



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg II
GGZ - Gehandicaptenzorg
Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55

2017010103

Datum 6 maart 2017
Betreft Duiding Medisch noodzakelijk verblijf geneeskundige GGZ

Onze referentie
2017010103

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij stuur ik u het rapport "Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Op weg naar goede ketenzorg in de GGZ". In dit rapport geven wij inzicht in de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ, dat valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook verduidelijken we de afbakening met verblijf voor cliënten met psychische problematiek in de andere wettelijke domeinen. Met deze duiding beogen wij meer helderheid te geven over de verantwoordelijkheden die de verschillende partijen hebben om adequate zorg, ondersteuning en bescherming voor mensen met psychische problematiek te realiseren.

Bijlage
1

Tegelijkertijd laat dit rapport zien dat in de uitvoeringspraktijk de zorg nog niet altijd conform de duiding kan worden verleend. Hiervoor moet nog veel verbeteren. Een belangrijk knelpunt is dat verblijf in de Zvw vaak langer duurt dan medisch noodzakelijk is, omdat er (regionale) tekorten zijn in het ambulante GGZ-aanbod of ambulante vervolgvorzieningen in het sociale domein. De keten van GGZ-zorg is nog niet overal goed op orde.

Met name zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten moeten regionaal veel beter samenwerken om er voor te zorgen dat cliënten met een psychische stoornis, in een systeem waarbij de (verblijfs)zorg verdeeld is over verschillende wettelijke domeinen, de juiste zorg krijgen.

Behalve een duiding van medisch noodzakelijk verblijf, bevat ons rapport daarom aanbevelingen aan diverse partijen om te komen tot goede (verblijfs)zorg in de geneeskundige GGZ, dat wil zeggen (alleen) die verblijfszorg die daadwerkelijk kan bijdragen aan het herstel en de veiligheid van cliënten, en wat daar voor nodig is. In het bijzonder gaan wij in op de noodzaak dat:

- zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ambulant GGZ-aanbod realiseren;
- de betrokken partijen in kwaliteitsstandaarden duidelijk vastleggen wat criteria zijn voor opname, verblijfsduur en ontslag;
- GGZ-instellingen een duidelijk ontslagbeleid ontwikkelen, waarbij naast de voorwaarden voor geneeskundig en functioneel herstel, ook de sociaal-maatschappelijke randvoorwaarden voor ontslag en het realiseren daarvan worden meegenomen;

- zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in een "ontslagprotocol" landelijke en regionale procesafspraken maken over hoe moet worden gehandeld bij het (aankomende) ontslag van een cliënt uit een GGZ-instelling. Op basis van een dergelijk protocol kunnen partijen elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheden, om ervoor te zorgen dat de cliënt daadwerkelijk en tijdig de zorg of voorziening krijgt die het meest passend is.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
GGZ - Gehandicaptenzorg

Datum
6 maart 2017

Onze referentie
2017010103

De betrokken partijen hebben inmiddels een start gemaakt om op landelijk niveau hierover ketenafspraken te maken.

Wij verwachten dat dit rapport helderheid geeft over de grenzen van de aanspraak op verblijf vanuit de Zvw, het leveren van de juiste zorg ondersteunt en de ontwikkeling van gepast aanbod bevordert.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ

Op weg naar goede ketenzorg in de GGZ

Datum 28 februari 2017
Status **Definitief**

Colofon

Uitgave	Extra exemplaren kunt u downloaden vanaf www.zorginstituutnederland.nl .
Projectnaam	Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ
Versienummer	8
Projectleider	Sandra Reus
Volgnummer	2015086691
Opdrachtgever	Paula Polman
Contactpersoon	mw. mr. S.E. Reus +31 (0)20 797 87 02
Auteur(s)	Sandra Reus m.m.v. Paula Polman, Ineke van der Voort- van Beusekom
Afdeling	Pakket

Inhoud

Colofon—1

Inleiding—9

- 1.1 Aanleiding voor dit rapport—9
- 1.2 Aanpak en vraagstelling—10
- 1.3 Adviescommissie Pakket—11
- 1.4 Evaluatie—11
- 1.5 Leeswijzer—11

2 Het onderzoek—13

- 2.1 Medisch noodzakelijk verblijf in richtlijnen en literatuur—13
 - 2.1.1 Criteria in richtlijnen—13
 - 2.1.2 Geen criteria voor opnameduur en ontslag—14
 - 2.1.3 Internationale GGZ-richtlijnen—14
 - 2.1.4 Literatuuronderzoek—14
- 2.2 Medisch noodzakelijk verblijf in de praktijk—14
 - 2.2.1 Richtlijncriteria worden gevolgd...—14
 - 2.2.2 ...maar de beslissing hangt af van meer factoren—15
 - 2.2.3 Opnameduur en ontslag: adequate aansluitende voorzieningen zijn knelpunt—16
 - 2.2.4 Variatie in de besluitvormingsprocedures: verschillen per instelling en regio—16
 - 2.2.5 Ander beeld bij instellingen voor verslavingszorg—17
- 2.3 Beschermd wonen—17
- 2.4 Samenvatting onderzoek Tangram—18

3 Verblijf als onderdeel van goede zorg—21

- 3.1 Wanneer is sprake van goede GGZ?—21
 - 3.1.1 Aandacht voor preventie—21
 - 3.1.2 Zorg, waar mogelijk gebaseerd op zorgstandaarden—22
 - 3.1.3 Zorg volgens het behandelplan, waar mogelijk in overleg met cliënt—22
 - 3.1.4 Aandacht voor sociale- en omgevingsfactoren—23
 - 3.1.5 Herstelzorg in brede zin—23
 - 3.1.6 Ambulante behandeling als het kan, verblijf alleen als het moet—24
 - 3.1.7 Afspraken over samenwerking in de keten—24
 - 3.1.8 Effectiviteit, kosteneffectiviteit en opnameduur—25
- 3.2 Verblijf in de GGZ en de uitgangspunten voor goede zorg—25
 - 3.2.1 Onvoldoende onderbouwing in richtlijnen en zorgstandaarden—25
 - 3.2.2 Praktijkvariatie bij de weging voor verblijf—26
 - 3.2.3 Passende ambulante- en vervolgvoorzieningen niet overal beschikbaar—26
 - 3.2.4 Tekortkomingen in basisvoorzieningen in andere domeinen—27
 - 3.2.5 Opeenvolgende wijzigingen in de wet- en regelgeving rondom GGZ-opname—28
- 3.3 Welke verbetertrajecten lopen voor de GGZ?—29
 - 3.3.1 Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ—29
 - 3.3.2 Ontwikkeling zorgstandaarden door Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ—30
 - 3.3.3 Samenwerkingsagenda VNG en ZN—31
 - 3.3.4 Goede praktijkvoorbeelden—31
 - 3.3.5 Beschermd wonen—32

4 Medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw—35

- 4.1 Plaats in het wettelijk kader—35
 - 4.1.1 De aanspraak "verblijf in verband met geneeskundige GGZ"—35
 - 4.1.2 Algemeen indicatievereiste: redelijkerwijze aangewezen op—36

