

Vergaderjaar 2019–2020

24 170

Gehandicaptenbeleid

Nr. 223

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 februari 2020

Tijdens de begrotingsbehandeling in oktober 2019 heb ik met uw Kamer gesproken over de zorg voor mensen met een beperking en een zeer complexe zorgvraag (Handelingen II 2019/20, nr. 18, item 9). In actielijn twee van het programma Volwaardig Leven verbeteren we de zorg voor deze groep cliënten. Dat doe ik samen met betrokken partijen. In deze brief zal ik u, aanvullend op de voortgangsrapportage van het programma Volwaardig leven van 30 september 2019¹, informeren over de stand van zaken rond de complexe zorg. Met deze brief voldoe ik aan mijn toezegging aan mevrouw Van den Berg (CDA) om u hierover te informeren. De ook toegezegde brief over complexe zorgvragen waarin wordt toegelicht hoe VWS omgaat met individuele melders volgt separaat. Die brief ontvangt u binnenkort.

In de complexe zorg zien we al jarenlang een groep mensen voor wie het maar niet lukt om op tijd passende zorg te regelen. Ze lopen vast in het systeem, kunnen geen goede plek vinden en zijn vaak al meer keren verhuisd van de ene zorglocatie naar de andere. Hun zorgvraag is complex omdat ze zorg nodig hebben op het grensvlak van de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg, en ze ernstig probleemgedrag vertonen dat tot incidenten kan leiden. Ze bevinden zich in een omgeving waar zorgverleners niet goed meer weten welke aanpak nog werkt, de «standaardaanpak» zeker niet werkt en hun situatie verslechtert juist door die instabiliteit van de zorg en de leefomgeving.

In het kort de hoofdlijnen van deze brief:

- We hebben het al jaren over een groep van enkele honderden cliënten. In de tweede helft van 2019 hebben de zorgkantoren concreet in beeld gebracht voor welke cliënten één van de honderd extra plekken, hierna: **een maatwerkplek**, gecreëerd moet worden. Volgens huidige

¹ Kamerstuk 24 170, nr. 197.

inzichten gaat het om een groep van vijftig tot tachtig mensen. Daarnaast is duidelijk geworden hoeveel mensen weliswaar geen maatwerkplek nodig hebben, maar wel op een andere manier passende zorg moeten krijgen.

- We verbeteren de zorg op de huidige plek, zodat die beter past bij de cliënt. We voorkomen zoveel mogelijk dat een crisissituatie leidt tot escalatie, overplaatsing naar een tijdelijk crisisplek of een verhuizing naar een nieuwe vaste woonplek. De inzet van **crisis- en ondersteuningsteams** is essentieel om escalatie en verhuizing te voorkomen. De voorbereidingen zijn getroffen om eind 2020 overal in Nederland een team beschikbaar te hebben.
- We maken extra plekken voor de cliënten voor wie een verhuizing toch noodzakelijk is. Die plek is helemaal afgestemd op de behoefte van die cliënt. In 2020 starten we met het realiseren van de honderd extra maatwerkplekken in de Wlz die naar verwachting ook al grotendeels operationeel zijn eind 2020.
- We zorgen voor meer en **betere kennis en expertise** over de zorg voor mensen met een complexe zorgvraag. Hierdoor lossen we niet alleen problemen op voor de mensen die op dit moment geen passende zorg krijgen, maar zorgen we ervoor dat we ook in de toekomst beter en sneller kunnen reageren op complexe zorgvragen.

Het proces is bij de zorgkantoren en aanbieders in volle gang. In februari is de precieze indeling van de crisis- en ondersteuningsteams bekend en in maart maken de zorgkantoren bekend welke aanbieders de plekken gaan realiseren. Voor de zomer van 2020 informeer ik u opnieuw over de voortgang. In het najaar staat er een voortgangsrapportage van het programma Volwaardig leven gepland.

Hieronder geef ik per onderdeel aan waar we op dit moment staan.

