonder nadere analyse en mogelijke oplossingen van die andere factoren is echter niet goed te bepalen in welke mate de regie nodig is. In de hiernavolgende paragrafen wordt ingegaan op deze factoren.

2.2.2 Verschillende regio's sluiten niet goed op elkaar aan

De domeinen onderhouden allen andere regio's. Een zorgkantoor regio is anders dan de GGZ-crisisregio en ook de gemeente betreft weer een andere regio. Dit leidt tot problemen in samenwerking en afstemming.

2.2.3 Schot door splitsing Wet Bopz in Wzd en Wvggz

De splitsing van de Wet Bopz in de Wzd en Wvggz heeft een schot tussen de sectoren gecreëerd. Dit is te zien in de volgende knelpunten:

- Het is geen nieuw probleem, maar sinds de splitsing van de Wet Bopz komt bij elke cliënt de vraag naar welke problematiek op de voorgrond staat, terwijl dat pas na een aantal dagen duidelijk is. Vaak is er een combinatie van VG en psychiatrie. De Wet Bopz gaf meer ruimte om als VG en GGZ samen problemen op te lossen. Nu moet er gelijk een keuze worden gemaakt tussen ibs (Wzd) of een crisismaatregel (Wvggz) en is er soms spanning over wie de beoordeling doet.
- De triage wordt op dit moment (volgens de bestuurlijke afspraken) gedaan door de GGZ-crisisdiensten, ook doet de psychiater volgens deze afspraken de beoordeling bij multiproblematiek of waarbij de problematiek onduidelijk is. De psychiater doet sowieso de beoordeling als de vermoedelijke psychiatrische stoornis op de voorgrond staat. Dit geeft hen veel macht over de vraag of de Wzd van toepassing is. Wanneer op dit punt een niet passende diagnose wordt gesteld blijkt het gezien de schotten/domeinen problematiek vrij lastig om de cliënt dan op de passende plek te krijgen.
- Er gaan dingen mis in de beoordeling (bijvoorbeeld iemand met een wat lager IQ doorsturen naar de VG-sector, terwijl GGZ beter passend is). De dubbelproblematiek maakt het extra lastig te bepalen wie verantwoordelijk is voor de zorgverlening.
- Daarbij heeft de GGZ-zorgaanbieder - door de koppeling van kosten aan regio's - geen financiële prikkel om veel cliënten op te nemen en te voorzien van passende zorg. Ze krijgen een vast tarief voor crisisopname ongeacht het werkelijke aantal cliënten die zorg ontvangt.

2.2.4 Crisisopname bij zorgaanbieder gehandicaptenzorg niet altijd mogelijk

Als de GGZ-zorgaanbieder toch triage uitvoert voor deze doelgroep, krijgt de opname soms geen gevolg. Er wordt geen VG-aanbieder gevonden die de cliënt wil of kan opnemen. Sommige VG-aanbieders nemen geen cliënten op als een arts VG niet betrokken is geweest bij de triage. De medische verklaring is volgens hen niet los te zien van het zorgaanbod vanwege het feit dat moet worden beoordeeld of het ernstig nadeel af te wenden is door opname. Bij triage moet dan wel worden gedacht aan een zorgaanbieder die dit zou kunnen verwezenlijken. Een burgemeester kan in dit geval de zorgaanbieder verplichten om over te gaan tot opname van de cliënt.

Een andere belangrijke reden is het uitblijven van Zvw-gefinancierde crisisplekken voor de GHZ-sector. De GGZ-aanbieder komt dan in de knel met de zorgplicht en neemt de cliënt toch op, maar biedt geen passende plek en zorg voor de cliënt.