- 4.1.3 Beoordeling op basis van zorginhoudelijke criteria—36
- 4.1.4 Stand van de wetenschap en praktijk—36
- 4.2 Verblijf in andere wettelijke domeinen—37
 - 4.2.1 Wet langdurige zorg—37
 - 4.2.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015—38
 - 4.2.3 Forensische zorg—39
 - 4.2.4 Wet BOPZ—39
- 4.3 Duiding medisch noodzakelijk verblijf—40
 - 4.3.1 Duiding bevat het kader, individuele beslissing is doorslaggevend—40
 - 4.3.2 (Vermoeden van) een psychische stoornis—41
 - 4.3.3 Waar mogelijk beoordeling op basis van richtlijnen, maar afwijken is mogelijk.—41
 - 4.3.4 Afweging medisch noodzakelijk verblijf—41
 - 4.3.5 Medische noodzaak vanwege stoornis(sen) en/of sociale context—42
 - 4.3.6 Ontslagcriteria—43
 - 4.3.7 Helder ontslagbeleid—43
- 4.4 Langer verblijf vanwege gebrek aan ambulant GGZ- aanbod en/of vervolgvoorzieningen—44
 - 4.4.1 Gebrek aan ambulant GGZ-aanbod en/of andere voorzieningen—44
 - 4.4.2 Kan langer verblijf vanwege tekort aan ambulant GGZ-aanbod/vervolgvoorzieningen ten laste van de Zvw komen?—46
 - 4.4.3 Samenwerking tussen partijen in de keten vereist—47
 - 4.4.4 Procesmatige afspraken tussen partijen over (aankomend) ontslag—48
 - 4.4.5 Praktijkvariatie tussen instellingen/behandelaren—48
- 4.5 Afbakening medisch noodzakelijk verblijf Zvw - andere wettelijke domeinen—49
 - 4.5.1 Medisch noodzakelijk verblijf Zvw en beschermd wonen in de Wmo 2015:—49
 - 4.5.2 Medisch noodzakelijk verblijf Zvw en voortgezet verblijf vanuit de Wlz—50
 - 4.5.3 Afbakening medisch noodzakelijk verblijf Zvw en forensische zorg—51

5 Effecten en ingangsdatum van de duiding—53

6 Reacties—55

- 6.1 Reacties partijen—55
 - 6.1.1 Goede (verblijfs)zorg—55
 - 6.1.2 Richtlijnen en meetinstrumenten—55
 - 6.1.3 Knelpunten bij de weging van verblijf—55
 - 6.1.4 Duiding medisch noodzakelijk verblijf—56
 - 6.1.5 Aanbevelingen—58
 - 6.1.6 Ingangsdatum en effecten—58
- 6.2 Adviescommissie Pakket—58

7 Aanbevelingen—59

- 7.1 Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf—59
- 7.2 Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!—59
- 7.3 Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen—60
- 7.4 Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit—60
- 7.5 Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de GGZ!—60
- 7.6 Maak procesafspraken over (aankomend) ontslag van een cliënt—61

Bijlagen:

1. Onderzoeksrapport "medisch noodzakelijke opname in de geneeskundige GGZ. Over behandeling, verblijf, wonen en werken", Tangram Zorgadviseurs, 17-2-2015
2. Reacties bestuurlijke consultatie

Samenvatting

In Nederland leven naar schatting ongeveer 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. De meesten daarvan (ca. 90%) wonen thuis, zo nodig met ambulante behandeling voor de psychische stoornis. Een klein deel verblijft in een instelling. Dat kan (kortdurende) klinische opname in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn, maar ook beschermd wonen in het kader van de Wmo 2015, of (voortgezet) verblijf in de Wlz. Jongeren tot 18 jaar krijgen ondersteuning en psychische zorg op grond van de Jeugdwet.

Dit rapport gaat over verblijf voor volwassen cliënten met een psychische stoornis, dat valt onder de Zorgverzekeringswet. Verblijf wordt vanuit de basisverzekering verstrekt als het verblijf "medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg".¹ Wij geven in dit rapport aan hoe medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ moet worden uitgelegd en wat de afbakening is met (verblijf in) de andere wettelijke domeinen, waaronder met beschermd wonen in de Wmo 2015. Daarmee beogen wij meer helderheid te geven over de verantwoordelijkheden die de verschillende partijen hebben om adequate zorg, ondersteuning en bescherming voor mensen met psychische problematiek te realiseren.

Dit standpunt omvat eerdere duidingen die het Zorginstituut heeft gedaan op het gebied van verblijf, zoals in de rapporten Geneeskundige GGZ deel 1 en 2, het rapport Verslavingszorg in beeld en de handreiking Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis. Tevens beschrijven wij in deze duiding het grensvlak van verblijf in de geneeskundige GGZ in de Zvw met andere domeinen, zoals met beschermd wonen in de Wmo 2015.

Medische noodzaak voor verblijf in de GGZ

We constateren dat een medische noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ bestaat, als de opname nodig is voor diagnostiek of het instellen van medicatie. Daarnaast kan verblijf aan de orde zijn om gevaar voor de cliënt of de omgeving af te wenden, of 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.

Of een medische noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige zorg bestaat, is 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. Deze duiding biedt een belangrijk inhoudelijk kader voor de individuele afweging over de noodzaak tot opname die plaatsvindt tussen de professional en de cliënt. De criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de duiding sluiten aan bij wat behandelaars en cliënten goede zorg vinden.

Er zijn nu geen adequate richtlijnen over de duur van verblijf en geen criteria voor ontslag. In de zorgstandaarden GGZ die op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut staan en in 2017 ter opname in het register worden aangeboden, wordt hier wel aandacht aan besteed.

¹ Artikel 2.12 Besluit zorgverzekering

Ketenafhankelijkheid

Uit het onderzoek is gebleken dat cliënten vaak onnodig lang in instellingen verblijven. Verblijf is dan niet meer noodzakelijk in verband met de benodigde geneeskundige zorg voor de cliënt omdat de behandeldoelen bereikt zijn, maar ontslag van de cliënt wordt belemmerd door het ontbreken van de voor hem benodigde vervolgvoorzieningen, zoals adequate huisvesting, dagbesteding of psychiatrische thuiszorg.

Dat geeft ook risico op een verdringingseffect: zolang cliënten opnameplaatsen bezetten, terwijl verblijf niet (meer) medisch noodzakelijk is voor de geneeskundige zorg, maar zij niet uit de instelling worden ontslagen vanwege het gebrek aan adequate (ambulante) vervolgzorg- of voorzieningen, zijn deze opnameplaatsen niet beschikbaar voor cliënten die voor hun geneeskundige zorg zijn aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf. Die cliënten moeten daardoor mogelijk langer wachten op een opname.

Ook aan de "voorkant" van de keten doet dit probleem zich voor: een tekort aan voldoende ambulante GGZ of andere voorzieningen voor mensen met psychische stoornissen kan tot gevolg hebben dat een cliënt moet worden opgenomen, waar dit met een goed ambulant aanbod misschien voorkomen had kunnen worden.

In deze gevallen ontvangt de cliënt niet de meest passende zorg.

Medisch niet verantwoord ontslag

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst verplicht de hulpverlener zich te gedragen als een goed hulpverlener. Die zorgvuldigheidsnorm leidt er ook toe, dat een behandelovereenkomst niet zomaar beëindigd kan worden, en omvat dus voor een GGZ-instelling ook een zekere (na)zorgplicht bij ontslag. Zowel bij de voorbereiding van als na ontslag van een psychiatrische patiënt dient de instelling o.a. aandacht te besteden aan de huisvestingssituatie, middelen van bestaan en de beschikbaarheid van een noodzakelijke vervolgbehandeling.

Er zijn situaties denkbaar waarin het niet medisch verantwoord is een cliënt uit de instelling te ontslaan als de voor die cliënt noodzakelijke ambulante vervolgzorg, huisvesting of voorzieningen in het sociale domein niet beschikbaar zijn.

De instelling kan vanuit de plicht tot goed hulpverlenerschap die cliënt dan niet zondermeer ontslaan als dat een risico op gezondheidsschade inhoudt.

Omdat het verblijf niet (meer) medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, mag de instelling dit verblijf in beginsel niet declareren ten laste van de Zvw en de verzekeraar mag dit verblijf in beginsel niet ten laste van de Zvw betalen.

Rechtvaardigingsgrond bij medisch niet verantwoord ontslag

In dit rapport duiden wij medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Wij constateren dat door problemen in de uitvoeringspraktijk de zorg niet altijd helemaal conform deze duiding kan worden verleend. Namelijk in het geval dat ontslag medisch niet verantwoord is door het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen.