Inventarisatie van de doelgroep

Zorgkantoren hebben onder regie van ZN geïnventariseerd wat op dit moment de vraag naar Wlz-maatwerkplekken in iedere regio is. Daarbij zijn de aanbieders in elke zorgkantorregio, CCE, OPAZ, MEE Nederland, leder(in) en KansPlus betrokken. Er is op basis van signalen in de afgelopen jaren in het programma Volwaardig Leven steeds uitgegaan van een behoefte aan honderd maatwerkplekken voor mensen die zeer complexe zorg nodig hebben. De gegevens over de precieze behoefte ontbraken. Daarnaast is altijd uitgegaan van een groep cliënten die geen zodanig complexe zorgvraag hebben dat voor hen een maatwerkplek nodig is, maar waarvoor wel op een andere manier beter passende zorg moet worden geregeld. De inschatting was vooraf dat het in totaal om enkele honderden cliënten zou gaan.

Er zijn ongeveer 250 cliënten in beeld gekomen in de inventarisatie van ZN naar de vraag voor de honderd plekken. Voor ongeveer veertig cliënten is duidelijk dat er een passende maatwerkplek moet worden gemaakt, voor ongeveer veertig anderen vindt nog nader onderzoek plaats dat eind januari 2020 is afgerond. Waarschijnlijk zal een deel van hen ook op een maatwerkplek komen en zijn er uiteindelijk tussen de vijftig en tachtig maatwerkplekken nodig. Deze cliënten vallen onder de doelgroep van «de honderd plekken», omdat zij een dermate complexe zorgvraag hebben dat het reguliere zorgaanbod hun onvoldoende stabiliteit biedt. Voor hen is alles al geprobeerd binnen het reguliere aanbod.

De tweede groep cliënten, tussen de 150 en 200 mensen, krijgt op de huidige plek niet de zorg die bij hen past, maar hun zorgvraag is niet

dermate complex dat voor hen een maatwerkplek moet worden gerealiseerd. Voor hen is de reguliere zorg in principe geschikt, maar die zorg krijgen ze nu niet. Vaak is er bij deze cliënten wel sprake van dubbelproblematiek en moet er dus meer specialistische zorg worden geboden. Het kan bijvoorbeeld gaan om mensen die één-op-één begeleiding nodig hebben, maar op een plek zitten waar dat niet kan worden geboden. Het kan ook gaan om mensen die graag bij een specifieke zorglocatie willen wonen, maar daar (nog) niet terecht kunnen of mensen voor wie een crisis- en ondersteuningsteam een oplossing kan bieden.

Ook voor deze tweede groep gaan de zorgkantoren aan de slag. Zij zullen in de zogenaamde regionale taskforces verder onderzoeken wat de precieze vraag en het beschikbare aanbod is en in overleg met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger alsnog een passende plek organiseren. Die regionale taskforces hebben nu al een rol in het organiseren van crisiszorg. Aan die taskforces nemen zorgkantoren, GHZ- en GGZ-aanbieders deel en wordt waar nodig ook het CCE betrokken.

Voor het eerst hebben we nu een goede analyse van de doelgroep. We zien dat er inderdaad enkele honderden cliënten met een Wlz-indicatie zijn (ongeveer 250) met een zorgvraag die in meer of mindere mate complex is en voor wie passende zorg moet worden georganiseerd. Dit inzicht zal worden gebruikt als input voor de projecten van Volwaardig Leven. Zoals nu blijkt zijn er ook enkele mensen aangemeld zonder Wlz indicatie. Zodra ZN de definitieve inventarisatie heeft gedaan, zullen we waar nodig met zorgverzekeraars en gemeenten in gesprek gaan om ook voor deze mensen een passende oplossing te realiseren.