2.2.5 Samenwerking met gemeenten

Bij uitstroom naar het sociaal domein worden in het contact met de gemeenten als grootste knelpunten ervaren:

- Er is vaak geen zorgverantwoordelijke die regie en warme overdracht kan verzorgen naar vervolgzorg; de VG-aanbieder gaat uit van hoe het in de Wlz is geregeld, namelijk dat de insturende partij verantwoordelijk is voor de regie. De insturende zorginstelling blijft gedurende de crisisopname verantwoordelijk om de cliënt terug te nemen dan wel door te plaatsen. Bij Wlz-cliënten is de zorgverantwoordelijke dus niet verantwoordelijk voor het vervolg. De crisisregisseur van het zorgkantoor organiseert en coördineert bovendien de zorg en zet druk op de insturende instelling om de cliënt tijdig terug te nemen. Met andere woorden, er is een structuur waarin cliënten met crisis kunnen worden opgenomen en behandeld: er wordt voor terugplaatsing of doorplaatsing gezorgd. Dat is bij cliënten zonder Wlz-indicatie niet het geval, de structuur ontbreekt.
- Het is niet duidelijk vanaf wanneer de gemeente verantwoordelijk is bij de uitstroom van cliënten naar de thuissituatie. In theorie is de gemeente verantwoordelijk op het moment dat er geen sprake meer is van medisch noodzakelijk verblijf. In de praktijk blijft deze vraag vaker onbeantwoord en geeft de gemeente met regelmaat geen gehoor. Een reden is dat gemeentelijke toegang tot de Wmo per gemeente anders is geregeld en moeilijk vindbaar en toegankelijk is. Ook de huisarts gaat niet zorgen voor terug- of doorplaatsing. De meeste cliënten willen bovendien niet dat huisarts bekend is met de Wmo-ondersteuning.
- Het aanbod van beschermd en beschermd wonen is schaars. Hierdoor is er niet altijd een plek beschikbaar voor de gestabiliseerde cliënt. Ook voor de gemeente is het aantal cliënten die mogelijk opgenomen moeten worden moeilijk te voorspellen. Consequentie is dat de cliënt blijft zitten waar hij is opgenomen.
- Niet geheel duidelijk is waarom deze problemen in de VVT en ziekenhuizen en GGZ niet of minder spelen. Wel geldt daar dat de zorginstelling waar de cliënt is opgenomen verantwoordelijk is voor goede doorplaatsing als vervolgzorg nodig is. Daar zijn contacten en afspraken. Binnen de GGZ, als er duidelijk psychiatrische problemen zijn, is de route duidelijker omdat die

zich afspeelt binnen de curatieve GGZ. Binnen de Zvw is er doorverwijzing van de HIC in de GGZ-kliniek naar bijvoorbeeld het FACT-team. Doorverwijzing van een VG-cliënt naar het FACT-team is ook mogelijk, maar deze route is nog niet heel gebruikelijk.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

2.2.6 Informatiesystemen niet op orde

Tenslotte werd benoemd dat verschillende informatiesystemen op dit moment niet op orde zijn:

- Voorheen (tijdens de Wet Bopz) werd de zorgverzekeraar niet betrokken en liepen de lijnen direct tussen gemeenten en zorgaanbieders. Nu krijgen zorgverzekeraars via gemeenten een signaal.
- Er is geen landelijke infrastructuur waarin zichtbaar is welke zorgaanbieders kunnen ondersteunen in het proces (bijvoorbeeld medische verklaringen uitvoeren)¹⁰. De verzekeraar weet niet welke instellingen Wzd-zorg leveren en of de instelling plek heeft. Daardoor is het voor zorgverzekeraars niet mogelijk om hierin te ondersteunen.
- De GGZ-aanbieder kan niet declareren voor een cliënt die via de Wzd wordt opgenomen. De opengestelde declaratiecodes worden afgegeven op ziektebeelden uit de GGZ. De cliënt met opname via Wzd valt hier niet onder.

3 Uitvoeringsproblemen in het licht van passende zorg

3.1 Reactie van het Zorginstituut op de uitvoeringsproblemen

Het Zorginstituut herkent bovenstaande uitvoeringsproblemen. Tijdens de gesprekken bleken met name de afstemming tussen de domeinen en de bekostiging van (leegstand van) crisisbedden een belangrijk onderwerp van gesprek te zijn. Dit zijn problemen die niet enkel voor deze doelgroep gelden, maar breder getrokken kunnen worden.