Wij vinden, in overleg met de NZa, dat er uitzonderlijke situaties kunnen zijn waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat dit verblijf niet meer "medisch noodzakelijk" is in verband met de geneeskundige GGZ. Het moet gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten in die situaties redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. Dan mag de zorgverzekeraar het (langere) verblijf uit de Zvw betalen. Onder een redelijke termijn wordt verstaan dat het verblijf niet langer uit de Zvw wordt betaald dan noodzakelijk is. Zorgaanbieders en

zorgverzekeraars zullen met elkaar (proces)afspraken moeten maken over de criteria waarbij de rechtvaardigingsgrond medisch onverantwoord ontslag mogelijk is. Bij deze afspraken moet zijn uitgewerkt op welk moment welke inspanningen van zorgaanbieders, maar ook van zorgverzekeraars mogen worden verwacht om (langere) niet medisch noodzakelijk opname in dergelijke gevallen te voorkomen en hoe wordt vastgesteld of aan die voorwaarden is voldaan. Om ervoor te zorgen dat de cliënt ook daadwerkelijk tijdig de zorg krijgt die het meest passend is, is het daarnaast nodig dat er afspraken komen met gemeenten over hoe (procesmatig) te handelen bij aankomend ontslag van een patiënt uit een GGZ-instelling. Aan de hand van die afspraken kunnen partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten) elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de cliënt ook daadwerkelijk de passende zorg krijgt. Zoals uit dit rapport blijkt is de praktijk volop in ontwikkeling om er voor te zorgen dat een cliënt alleen dan opgenomen wordt wanneer dit medisch noodzakelijk is. Hierbij is sprake van regionale verschillen. Het is van belang om bij de afspraken hiermee rekening te houden.

Overigens merken wij op dat het gebrek aan ambulante GGZ (Zvw) niet snel een rechtvaardigingsgrond zal kunnen opleveren, omdat de plicht om voor voldoende aanbod vanuit de Zvw te zorgen primair bij de zorgverzekeraar ligt. Zoals wij hiervoor al hebben aangegeven, kan het realiseren van dat aanbod mede afhankelijk zijn van regionale omstandigheden en de prestaties van andere partijen. Van zorgverzekeraars mag worden verwacht dat zij zich maximaal hebben ingespannen een adequaat aanbod te realiseren en dat kunnen aantonen. Het realiseren van passende huisvesting en beschermde woonvormen ligt buiten het bereik van de zorgverzekeraar en primair binnen het gemeentelijk domein. Dit vereist een gezamenlijke inspanning en gezamenlijke afspraken van alle betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten).

Aanbevelingen voor samenwerking en goede ketenzorg

Dit rapport bevat een duiding over wanneer verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige GGZ en is daarmee leidend bij de uitleg van de aanspraak. Tegelijkertijd laat dit rapport zien dat in de uitvoeringspraktijk nog veel moet verbeteren. Met name zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten moeten regionaal veel beter samenwerken om er voor te zorgen dat cliënten met een psychische stoornis, in een systeem waarbij de (verblijfs)zorg verdeeld is over verschillende wettelijke domeinen, de juiste zorg krijgen. Iedere partij moet zijn eigen aandeel in de keten realiseren en financieren.

Wij doen in dit rapport aanbevelingen aan diverse partijen om te komen tot goede (verblijfs)zorg in de geneeskundige GGZ, dat wil zeggen (alleen) die verblijfszorg die daadwerkelijk kan bijdragen aan het herstel en de veiligheid van cliënten, en wat daar voor nodig is. In het bijzonder gaan wij in op de noodzaak dat:

- zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ambulant GGZ-aanbod realiseren;
- de betrokken partijen in kwaliteitsstandaarden duidelijk vastleggen wat criteria zijn voor opname, verblijfsduur en ontslag;
- GGZ-instellingen een duidelijk ontslagbeleid ontwikkelen, waarbij naast de voorwaarden voor geneeskundig en functioneel herstel, ook de sociaal-maatschappelijke randvoorwaarden voor ontslag en het realiseren daarvan worden meegenomen;
- zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in een "ontslagprotocol" landelijke en regionale procesafspraken maken over hoe moet worden gehandeld bij het (aankomende) ontslag van een cliënt uit een GGZ-instelling. Op basis van een dergelijk protocol kunnen partijen elkaar

aanspreken op elkaars verantwoordelijkheden, om ervoor te zorgen dat de cliënt daadwerkelijk en tijdig de zorg of voorziening krijgt die het meest passend is.

- Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten zorgen voor regionale/lokale samenwerkingsafspraken zodat de keten van zorg en ondersteuning aan cliënten met een psychische stoornis goed georganiseerd is.

Wij verwachten dat dit standpunt helderheid geeft over de grenzen van de aanspraak op verblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, het leveren van de juiste zorg ondersteunt en de ontwikkeling van gepast aanbod bevordert.

Deze duiding gaat in per 1 januari 2018.

Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit rapport

In Nederland leven naar schatting ongeveer 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. De meesten daarvan (ca 90%) wonen thuis, zo nodig met ambulante behandeling voor de psychische stoornis. Een klein deel maakt gebruik van intramurale voorzieningen². Dat kan (kortdurende) klinische opname in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn, maar ook beschermd wonen in het kader van de Wmo 2015 of (voortgezet) verblijf in de Wlz.

Dit rapport gaat over verblijf voor cliënten met een psychische stoornis, dat valt onder de Zorgverzekeringswet. Verblijf wordt vanuit het basispakket verstrekt als het verblijf "medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg" (artikel 2:12 Bzv). Dit rapport heeft alleen betrekking op medisch noodzakelijk verblijf voor *volwassenen*. Behandeling en verblijf voor jeugdigen met een psychische stoornis valt sinds 1 januari 2015 niet meer onder de Zvw, maar onder de Jeugdwet, die wordt uitgevoerd door de gemeenten.

Wij hebben geconstateerd dat er veel onduidelijkheid heerst rondom de uitleg van het begrip "medisch noodzakelijk verblijf" in de geneeskundige GGZ. In de uitvoeringspraktijk is onvoldoende duidelijk wanneer mensen met psychische aandoeningen aanspraak hebben op verblijf ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of wanneer andere zorgarrangementen zijn aangewezen³. Hierdoor bestaat het gevaar dat mensen met een psychische stoornis niet de zorg krijgen die zij nodig hebben⁴.

De onduidelijkheden rondom medisch noodzakelijk verblijf komen voort uit een aantal oorzaken:

- a. Niet altijd is helder wat "goede zorg" voor mensen met een psychische aandoening inhoudt.
- b. De zorgvraag van mensen met een (ernstige) psychische aandoening strekt zich vaak uit over meerdere "domeinen", waaronder domeinen buiten de zorg. Daardoor ontstaat de vraag wie waarvoor verantwoordelijk is.
- c. De afgelopen tijd hebben zich grote wijzigingen voorgedaan in de wet- en regelgeving voor mensen met psychiatrische problematiek. Sinds 1 januari 2015 is de langdurige intramurale GGZ voor volwassenen - die daarvoor ten laste kwam van de AWBZ - ondergebracht in de Zvw en de Wmo 2015. Verblifszorg voor volwassen cliënten in de GGZ kan nu uit drie wettelijke domeinen worden verstrekt: de Zvw, de Wmo 2015 of de Wlz. Hierdoor ontstaan afbakeningsvraagstukken. Vooral de grens tussen medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ en beschermd wonen in de Wmo 2015 levert problemen op.

Met deze duiding willen wij bijdragen aan meer duidelijkheid over hoe medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ moet worden uitgelegd, zodat het voor de cliënt helder is waarop hij aanspraak heeft.

² Stand van zaken ambulantisering GGZ, Trimbos-instituut, 19 oktober 2015.