Tegelijkertijd zal de lijst actueel moeten blijven. Ondanks het zorgvuldige proces dat is doorlopen zullen er nieuwe cliënten met een complexe zorgvraag in beeld komen. Ook voor hen moet een goede oplossing worden gevonden. Zorgkantoren zullen de lijst blijven bijhouden. Uiteraard doen zij dat in nauw contact met de cliënten, naasten, zorgverleners, belangenverenigingen en andere betrokkenen.

Crisis- en ondersteuningsteams (C.O.T.'s)

Een crisis- en ondersteuningsteam (C.O.T.), in het programma ook wel ambulante team genoemd, bestaat uit een aantal gespecialiseerde zorgverleners dat op aanvraag van een zorgorganisatie op locatie kan inspringen bij een crisissituatie. Er is sprake van een crisissituatie als de problematiek van de cliënt niet meer kan worden opgelost door de directe omgeving (meestal zorgverleners en/of naasten) en de spanningen daardoor zo hoog oplopen dat de situatie niet meer onder controle is te krijgen. Er moet binnen 48 uur worden ingegrepen om escalatie te voorkomen.

Het C.O.T. neemt de zorg niet over, maar biedt extra ondersteuning aan de zorgverleners die met de cliënt werken. Het doel is om in kaart te brengen welke zorg hoe wordt geleverd en wat het effect daarvan is op de zorgverleners, de cliënt en de wisselwerking tussen de zorgverleners en de cliënt. Het C.O.T. helpt vervolgens bij het weer stabiel en veilig krijgen van de zorgsituatie.

Zoals ik u in de voortgangsrapportage heb gemeld zijn er op dit moment twee C.O.T.'s actief die voortkomen uit pilots van Zorgkantoor Zilveren Kruis. Ze werken in de regio's Utrecht/'t Gooi en Kennemerland-Waterland/Zaanstreek. Het evaluatierapport van ZN laat zien dat die twee

teams sinds de start in 2018 59² crisismeldingen hebben ontvangen. De twee C.O.T.'s hebben in meer dan de helft van de gevallen (33) een crisisopname kunnen voorkomen. In nog eens 9 gevallen is een crisisopname verkort. De ervaringen uit de pilots vormen de bouwstenen voor de nog op te zetten andere teams.

Eind 2020 is er in elke regio een crisis- en ondersteuningsteam beschikbaar. In totaal zullen er 10 tot 15 teams komen. Zorgkantoren zijn op dit moment in gesprek met geïnteresseerde aanbieders in de regio's en naar verwachting zullen de eerste nieuwe C.O.T.'s in de eerste helft van 2020 starten. Daarbij wordt een functionele regio-indeling gekozen op basis van de spreiding en reikwijdte van aanbieders in een regio en de logische samenwerkingsverbanden die daaruit voortkomen. Aan elk C.O.T. zal in ieder geval één GGZ-aanbieder en één VG-aanbieder deelnemen zodat kennis en expertise uit beide sectoren wordt gebundeld. De leden van het team zijn in dienst van de aanbieders die het C.O.T. vormen en worden gedeeltelijk van hun reguliere werk vrijgesteld voor hun activiteiten bij crises.

Tegelijkertijd met de vormgeving van elk C.O.T. is gekozen voor een uitbreiding van de taken van de bestaande crisisregisseurs in de VG en een uniformering van hun werkwijze. De crisisregisseur heeft de rol van poortwachter voor de (VG-) crisiszorg en doet de triage bij een crisismelding. De crisisregisseur neemt een onafhankelijke positie in en heeft ook een signaalfunctie voor het algemeen functioneren van de crisiszorg in de regio. Er zullen circa 10 crisisregisseurs komen.