De complexiteit in en samenhang tussen de hierboven beschreven uitvoeringsproblemen zijn niet door één enkele partij op te lossen. Samenwerking is noodzakelijk. In gesprekken kwam al naar voren dat de partijen met elkaar en met het ministerie van VWS in gesprek zijn over de Wzd en Wvvgz. Recent is een tweede evaluatie uitgekomen van ZonMW over de splitsing in de Wzd en Wvvgz¹¹. Deze evaluatie bevat forse harde kritiek op de wetgeving en uitvoering daarvan.

Belangrijk is om de hierboven beschreven uitvoeringsproblemen in het licht van passende zorg te zien waarbij de cliënt centraal wordt gesteld.

3.2 Wat is passende zorg?

Passende zorg¹² is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. Het is daarmee een individueel en collectief begrip, gebaseerd op professionele waarden van zorgverleners, persoonlijke waarden van mensen en maatschappelijke waarden van de samenleving. Passende zorg gaat over de gezamenlijk af te leggen weg

¹⁰ Uitgezocht moet worden in hoeverre Khonraad een uitkomst biedt of kan bieden in de toekomst.

¹¹ Zie voor meer informatie: [Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

¹² Zie voor meer informatie: [Passende zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland](#)

om de Nederlandse gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, met aandacht voor zowel passend gebruik als passende organisatie en bekostiging van zorg.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

De bij passende zorg horende kenmerken zijn:

1. Congruente aanpak
2. Lerende beweging
3. Ruimte voor praktijk

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

De vier principes die als startpunt dienen voor passende zorg zijn:

1. Passende zorg is waardegedreven;
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand;
3. Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek;
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Het voert in het kader van dit memo te ver om de kenmerken en principes van passende zorg uitgebreid toe te lichten. Hiervoor verwijzen we naar de website van het Zorginstituut¹³. We beperken ons tot de toelichting die het meest relevant zijn in het kader van deze uitvoeringsproblematiek: de samenhang tussen het kenmerk 'congruente aanpak' en het principe 'passende zorg vindt plaats op de juiste plek'. Dat zegt niet dat de andere kenmerken en principes niet van toepassing zijn op deze uitvoeringsproblemen, ze hebben een iets minder prominente plaats.

3.3 Relatie tussen uitvoeringsproblemen en passende zorg

Om de relatie tussen de uitvoeringsproblemen en passende zorg uit te leggen is het eerst van belang om de twee belangrijkste begrippen nader te duiden. Deze zijn beschreven in onderstaand tekstvak.

Onder een **congruente aanpak** wordt mede verstaan dat mensen elkaar nodig hebben om zorg te verlenen, óók als dat verder reikt dan het eigen team, afdeling, organisatie of domein. Deelbelangen blijven legitiem, maar moeten in een nieuwe balans komen met het gedeelde belang.

Het principe **passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek** betekent; zorg verplaatsen naar *dichterbij* als het kan en verder weg als het moet, en zorg voorkomen die niet passend is. Zorg vindt waar mogelijk dicht bij mensen thuis plaats, vooral als korte lijnen met bijvoorbeeld het sociaal domein van belang zijn. Zorg vindt verder weg plaats als dat nodig is vanwege kwaliteitseisen of vanwege doelmatige inzet van dure infrastructuur of schaars personeel. Landelijke spreiding kan daarbij behulpzaam zijn. Het bieden van samenhangende zorg en ondersteuning krijgt steeds vaker vorm in (boven-)regionale samenwerkingsverbanden van verschillende zorgverleners en hun organisaties, al dan niet versterkt door kennis op afstand. Zorgverleners moeten hiervoor goed samenwerken, ook met andere domeinen en disciplines en benodigde informatie delen. Zorgorganisaties stellen hun medewerkers hiertoe in staat. Dit vraagt van hen dat zij werken aan (regionale) netwerkvorming. Zorgverzekeraars en zorgkantoren kopen voor hun verzekerden doelmatige zorg in op de juiste plek. De overheid stimuleert dat burgers passende zorg op de juiste plek krijgen. De overheid streeft naar een rechtvaardige toegankelijkheid voor alle Nederlanders. Daarbij spelen naast expertmatige en professionele waarden ook publieke en regionale waarden een