³ Zie het Rapport Geneeskundige GGZ deel 2, 10 juli 2013, www.zorginstituutnederland.nl

⁴ Zie ook het Rapport "Overheveling langdurige intramurale GGZ", CVZ, 18 oktober 2013, www.zorginstituutnederland.nl

Deze duiding doen wij in een tijd dat er op het gebied van verblijf in de geneeskundige GGZ veel in beweging is.

Zo hebben partijen in de GGZ indertijd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014⁵ afspraken gemaakt om meer in te zetten op ambulante behandeling en "afbouw" van bedden, zijn er veel zorgen rondom de opvang en behandeling van "verwarde" personen⁶, is discussie gaande over of cliënten met psychiatrische aandoeningen wel of geen toegang moeten krijgen tot de Wet langdurige zorg en is een wetsvoorstel "Verplichte GGZ" in voorbereiding, dat ondermeer gevolgen heeft voor de toepassing van dwangopname in de GGZ. In het kader van deze duiding kunnen wij niet uitgebreid op al deze ontwikkelingen in gaan. Desalniettemin zijn deze ontwikkelingen wel belangrijk om een passend aanbod voor cliënten te realiseren in de gehele keten van zorg van Wmo en Zvw.

Onze duiding richt zich op:

1. het verhelderen van de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf in de Zorgverzekeringswet voor cliënten met psychische stoornissen; wij geven in deze duiding inzicht in de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Deze criteria sluiten aan bij wat behandelaren en cliënten goede zorg vinden. De duiding biedt een inhoudelijk kader voor de individuele weging over de medische noodzaak van opname die door de behandelaar, waar mogelijk in samenspraak met de cliënt en diens naasten plaatsvindt.
2. het verhelderen van de afbakening met andere domeinen, waaronder met beschermd wonen in de Wmo 2015 voor cliënten met psychische problematiek;
3. wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten met een psychische stoornis alleen dan worden opgenomen wanneer dit daadwerkelijk kan bijdragen aan hun veiligheid en herstel.

Deze duiding beoogt een bouwsteen te zijn in het traject van passende zorg.

1.2 Aanpak en vraagstelling

Het is geen eenvoudig traject gebleken om tot de uiteindelijke duiding te komen. Wij zijn in 2014 begonnen met het laten doen van onderzoek door Tangram Zorgadviseurs naar medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Het onderzoeksrapport: "Medisch noodzakelijke opname in de GGZ. Over behandeling, verblijf, wonen en werken"⁷ is opgenomen als bijlage 1 bij dit rapport.

Tangram heeft tijdens zijn onderzoek ter inhoudelijke ondersteuning een klankbordgroep ingesteld met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren.⁸ De klankbordgroep heeft bij de start van het onderzoek met Tangram de aanpak en methodiek van het onderzoek besproken.

⁵ Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013, ondertekend door GGZ-Nederland, Landelijk Platform GGZ, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, landelijke vereniging Georganiseerde eerstelijns, Landelijke vereniging van eerstelijnspsychologen, Meer GGZ, Nederlandse vereniging van vrijgevestigde psychologen en Psychotherapeuten en VWS op 18 juni 2012. Het akkoord is op 16 juni 2013 verlengd tot en met 2017.

⁶ Er werd een "aanjaagteam verwarde personen" samengesteld, met de opdracht ervoor te zorgen dat gemeenten in 2016 een sluitende en duurzame aanpak hebben in de zorg en opvang van verwarde personen en dat de belemmeringen op systeemniveau in kaart zijn gebracht en opgelost. Zie brief "Aanjaagteam verwarde personen" van de minister van VWS aan de TK, 3 september 2015, nr. 824278-140428 CZ. Inmiddels is dit team opgevolgd door het Schakelteam.

⁷ Tangram zorgadviseurs, 17 februari 2015

⁸ De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van GGZ Nederland, de RIBW-alliantie, NVvP, NIP, V&VN en LPGGZ.

Tevens heeft de klankbordgroep het eerste concept van de onderzoeksrapportage becommentarieerd.

Vervolgens hebben wij op 21 april 2015 een invitationeel georganiseerd, waar de uitkomsten van het definitieve onderzoeksrapport met de stakeholders in de GGZ (vertegenwoordigers van de koepelorganisaties van cliënten, zorgaanbieders, professionals en zorgverzekeraars) gezamenlijk zijn besproken.

Een deel van het conceptrapport, namelijk het hoofdstuk over de duiding van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ en de afbakening met GGZ-verblijf in andere wettelijke domeinen, is voorafgaande aan de bestuurlijke consultatie, ter informele raadpleging aan partijen voorgelegd. Op 5 april 2016 is de conceptduiding voor bestuurlijke consultatie aan partijen toegezonden.

Vervolgens hebben, na advisering door de Adviescommissie Pakket (zie volgende paragraaf) nog besprekingen plaats gevonden over de gevolgen van deze duiding voor de uitvoeringspraktijk met ZN, GGZ-N en NZa. Aansluitend heeft overleg plaatsgevonden onder regie van VWS met GGZ-N, ZN en het Zorginstituut. Deze bespreking was erop gericht om te komen tot afspraken op de grens tussen Zvw en Wmo, daar waar gemeentelijke voorzieningen zoals huisvesting en beschermd wonen achterblijven, met gevolgen voor het beroep op de Zvw.

1.3 Adviescommissie Pakket

Vanwege de vele maatschappelijke aspecten aan deze duiding, is deze besproken in de vergadering van onze Adviescommissie Pakket van 27 mei 2016. De bevindingen van de ACP en de wijze waarop wij daarmee zijn omgegaan beschrijven wij in hoofdstuk 6.

1.4 Evaluatie

In de praktijk kunnen altijd vragen ontstaan, waarop deze duiding nog geen antwoord geeft. Daarom zullen we na de publicatie van dit rapport, deze duiding evalueren. Meer specifiek zullen we nagaan in hoeverre de afbakening tussen beschermd wonen binnen de Wmo 2015 en een opname in de GGZ in verband met een medische noodzaak voldoende houvast geeft, of dat er nog afbakeningsvraagstukken bestaan die verhelderd moeten worden. De bovengenoemde evaluatie zal uitgevoerd worden om het gepast gebruik van zorg voor mensen met psychische stoornissen te bevorderen. De evaluatie zal aanbesteed worden aan een externe partij. Deze partij zal in gesprek treden met de beroepsgroep en/of andere betrokken partijen. Het evaluatierapport zal openbaar zijn voor alle belangstellenden en gepubliceerd worden op www.zorginstituutnederland.nl.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan wij in op het door Tangram Zorgadviseurs verrichte onderzoek en de resultaten ervan. Vervolgens beschrijven wij in hoofdstuk 3 de opvattingen van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en professionals over wat goede zorg is voor cliënten met een psychische stoornis en hoe deze opvattingen zich verhouden tot de onderzoeksresultaten. We gaan in dat hoofdstuk ook in op de diverse (verbeter)trajecten die gaande zijn rondom (verblijfs)zorg in de GGZ. In hoofdstuk 4 geven wij, na een beschrijving van het toepasselijke wettelijke kader, een duiding van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ en verhelderen wij de afbakening met GGZ verblijf in andere wettelijke domeinen, waaronder met beschermd wonen. In hoofdstuk 5 geven wij de consequenties weer van dit standpunt voor de uitvoerende partijen. In hoofdstuk 6 volgt een samenvatting van de bestuurlijke reacties van partijen en de bevindingen van de

ACP en hoe het Zorginstituut daarmee is omgegaan. In hoofdstuk 7 doen wij een aantal aanbevelingen, gericht op de ontwikkeling van de kwaliteit en gepast gebruik van (verblijfs)zorg in de GGZ.