De crisisregisseur en het C.O.T. zijn vooral bedoeld voor situaties waarbij een «normale» oplossing eigenlijk al een gepasseerd station is. In de meeste gevallen betreft het ontwikkelingen die geleidelijk uit de hand lopen. Voordat een C.O.T. wordt ingezet, moet de zorginstelling daarom al een aantal stappen hebben doorlopen. De zorginstelling zelf heeft in eerste instantie de verantwoordelijkheid om vroegtijdig signalen te herkennen en daar de zorg op aan te passen. Lukt dat niet, dan vragen zij of collega-instellingen in het netwerk (al dan niet op afstand) kunnen helpen. Leidt ook dat niet tot een goede oplossing, dan schakelt de instelling het CCE in. Zij zijn in staat om vroegtijdig de zorg- en hulpvraag van de cliënt te analyseren en daar deskundig advies over te geven. Mocht de situatie ondanks deze stappen niet verbeteren, dan kan de instelling een crisismelding doen bij de crisisregisseur. De crisisregisseur beoordeelt bij een crisismelding of aan deze stappen is voldaan. Is dat het geval, dan beoordeelt de crisisregisseur of een directe crisisopname nodig is of dat het crisis- en ondersteuningsteam wordt ingeschakeld.

Voor de bekostiging van het C.O.T. heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een beleidsregel met prestaties en tarieven vastgesteld³. Deze beleidsregel maakt het per 1 januari 2020 mogelijk om de inzet per uur per lid van het team te declareren. Daarmee is de inzet van het C.O.T. onderdeel van het inkoopproces van de zorgkantoren geworden.

«Honderd maatwerkplekken»

Met de komst van crisis- en ondersteuningsteams proberen we mensen met een complexe zorgvraag zoveel mogelijk te helpen op de plek waar ze nu zitten. Dat voorkomt een verhuizing. Maar in sommige gevallen is de situatie op de huidige plek toch niet stabiel te krijgen. Daarom starten we

² Uit de evaluatie van de pilots van de twee crisisinterventieteams, stand van juli 2019.

³ Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarieven advies crisis- en ondersteuningsteam (COT) BR/REG-20152.

in 2020 ook met het realiseren van de extra maatwerkplekken in de Wlz. De verwachting is dat de meeste van die plekken ook al in 2020 operationeel kunnen zijn. Op dit moment zijn de voorbereidingen daarvoor in volle gang bij zowel zorgaanbieders als bij zorgkantoren.

Er hebben zich 46 zorgaanbieders en initiatieven vanuit verschillende zorgaanbieders bij de zorgkantoren gemeld voor het realiseren van een of meer maatwerkplekken. Zij hadden tot 31 december 2019 de tijd om bij hun zorgkantoor een plan van aanpak in te dienen. Daarin beschrijven ze hoeveel plekken ze willen bieden, waar en hoe ze die plekken willen maken en welke aanloopkosten er gemaakt moeten worden. Deze plannen geven gezamenlijk een beeld van het aantal maatwerkplekken dat gerealiseerd kan worden (het aanbod).

In januari 2020 wordt de stand van zaken opgemaakt hoeveel maatwerkplekken nodig zijn, naar verwachting dus tussen de vijftig en tachtig. Omdat de lijst in beweging is, kan het zo zijn dat dit aantal in de loop van 2020 nog iets hoger wordt en er meer maatwerkplekken worden gerealiseerd.

In januari en februari 2020 worden de plannen van de zorgaanbieders inhoudelijk beoordeeld door zorgkantoren. Hierbij houden zij rekening met het aantal cliënten dat per regio een plek nodig heeft en waar een plek voor die specifieke cliënten aan moet voldoen. Na 1 maart 2020 maken zorgkantoren bekend welke aanbieders welke plekken zullen realiseren. Zorgkantoren hebben € 40 miljoen beschikbaar binnen de contracteerruimte voor de gehonoreerde plannen. Ik zal u voor de zomer van 2020 opnieuw informeren over de voortgang.

Kennis en expertise

Met de C.O.T.'s en de honderd plekken werken we aan het oplossen van concrete problemen voor mensen die nu met een complexe zorgvraag te maken hebben. Deze inspanningen van zorgaanbieders, zorgkantoren en andere betrokkenen verstevigen de al in de sector aanwezige kennis en expertise over de complexe zorg. We beperken ons niet tot het oplossen van acute knelpunten rond cliënten (in de vorm van het organiseren van crisis- en ondersteuningsteams en het creëren van extra plekken), maar werken we daarnaast aan het opzetten van een infrastructuur van kennis en expertise die breed door de sector wordt gedragen. Daarmee richten we ons op de huidige én toekomstige complexe zorgvragen.