Als wij kijken naar de uitvoeringsproblemen zien wij dat de problemen zich zowel op het kenmerk als het principe voordoen. Op dit moment is er geen sprake van

¹³ Zie voor meer informatie: [Passende zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland](#)

een congruente aanpak in de uitvoering van ibs bij volwassen cliënten met VG-problematiek zonder een Wlz-indicatie. De uitvoeringsproblemen beschrijven veel knelpunten in de samenwerking binnen en tussen domeinen (domeinoverstijgende samenwerking). Partijen hebben elkaar nodig, maar komen op dit moment onvoldoende samen om passende zorg te regelen. Een gebrek aan afstemming heeft als gevolg dat de cliënt niet altijd passende zorg ontvangt op de juiste plek dichtbij de woonplaats. Dit zien we zowel bij de instroom op crisisbedden (bijvoorbeeld opname bij een GGZ-instelling) als bij doorstroom (bijvoorbeeld het uitblijven van een locatie beschermd wonen in het sociale domein). Onder andere voor een cliënt met een licht verstandelijke beperking (LVB) zie je grote knelpunten ontstaan in het ontvangen van passende zorg. Vaak is er sprake van een moeilijk grensvlak tussen de VG en GGZ problematiek en hoe dit zich verhoudt tot de zorgbehoefte van de cliënt. Dit vereist een deskundigheid van beide sectoren om goed triage te kunnen voeren. Belangrijk daarbij is om altijd uit te gaan van wat de cliënt nodig heeft. Niet iedereen met een LVB is bijvoorbeeld beter af bij een arts VG¹⁴. Geef de cliënt zorg op een crisisbed daar waar de best passende zorg geleverd kan worden. Wij begrijpen dat dat op dit moment vaak niet gebeurt.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

Meer specifiek beschrijft het kader passende zorg¹⁵ dat overheden systeembelemmeringen moeten signaleren, agenderen en oplossen voor passende zorg. Ook het invullen van noodzakelijke randvoorwaarden (bijvoorbeeld aanpassing van wet- en regelgeving) is een actiepoint voor de overheid. In het kader van dit memo kijken wij dan ook graag waar wij van toegevoegde waarde kunnen zijn.

4 Vervolg

Een belangrijke conclusie die wij trekken aan het slot van dit memo is dat er veel uitvoeringsproblemen zijn die het bieden van passende zorg in de weg staan. In dat kader zien wij dat er op dit moment al veel gebeurt bij de verschillende partijen. De Wzd en Wvggz worden geëvalueerd door het ministerie van VWS, de uitvoeringsproblemen worden in kaart gebracht, partijen zoeken in samenwerking naar oplossingen en het onderwerp heeft een plaats in veel toekomstige agenda's (denk aan de toekomstagenda GHZ). Ook is zichtbaar dat de beschreven uitvoeringsproblemen en oplossingen veelal breder te trekken zijn dan de specifieke doelgroep waar wij ons in dit memo op hebben gericht.

Dit memo kan een belangrijk onderdeel zijn in de verdere analysering en uitvoering van bovenstaande initiatieven. In dat licht hebben wij dit memo en de lopende initiatieven in een informeel gesprek met het ministerie van VWS besproken. De uitvoeringsproblemen zijn bekend bij de medewerkers van het ministerie van VWS. Ook lopen er bij hen op dit moment verschillende initiatieven die hierop toezien, namelijk:

¹⁴ [https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/psychiater-mag-patienten-niet-selecteren-op-ig; A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures - PubMed \(nih.gov\)](https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/psychiater-mag-patienten-niet-selecteren-op-ig; A%20Blind%20Spot?%20Screening%20for%20Mild%20Intellectual%20Disability%20and%20Borderline%20Intellectual%20Functioning%20in%20Admitted%20Psychiatric%20Patients:%20Prevalence%20and%20Associations%20with%20Coercive%20Measures%20-%20PubMed%20(nih.gov))