2 Het onderzoek

Ten behoeve van de duiding hebben wij Tangram de opdracht gegeven onderzoek te verrichten naar medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ voor volwassen cliënten. Het doel van het onderzoek was gegevens te verzamelen die inzicht kunnen bieden in de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ in wetenschappelijke literatuur en richtlijnen. Daarnaast wilden wij inzicht krijgen in de criteria die in de praktijk door de beroepsbeoefenaren worden toegepast bij de afweging of, en zo ja hoe lang, een cliënt moet worden opgenomen. Tevens wilden wij met het onderzoek informatie verzamelen om te kunnen verhelderen waar de grens ligt tussen behandeling met medisch noodzakelijk opname in de geneeskundige GGZ (Zvw) en beschermd wonen in de Wmo 2015.

Tangram heeft een literatuur- en richtlijnenonderzoek verricht naar de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf en daarnaast een praktijkonderzoek uitgevoerd, waarbij ruim 50 professionals van verschillende soorten GGZ-instellingen zijn geïnterviewd over de dagelijkse praktijk van opname. Daarnaast hebben de onderzoekers gesproken met vertegenwoordigers van brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, verzekeraars, kennisorganisaties en deskundigen op het gebied van de GGZ.

In onderstaande paragrafen geven wij de onderzoeksresultaten uit het rapport weer. Het volledige rapport is opgenomen als bijlage 1.

2.1 Medisch noodzakelijk verblijf in richtlijnen en literatuur

Uit de bestudeerde (multidisciplinaire) Nederlandse GGZ-richtlijnen blijkt dat het *voorkomen van opname* het uitgangspunt is. Daarbij wordt gewezen op het risico van een traumatiserend of contraproductief effect van opname voor de cliënt met een psychische stoornis.

De richtlijnen bevelen veelal het principe van "stepped care" (de cliënt krijgt in eerste instantie de minst intensieve zorg met het hoogst haalbare behandeldoel aangeboden) of "matched care" (direct wordt gekozen voor een meer intensieve aanpak als de verwachting is dat dit sneller tot het gewenste resultaat leidt) aan. Klinische opname wordt vrijwel altijd gezien als een "ultimum remedium", een laatste redmiddel wanneer een ambulante vorm van behandeling niet werkt of niet het gewenste effect geeft.

2.1.1 *Criteria in richtlijnen*

De GGZ-richtlijnen bevatten een aantal situaties waarin klinische opname wel wordt aanbevolen. Deze zijn door Tangram in vier groepen "criteria" ondergebracht:

- Nadere diagnostiek: opname wordt aanbevolen als het niet mogelijk is ambulant een adequate diagnose te stellen. Bijvoorbeeld omdat daarvoor 24-uursobservatie nodig is of omdat de cliënt, om diagnostiek mogelijk te maken, eerst tot rust moet komen.
- Instellen van medicatie: Bij sommige medicijnen, voor bijvoorbeeld depressie, psychotische - en bipolaire stoornissen kunnen dusdanige bijwerkingen optreden dat voor het instellen ervan wordt aanbevolen de cliënt in een klinische setting op te nemen.
- De effectiviteit van behandeling met klinisch verblijf: In bepaalde gevallen

geven de richtlijnen aan dat behandeling met klinische opname effectiever is dan ambulante behandeling. Bijvoorbeeld wanneer de behandeling moet plaatsvinden in een gecontroleerde omgeving met continu toezicht en zorg, of als een cliënt uit zijn omgeving moet worden gehaald omdat die omgeving het ongewenste gedrag in stand houdt, of aanmoedigt.

- Gevaar: Het gevaarcriterium (gevaar voor de cliënt of de omgeving) is in de richtlijnen een belangrijke reden voor opname. Voorbeelden zijn gevaar vanwege een eetstoornis met ernstige, levensbedreigende somatische problematiek, of de detoxificatie van verslaafden. Voor gedwongen opname op grond van de wet BOPZ is een causaal verband tussen een (vermoedelijke) psychiatrische stoornis en gevaar, tezamen met het ontbreken van alternatieven om het gevaar af te wenden, het leidende criterium.

2.1.2 *Geen criteria voor opnameduur en ontslag*

Geen enkele richtlijn biedt criteria of aanwijzingen voor de benodigde opnameduur. Ook geven de richtlijnen geen criteria (of randvoorwaarden) voor ontslag van een cliënt die klinisch is opgenomen. Instrumenten op basis waarvan een behandelaar zijn besluit tot opname of ontslag kan onderbouwen, ontbreken.

2.1.3 *Internationale GGZ-richtlijnen*

Uit een vergelijking van de Nederlandse met een aantal internationale GGZ-richtlijnen blijkt dat ook in de internationale richtlijnen het uitgangspunt is dat opname in beginsel dient te worden voorkomen. De opnamecriteria komen in grote lijnen overeen met de Nederlandse GGZ-richtlijnen. Voor de opnameduur en het ontslag zijn ook in de internationale richtlijnen geen criteria beschikbaar.

2.1.4 *Literatuuronderzoek*

In de (internationale) literatuur wordt ook gewezen op het belang om opname van cliënten te voorkomen en patiënten ambulant te behandelen. Criteria voor opnameduur en ontslag worden in de literatuur niet gegeven.

De studies naar het voorkomen of verminderen van langdurige opnames wijzen veelal op het belang van een geïntegreerde aanpak, waarbij – naast het toepassen van evidence based behandelmethoden – de nadruk ligt op het leren omgaan met de beperkingen, sociale inclusie, dagbesteding, werk, en wonen. Daarbij is van belang dat er adequate alternatieven voor opname beschikbaar zijn (zoals behandeling/begeleiding door FACT-teams of IHT-teams) en dat cliënt zelf en zijn omgeving actief bij de behandeling worden betrokken.

2.2 **Medisch noodzakelijk verblijf in de praktijk**

Hieronder volgen de bevindingen die Tangram heeft gedaan ten aanzien van de weging van medisch noodzakelijk verblijf in de praktijk.

2.2.1 *Richtlijncriteria worden gevolgd...*

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat behandelaren/professionals het uitgangspunt onderschrijven dat ambulant behandelen de voorkeur verdient boven opname.

Bij de beslissing of een cliënt met een psychische stoornis klinisch wordt opgenomen gaan zij in principe wel uit van de criteria zoals opgenomen in de relevante GGZ-richtlijnen. De nadruk ligt, afhankelijk van het type instelling en de soort opname, meer of minder op bepaalde van deze criteria. Zo speelt bij crisisopnames op PAAZ of geïntegreerde GGZ-instellingen het gevaarcriterium een relatief grote rol in de afweging. Bij geplande opnames in deze instellingen ligt het zwaartepunt meer bij nadere diagnostiek, instellen van medicatie en klinische effectiviteit.

De afweging die de professionals maken is daarbij altijd gericht op de individuele

cliënt. Hoewel zij steeds uitgaan van dezelfde (richtlijn)criteria 'gevaar, diagnostiek, instellen medicatie en klinische effectiviteit', kan de afweging, afhankelijk van de omstandigheden van de cliënt, tot een andere uitkomst leiden.

2.2.2

...maar de beslissing hangt af van meer factoren

Uit het praktijkonderzoek is tevens naar voren gekomen dat de professionals, ongeacht het type instelling waarvoor zij werkzaam zijn, hun beslissing of een cliënt als dan niet voor behandeling moet worden opgenomen niet uitsluitend maken op basis van (medisch-inhoudelijke) richtlijncriteria. Het besluit of een cliënt wordt opgenomen blijkt, aldus de onderzoekers, in de praktijk veel meer gebaseerd op een complex van factoren, waarvan de richtlijnen "slechts" een onderdeel zijn. De onderzoekers hebben die factoren geclusterd in vier groepen (benoemd als "kenmerken")

- Kenmerken van de cliënt en zijn of haar directe omgeving

Hieronder vallen kenmerken als:

- De voorgeschiedenis van de cliënt (eerdere opname voorspelt volgende opname)
- De ernst van de symptomen, inclusief eventuele verslaving, verstandelijke beperking en overige comorbiditeit;
- Het gevaar voor zichzelf of anderen;
- De motivatie van de cliënt voor ambulante of klinische behandeling;
- De beschikbaarheid van een sociaal netwerk;
- De veerkracht van familie of naasten in de omgang met de cliënt;
- Het hebben van eigen huisvesting.