Zoals aangegeven in de voortgangsrapportage hebben VGN, ZN, zorgkantoren en leder(in) een plan gemaakt om de kennisfunctie rond de complexe zorg te versterken. Terecht vinden zij dat de kwaliteit van de zorg valt of staat met de kennis en kunde van de zorgverleners. Dat geldt in het algemeen, maar zeker bij mensen met een (zeer) complexe zorgvraag. Het is belangrijk om die professionals te ondersteunen bij het delen van hun opgedane kennis en expertise en deze waar nodig verder te ontwikkelen. Het plan heeft als doel om deze kennis te ontwikkelen en benutten voor zowel de mensen die in aanmerking komen voor de eerdergenoemde honderd plaatsen en de C.O.T.'s, als mensen die een vergelijkbare maar lichtere zorgvraag hebben. Een belangrijk onderdeel van de complexe zorg is immers weten hoe men kan voorkomen dat een zorgvraag steeds complexer wordt. Op die manier groeien we toe naar een organisatie van de complexe langdurige zorg die min of meer vergelijkbaar is met die in de curatieve zorg bij de academische ziekenhuizen.

Voor het opzetten van een kennis- en expertisenetwerk voor de complexe zorg onder de vlag van het programma Volwaardig Leven sluiten we aan bij het traject rond expertisecentra in de langdurige zorg dat al in gang is gezet. Over dit laatste traject heb ik u in september 2019 een beleidsreactie op het rapport van KPMG gestuurd⁴. KPMG adviseert om een kennisinfrastructuur vorm te geven voor kleinere groepen cliënten in de Wlz met een complexe zorgvraag. Ik heb de commissie Leerink in het leven geroepen om mij te adviseren over de uitvoering hiervan. Aan de hand van de budgetimpactanalyse van de NZa zal worden gekeken naar de budgettaire inpasbaarheid van de expertisecentra.

Om de twee trajecten, Volwaardig leven en de inzet van VGN, leder(in) en ZN en daarnaast de inzet van de commissie-Leerink, samen te brengen zijn de volgende afspraken gemaakt:

- In het KPMG-advies zijn tien groepen genoemd waarvoor de in het advies beschreven kennisinfrastructuur in elk geval moet worden gerealiseerd.
- De vertegenwoordigers van deze specifieke groepen hebben inmiddels een werkgroep gevormd om te werken aan de verdere uitwerking en zullen een advies uitbrengen aan commissie-Leerink. De VGN sluit aan bij de bestaande werkgroepen.
- Drie van de groepen uit het KPMG-advies zijn ook onderdeel van het plan van VGN, ZN en leder(in) voor de complexe zorg in de kader van de acties uit het programma Volwaardig leven. Dit zijn niet-aangeboden hersenletsel met bijkomende problematiek (NAH+), licht verstandelijke beperking met bijkomende problematiek (SGLVG/LVB+) en matige of ernstige verstandelijke beperking met zeer ernstige gedragsproblematiek (EVB+).
- Voor de werkgroepen van die drie groepen is het plan van de VGN, ZN en leder(in) een verbindende factor om zo onder andere de aansluiting met de inzet op de honderd plekken en de C.O.T.'s te borgen.

In de werkgroepen wordt vanuit het oogpunt van zorgprofessionals uitgewerkt wat nodig is om voor deze specifieke groepen de goede zorg te bieden en de organisatie van de benodigde kennis en expertise hierbij. Periodiek zal de commissie-Leerink een bijeenkomst organiseren met partijen, zoals de VGN, om ook meer overstijgend voor een goede verbinding tussen zorgorganisaties te zorgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 434.