¹⁵ [Kader Passende zorg | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

Onvoldoende capaciteit van en inzicht in aantal benodigde crisisbedden

- Zoals eerder aangegeven is het ministerie van VWS in gesprek met de NZa over de leegstand van bedden. Dit naar aanleiding van een voorstel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) waarbij zorgkantoren voor de leegstand betalen ook als er een Zvw cliënt in crisis wordt opgenomen met achteraf compensatie via nacalculatie.
- De zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid om de beschikbaarheid van crisisbedden inzichtelijk te maken en knelpunten te signaleren aan het ministerie van VWS. Concrete activiteiten zijn in 2020 vastgelegd in bestuurlijke afspraken (zie bijlage). De zorgkantoren houden de uitwerking van de afspraken in de gaten voor hun regio en koppelen dit via ZN naar de landelijke tafel met het ministerie van VWS terug. De praktijk laat zien dat de afspraken nog niet volledig zijn gerealiseerd.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574

Onvoldoende afstemming binnen en tussen domeinen

- Het ministerie van VWS heeft onderzoeksbureau AEF gevraagd een handreiking te ontwikkelen over de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen en hoe de regievoering georganiseerd moet worden. De handreiking is specifiek gericht op de VG-cliënten zonder een Wlz-indicatie. Ze kijken daarbij of geleerd kan worden van andere sectoren. Het streven is dat de handreiking in mei 2023 opgeleverd wordt.
- Het ministerie van VWS heeft onderzoeksbureau AEF gevraagd om uit te zoeken wat (overheids)partijen kunnen en moeten doen om de regievoering – zoals beschreven in de te verwachten handreiking - in de praktijk daadwerkelijk te verbeteren.

Dit memo wordt door het ministerie van VWS gedeeld met onderzoeksbureau AEF voor gebruik in de handreiking.

5 Bijlage

Bestuurlijke afspraken crisisdiensten GGZ, PG, VG (Bron: [Bestuurlijke afspraken crisisdiensten GGZ, PG, VG | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#))

Inleiding

In 2020 zijn de Wzd en Wvvgz van kracht geworden. Daarmee wordt beoogd de rechtspositie van cliënten te verbeteren. Om crisiszorg voor iedereen ook in 2021 te borgen zijn onderlinge afstemming en regionale afspraken tussen alle betrokken partijen noodzakelijk. Ingangsdatum van de afspraken is, tenzij regionaal of in onderstaande anders bepaald, 1 januari 2021.

Onder regie van het ministerie van VWS hebben partijen in 2020 met elkaar gezocht naar een goede manier om samen de crisiszorg vorm te geven opdat er voor alle cliënten adequate crisiszorg mogelijk is. Het overleg heeft geleid tot de volgende bestuurlijke afspraken tussen ActiZ, VGN, dNggz, Verenso, de NVAVG, de NVvP, ZN, de NZa en VWS, gezamenlijk aangeduid als 'partijen':

Erkende dat:

1. de juiste zorg op de juiste plek het uitgangspunt is: de cliënt in crisis wordt opgevangen en met zo min mogelijk vertraging geplaatst, behandeld en verzorgd op de voor die cliënt meest passende plek;
2. in beginsel de crisiszorg binnen de Wvvgz door psychiaters en de crisiszorg binnen de Wzd door SO en AVG wordt uitgevoerd;
3. zorgorganisaties in de regio samen werken aan deze crisiszorg, daartoe in staat gesteld door zorgkantoren en zorgverzekeraars, NZa en VWS;
4. het belangrijk is dat ook na 1 januari 2021 de zorg aan deze kwetsbare cliënten geborgd blijft;
5. in veel regio's de crisiszorg voor alle mensen al goed en doelmatig georganiseerd is en onderhavige uitgangspunten en afspraken daar niets aan afdoen;
6. het aan de regionale zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars is om, eventueel in afwijking van bovenstaande uitgangspunten, binnen de geldende wet- en regelgeving in onderlinge afstemming afspraken te maken over organisatie van de crisiszorg;
7. er nader overleg gevoerd moet worden over de randvoorwaarden als verwoord in het "Model samenwerking in crisisdiensten", onder meer het mogelijk maken van digitaal aanvragen van IBS, de rol van de gemeenten, over het bevoegd en bekwaam worden en blijven van SO en AVG bij het beoordelen van cliënten in crisis en het voorkómen van gebruik van crisisdiensten voor PG- en VG-clieñten, de vereisten van een crisisbed voor VG/PG cliënten en de betrokkenheid van huisartsen.