- Kenmerken van de GGZ in het woongebied van de cliënt

Hierbij gaat het om kenmerken als:

- Het aantal en de beschikbaarheid van open en gesloten bedden in de regio: het beschikbaar zijn van bedden dwingt niet tot het zoeken naar alternatieven;
- De capaciteit en de te leveren kwaliteit van de extramurale zorg: de inzetbaarheid en capaciteit van FACT team, IHT-team, opnamevervangende dagbehandeling en dergelijke;
- De mogelijkheid van een tijdelijke plaatsing in een beschermende woonomgeving
- Het hebben van een ambulante behandelteam en/of andere betrokken professionals;
- De inhoud van richtlijnen en protocollen; de medische noodzaak tot klinische behandeling volgens de richtlijnen en het te verwachten resultaat;
- Eventueel gemaakte afspraken in het kader van een Bed op recept;
- Mate van geneigdheid van behandelaren om alternatieve oplossingen te zoeken en de druk van naasten/anderen om de patiënt te laten opnemen te weerstaan; een opname is soms de weg van de minste weerstand;
- De ervaring van de psychiater en zijn persoonlijke werkwijze, evenals gebruiken in de regio.

- Kenmerken van de omgeving, straat of woonwijk van de cliënt

Voorbeelden hiervan zijn:

- De mate waarin burens en straat overlast ervaren;
- De wens/druk van de omgeving dat de cliënt wordt opgenomen.

- Kenmerken van de regelgeving en de heersende normen en waarden

Hierbij gaat het om:

- De wetgeving rond dwangopname

- De heersende opvattingen onder behandelaren, psychiaters, politie, advocaten en rechters over het recht op autonomie van de cliënt en de plicht tot goed hulpverlenerschap.
- De zorg van de behandelaar om later te worden aangesproken door management, IGZ etc. als hij niet tot opname heeft geadviseerd en de cliënt zichzelf of anderen vervolgens iets aandoet.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de ondervraagde professionals het moeilijk vonden een rangorde aan te brengen in de genoemde kenmerken, dat wil zeggen dat zij niet goed konden aangeven welke kenmerken in het algemeen zwaar of minder zwaar wegen bij hun besluitvorming. De uitkomst is zeer afhankelijk van de concrete situatie van de cliënt.

De onderzoekers koppelen daaraan de conclusie dat de in het onderzoek genoemde kenmerken slechts kunnen worden gezien als een complex van factoren dat het beleid voor opname in de praktijk beïnvloedt. De individuele situatie van de cliënt bepaalt uiteindelijk welk(e) kenmerk(en) doorslaggevend is (zijn) bij de afweging om wel of niet tot opname over te gaan.

2.2.3

Opnameduur en ontslag: adequate aansluitende voorzieningen zijn knelpunt

De beslissing over de opnameduur en wanneer een cliënt kan worden ontslagen variëren in de praktijk sterk. Behalve de hierboven genoemde factoren die van invloed kunnen zijn op de opnameduur, is de duur van het verblijf afhankelijk van het doel dat men met de opname wil bereiken en met de gebruikelijke werkwijze van de instelling. Belangrijke criteria die een rol spelen bij de vraag of een cliënt kan worden ontslagen zijn het afronden van de beoogde diagnostiek, het bereiken van het gestelde behandeldoel, het eigen verzoek van cliënt (bij niet gedwongen opname) en de mogelijkheid tot uitstroom naar een gepaste vervolgvoorziening of woonomgeving.

Als belangrijk knelpunt voor ontslag wordt aangegeven het ontbreken van aansluitende voorzieningen (beschermd wonen of zelfstandige huisvesting). Een substantieel deel van de langer opgenomen cliënten verblijft wacht op een geschikte vervolgplek. Soms bestaan wachtlijsten van enkele jaren voor voorzieningen voor beschermd wonen of voor sociale huurwoningen.

Daarnaast speelt de beperkte ambulante behandelcapaciteit in bepaalde regio's een belangrijke rol.

2.2.4

Variatie in de besluitvormingsprocedures: verschillen per instelling en regio

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat er een grote variatie bestaat in de wijze waarop een beslissing om een cliënt op te nemen in de praktijk tot stand komt. De methode van werken verschilt niet alleen tussen de typen instellingen, maar daarbinnen ook per instelling. Die werkwijze hangt sterk af van het soort opname (crisis of gepland, open of gesloten), de situatie van de cliënt en de gebruiken in de regio. De onderzoekers geven aan dat in het algemeen kan worden opgemerkt dat:

- De keuze voor het al dan niet klinisch behandelen in de praktijk wordt genomen door de GGZ-hoofdbehandelaar, verpleegkundigen van een FACT-team of een crisisdienst, of de opnamecoördinator van een afdeling. Formeel is er altijd een psychiater of klinisch-psycholoog bij de opname betrokken.

- Bij de beslissing tot (verdere) opname of ontslag doorgaans het multidisciplinair overleg (MDO) wordt betrokken. Bij crisisopnames zal dit doorgaans niet zo zijn, omdat de tijd hiervoor ontbreekt, maar bij het maken van een keuze voor vervolgonpame of ontslag gebeurt dit veelal wel.
- De praktijk geen vaste meet- of triage-instrumenten hanteert die de besluitvorming rond opname ondersteunt.

Ook wordt duidelijk dat er verschillen bestaan in het opname- en ontslagbeleid van de geïnterviewde instellingen. Sommige instellingen maken, bij geplande opnames, gebruik van gestructureerde zorgprogramma's met een duidelijk behandeldoel en een van te voren vastgestelde ontslagdatum. Andere instellingen hebben dit soort programma's niet. Het ontslagbeleid is daar vaak vager.

Bij crisisopnames zijn er instellingen die uitsluitend tot doel hebben de crisis te beheersen, waarna zij de cliënt direct laten terugkeren naar zijn woonomgeving (zo nodig met ambulante behandeling). Andere instellingen hanteren een model, waar de cliënt na de crisis intramuraal, op een andere klinische afdeling, ook verder werkt aan symptomatisch en functioneel herstel. Een aantal van de geïnterviewde instellingen gaf aan dat sinds het gebruik van gestructureerde zorgprogramma's met een duidelijk behandeldoel en een vaste ontslagdatum, de opnameduur aanzienlijk is bekort.

2.2.5

Ander beeld bij instellingen voor verslavingszorg

De onderzoekers constateren dat de in het kader van het praktijkonderzoek bezochte instellingen voor verslavingzorg afwijken van het bovenstaande beeld. Deze instellingen hanteren doorgaans wel een uniforme procedure, waarbij in een gestructureerd proces de indicatie voor opname wordt gesteld door een verslavingsarts of psychiater, of door een centraal overleg (CIO) waaraan een verslavingsarts, een SPV en een klinisch psycholoog deelnemen. De criteria voor klinische opname zoals genoemd in de richtlijnen voor verslavingszorg worden daarbij gevolgd. In de nieuw ontwikkelde richtlijnen wordt het belang van het gebruik van gestandaardiseerde screening- en assesment-instrumenten voor het bepalen van zorgzwaarte en zorgtoewijzing benadrukt. De bezochte instellingen hanteren hiervoor alle de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie). De behandeling is opgebouwd rond zorgpaden. Deze zorgpaden kennen verschillende zorgprogramma's afhankelijk van de zelfstandigheid van de cliënt.

2.3

Beschermd wonen

Naast het onderzoek naar de praktijkcriteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ is tijdens het onderzoek de vraag gesteld welke criteria in de GGZ-uitvoeringspraktijk worden gehanteerd om een cliënt met een psychische stoornis op te nemen in een setting voor beschermd wonen. Beschermd wonen kan plaatsvinden in een RIBW, maar wordt ook wel aangeboden door andere instellingen, waaronder geïntegreerde instellingen, verpleeghuizen, verslavingsklinieken en instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.

De onderzoekers geven aan dat de criteria die in de uitvoeringspraktijk worden gehanteerd voor ambulante behandeling in een beschermde woonomgeving liggen in de actuele status van de psychische stoornis en het functioneren van de cliënt. De psychische stoornis moet dusdanig onder controle zijn dat zij in staat zijn om redelijk te functioneren binnen een groep, aan een dagprogramma kunnen deelnemen en geen gevaar vormen voor de omgeving. Behandeling voor de stoornis kan ambulant (veelal vanuit de gespecialiseerde GGZ) worden gegeven, onder voorwaarde van begeleiding in een beschermende setting. Die begeleiding/omgeving is voorbereid op het omgaan met gedragsproblematiek en

biedt de structuur waarin de cliënten kunnen werken aan hun vaardigheden om op termijn (weer) zelfstandig te kunnen wonen. Er bestaat een nauwe samenwerking tussen de behandelaren en de begeleiding in de beschermd wonen-setting. Soms wordt de gespecialiseerde ambulante behandeling gedaan door FACT-teams, die dan ook participeren in het multidisciplinair overleg van de beschermd wonen-setting. Het merendeel van de cliënten in beschermd wonen is afkomstig uit de intramurale geneeskundige GGZ (Zvw) en uit de instellingen voor maatschappelijke opvang.

Tot 2015 was een AWBZ-indicatie nodig voor beschermd wonen in de GGZ, die werd afgegeven door het CIZ⁹. De criteria die het CIZ hanteerde voor toewijzing van een indicatie waren vastgelegd in beleidsregels.

De verantwoordelijkheid voor het treffen van een maatwerkvoorziening in de vorm van beschermd wonen voor cliënten met een psychische stoornis is per 1 januari 2015 overgegaan naar de gemeenten.

2.4 Samenvatting onderzoek Tangram

In het kader van het onderzoek naar de criteria voor noodzakelijk verblijf zijn zowel Nederlandse als internationale (multidisciplinaire) richtlijnen en literatuur bestudeerd. Uit het verrichte onderzoek blijkt dat zowel in de richtlijnen als in de relevante literatuur het *voorkómen* van opname het uitgangspunt vormt bij de behandeling van psychische stoornissen. Ambulante behandeling heeft de voorkeur, als dit mogelijk is.

De (internationale) GGZ-richtlijnen bevatten criteria voor (klinische) opname. De onderzoekers hebben deze criteria geclusterd in vier groepen, namelijk diagnosestelling, het instellen van medicatie, het klinisch effect van de behandeling en gevaar.

In de richtlijnen ontbreken aanbevelingen voor opnameduur en ontslag. In de literatuur zijn evenmin criteria voor opnameduur en ontslag te vinden.

In de uitvoeringspraktijk wordt de vraag of een cliënt voor de behandeling van zijn psychische stoornis wordt opgenomen bepaald door een complex van factoren. Deze zijn in het onderzoek beschreven als 'kenmerken van de cliënt en zijn of haar directe omgeving', 'kenmerken van de GGZ in het woongebied van de cliënt', 'kenmerken van de omgeving, straat of woonwijk van de cliënt' en de 'kenmerken van de regelgeving en de heersende normen en waarden'. De richtlijncriteria worden in principe gevolgd, maar vormen slechts een onderdeel van dit complex. Soms spelen ook niet-inhoudelijke criteria een rol bij de afweging, zoals de druk van de omgeving of de angst voor aansprakelijkstelling ingeval van suïcide na niet opnemen.

De besluitvorming over opname, opnameduur en ontslag kent in de praktijk een grote variatie, waarbij maar weinig onderbouwing in protocollen en richtlijnen beschikbaar is voor de gemaakte keuzes. De professionals hanteren geen eenduidige meet- of beslisinstrumenten bij de besluitvorming.

Het ontbreken van adequate ambulant GGZ-aanbod of aansluitende voorzieningen (beschermd wonen, sociale huisvesting) in de regio wordt als groot knelpunt ervaren voor ambulante behandeling of ontslag uit de instelling.

⁹ Het Centrum Indicatiestelling Zorg, dat hiervoor toetste aan de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2014 (VWS), nader uitgewerkt in de CIZ-indicatiewijzer 2014.

Uit het onderzoek blijkt ten slotte dat de beoordeling of ambulante behandeling in een beschermende woonomgeving mogelijk is, gebeurt aan de hand van de actuele status van de psychische stoornis en het functioneren van de cliënt. Behandelaren geven aan dat het veelal gaat om cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), waarbij de stoornis zodanig onder controle is dat zij, met begeleiding kunnen functioneren in een groep, een dagprogramma kunnen volgen en geen gevaar vormen voor de omgeving.

3 Verbleef als onderdeel van goede zorg

De cliëntengroep die te maken krijgt met een psychische stoornis is heterogeen. Er is een grote verscheidenheid in leeftijd, achtergrond, problematiek, levensloop en sociaal (maatschappelijke) omstandigheden¹⁰. Daarnaast zijn er verschillende soorten psychische stoornissen en daarmee gepaarde ziektebeelden. De zorg/ondersteuningsbehoefte van cliënten met een psychische stoornis is dan ook divers en kan – afhankelijk van de omstandigheden – meer of minder intensief zijn: van een redelijk stabiele situatie waar ambulante begeleiding volstaat, tot periodes van crises en terugval, waarbij intensieve behandeling noodzakelijk is. Medisch noodzakelijk verblijf (klinische opname) kan op enig moment een onderdeel uitmaken van de benodigde zorg.

In dit hoofdstuk beschrijven wij eerst, in paragraaf 3.1, wanneer volgens de cliëntenorganisaties, aanbieders en professionals, sprake is van goede zorg aan cliënten in de GGZ. Het gaat dan dus om de "ideale", gewenste situatie. Wij hebben hierbij gebruik gemaakt van diverse documenten en visiestukken van – of mede opgesteld door – deze organisaties. Door middel van voetnoten wordt naar deze stukken verwezen. Tevens hebben wij gebruik gemaakt van de inbreng die de stakeholders tijdens de bijeenkomst naar aanleiding van het onderzoek hebben gegeven.

Vervolgens spiegelen wij in paragraaf 3.2 de opvattingen over wat goede zorg is aan de resultaten van het door Tangram verrichte onderzoek naar medisch noodzakelijk verblijf, zoals dat wij dit in hoofdstuk 2 hebben beschreven. Uit deze vergelijking blijkt dat in de uitvoeringspraktijk de uitleg en toepassing van (medisch noodzakelijk) verblijf niet altijd even goed aansluit bij de "gewenste" situatie.

In paragraaf 3.3 gaan wij in op de trajecten die in de GGZ-sector zijn ingezet ter bevordering en verbetering van goede en passende (verblijfs)zorg aan cliënten met een psychische stoornis.

3.1 Wanneer is sprake van goede GGZ?

3.1.1 *Aandacht voor preventie*

Hoe eerder psychische problemen worden onderkend en behandeld, hoe groter de kans op (blijvend) herstel. Waar mogelijk moet worden voorkomen dat psychische problemen of aandoeningen ontstaan. Signalen van (beginnende) psychische problemen of een verslaving moeten in een vroeg stadium worden herkend, bespreekbaar gemaakt en worden aangepakt. Dit vereist (wetenschappelijk) onderzoek naar en implementatie van instrumenten voor preventie en vroegsignalering.¹¹

Preventie in de GGZ vereist niet alleen inzet van de (GGZ-)zorg, maar ook van andere partijen. De psychische problematiek heeft niet zelden zijn oorsprong in de thuissituatie, werk, school, relatie of woonomgeving. Zowel de zorg als het onderwijs, hulpverleners als politie of brandweer, leidinggevenden, het verenigingsleven en andere maatschappelijke sleutelfiguren zouden een rol moeten

¹⁰ "Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de langdurende zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen", GGZ Nederland, maart 2009.