Komen partijen het volgende overeen:

Partijen delen onderstaande uitgangspunten en committeren zich aan de uitvoering van het volgende:

Professionals

8. De NVvP, Verenso en de NVAVG roepen hun leden op het model samenwerking in crisisdiensten GGZ, PG en VG (bijlage) te gebruiken als leidraad voor de te maken afspraken in de regio's

Zorgkantoren en zorgverzekeraars

9. Zorgkantoren en zorgverzekeraars inventariseren in overleg met de partijen in de regio de behoefte aan het aanbod van crisiszorg voor VG- en PG-cliënten. Op basis van deze regionale analyse wordt in samenwerking met de regionale zorgaanbieders en zorgprofessionals een passend zorgaanbod ingekocht voor 2021 dat zo nodig tussentijds kan worden aangepast. Uiterlijk 15 januari 2021 is voor alle partijen inzichtelijk waar dit zorgaanbod in de regio is gelokaliseerd en welke ontwikkelopgave er eventueel nog is.

10. Zorgkantoren zorgen door het maken van regionale afspraken dat vindbaarheid en bereikbaarheid van de regionale crisisbedden worden vergroot opdat professionals weten waar ze terecht kunnen met vragen over en plaatsing van cliënten in crisis met VG- of PG-problematiek.

Zorgaanbieders

11. Actiz en VGN roepen zorgaanbieders op om in het kader van de zorgplicht van de zorgkantoren en zorgverzekeraars ook daadwerkelijk geschikt aanbod van crisisbedden met behandelaanbod te realiseren, in nauw overleg met de specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten en rekening houdend met aspecten van mededinging.

12. ActiZ, VGN en dNggz roepen zorgaanbieders op om, in het kader van de taak van het zorgkantoor en in nauwe afstemming met de behandelaars samen met zorgkantoren en zorgverzekeraars afspraken te maken om de vindbaarheid en bereikbaarheid van de regionale crisisbedden Wzd in de VG- en PG-sector waar nodig te vergroten.

13. ActiZ, VGN en dNggz roepen zorgaanbieders op om professionals in staat te stellen te werken volgens het (onder 8. genoemde) model samenwerking in crisisdiensten GGZ, PG en VG.

NZa

14. De NZa regelt adequate bekostiging en bekostigingstitels voor zorg onder de Wzd en onderzoekt in ieder geval:

- a) de beoordeling en medische verklaring Wzd
- b) de consultatiefunctie;
- c) het crisisbed, inclusief 'verkeerd crisisbed'-problematiek in Wlz en Zvw;
- d) het vervolgbed en het daarbij horende (integrale) tarief.
- e) welke zorg onder de Wzd zo mogelijk via een bypass in 2021 bekostigd kan worden en vanuit welk domein in aanloop naar definitieve uitkomsten.
- f) de bekostiging van GGZ-aanbieders die in 2021 (tijdelijk) wel de beoordeling, eerste opvang, consultatie en vervoer bij evidente VG/PG blijven doen.

15. VWS faciliteert en ondersteunt waar nodig bij de realisatie van de randvoorwaarden.

Ten slotte

16. Partijen houden een vinger aan de pols en starten een periodiek overleg om de voortgang te monitoren en knelpunten omtrent de (regionale) uitvoering of bekostiging van crisiszorg op te lossen. Medio 2021 vindt op bestuurlijk niveau overleg over de stand van zaken plaats.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
27 maart 2023

Onze referentie
2023012574