¹¹ "Manifest Betere Geestelijke gezondheid", 2016, van GGZ Nederland, Federatie opvang, Ineen, LHV, RIBW-alliantie, P3NL, V&VN, LVVP en MeerGGZ.

hebben in het tijdig signaleren van mogelijke psychische problemen. Risicogroepen moeten in beeld worden gebracht (selectieve preventie). Zorgverzekeraars en gemeenten hebben hier samen een verantwoordelijkheid¹².

Als mensen al in zorg zijn kan bij preventie worden gedacht aan het tijdig signaleren van overbelasting van de mantelzorg/het steunsysteem van een cliënt, waardoor – bijvoorbeeld door de tijdige inzet van ondersteuning of respijtzorg - crisissituaties en/of opname van die cliënt kan worden voorkomen. Ook het terugdringen van separaties en het aantal suïcides vereist investeren in goede behandeling en preventie.

3.1.2 *Zorg, waar mogelijk gebaseerd op zorgstandaarden*

Een zorg- of kwaliteitsstandaard beschrijft, vanuit het perspectief van de cliënt, de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde patiëntengroep of aandoening minimaal moet voldoen. Naast de inhoud van de zorg wordt in zorgstandaarden ook aandacht besteed aan preventie, de organisatie van de zorg (ketenzorg) en kwaliteitsindicatoren.

Zorgstandaarden kunnen – als basis voor zorgpaden en regionale zorgprogramma's – een bijdrage leveren aan kwalitatief goede en passende zorg. Zij bevorderen dat de zorg die nodig is op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in samenhang aan de cliënt wordt geleverd. Daarnaast kunnen zorgstandaarden bijdragen aan de transparantie van het behandelproces: de cliënt weet wat hij kan verwachten. De zorgstandaarden worden dusdanig opgesteld dat de indicatiestelling, inhoud van de zorg en de organisatie van de zorg aansluiten op de individuele zorgvraag van de cliënt en de fase van haar of zijn ziekteproces¹³.

Zorgstandaarden vormen een uitgangspunt. Dit neemt niet weg dat de individuele beslissing van de behandelaar, waar mogelijk in samenspraak met de cliënt of zijn naasten, doorslaggevend is. In voorkomend geval, als de zorgbehoefte van de cliënt dit vereist, kan worden afgeweken van de standaard, mits dit gemotiveerd gebeurt.

3.1.3 *Zorg volgens het behandelplan, waar mogelijk in overleg met cliënt*

Goede zorg vereist een individueel behandelplan, dat is afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de cliënt en de herstelfase waarin hij of zij verkeert. Het individueel zorgplan heeft als doel de integrale gezondheidstoestand van de cliënt te verbeteren. Er zijn vaak diverse opties voor de behandeling, met elk eigen voor- en nadelen. De waarden en voorkeuren van de cliënt bepalen voor een groot deel welke optie voor een hem het meest passend is. Het is daarom belangrijk dat de cliënt zelf kan meedenken over zijn behandeling, begeleiding of ondersteuning en daarin ook daadwerkelijk zelf keuzes kan maken ("shared decision making"). De cliënt en, waar mogelijk/gewenst, zijn naasten zullen zo veel mogelijk bij het behandelplan moeten worden betrokken. Daarnaast ontstaat goede zorg in een goede relatie tussen cliënt en zijn hulpverleners. Professionaliteit en (het op peil houden van) deskundigheid van de hulpverlener is daarbij essentieel.

De Model GGZ-zorgstandaard van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling onderschrijft het belang dat bij de zorg zo veel mogelijk wordt aangesloten op het perspectief van de cliënt en de familie en dat dit in de zorgstandaarden zichtbaar wordt en wordt geborgd. Ook in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ (zie paragraaf 3.3.1) wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de cliënt en zijn naasten worden betrokken bij de behandeling/het behandelplan.

¹² "Preventie in het zorgstelsel; van goede bedoelingen naar het in praktijk ontwikkelen van resultaten", brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de TK, 25 maart 2016.

¹³ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Model GGZ-zorgstandaard 2.0, juli 2015.

3.1.4 *Aandacht voor sociale- en omgevingsfactoren*

In de GGZ zal de diagnostiek, behandeling, begeleiding en ondersteuning zich behalve op de individuele gezondheidstoestand van de cliënt - ook richten op zijn sociale omstandigheden. Er is een wisselwerking tussen de psychische gesteldheid en de sociale context van de cliënt.¹⁴

De sociale - en omgevingsfactoren waarin een cliënt verkeert (sociale relaties en mantelzorg, toegang tot hulpbronnen en voorzieningen, werk etc.) zijn van grote invloed op het verloop van de ziekte en de behandelmogelijkheden.¹⁵

Deze factoren zullen dan ook een prominente plaats moeten krijgen in het individuele behandelplan.

3.1.5 *Herstelzorg in brede zin*

Cliënten met een (complexe) psychische stoornis hebben niet zelden problemen op meerdere leefgebieden. Behalve de stoornis kunnen problemen bestaan op het gebied van woon- en leefomgeving, werk, onderwijs, inkomen, financiën, het opbouwen en behouden van sociale contacten en relaties (sociaal isolement). Ook stigmatisering of discriminatie op basis van de psychische stoornis kan aan de orde zijn.

Behalve geneeskundig herstel (klinisch herstel) staan in de GGZ functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel centraal.

Klinisch herstel betreft het door behandeling (diagnose, prognose, vaststellen behandelindicatie en instellen therapie) verminderen van symptomen. Idealiter geneest de persoon van zijn ziekte of stoornis. Genezing is in de psychiatrie echter vaak nog niet mogelijk.

Bij functioneel herstel gaat het om het verbeteren van lichamelijk, psychisch en sociaal-cultureel functioneren. Het gaat om het herstellen van de door de aandoening veroorzaakte beperkte of verloren gegane functies, die niet meer met de op de aandoening gerichte therapie kunnen verbeteren. Functioneel herstel is er op gericht het niveau van functioneren te verhogen.

Maatschappelijk herstel betreft het verbeteren van de maatschappelijke positie van de cliënt, hoe hij de voor hem relevante sociale positie (weer) zoveel mogelijk kan herwinnen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om sociale inclusie, het hebben van huisvesting, werk of opleiding of een andere zinvolle dagbesteding en participeren in sociale netwerken (in de psychologie vaak aangeduid als rehabilitatie). Het veronderstelt de-stigmatisering. Programma's voor rehabilitatie in de GGZ omvatten over het algemeen elementen van functioneel en maatschappelijk herstel. Het toepassen van ervaringsdeskundigheid, (methodische) zelfhulp en empowerment maakt ook steeds meer deel uit van maatschappelijk herstel.¹⁶

Persoonlijk herstel gaat om het individuele proces vanuit het perspectief van de cliënt, waar aspecten als het hervinden van regie, het leren leven met de aandoening, zingeving, persoonlijk welzijn en kwaliteit van leven centraal staan. Dit is een voor ieder individu uniek proces en is het minst door interventies te beïnvloeden.

¹⁴ "Richtlijn psychiatrische diagnostiek", Nederlandse vereniging voor psychiatrie, tweede, herziene versie, 2015.

¹⁵ "Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap", Visie op de langdurende zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen", GGZ Nederland, maart 2009.

¹⁶ Handreiking voor inzet van ervaringsdeskundigheid in de GGZ, Trimbos, 2012

Deze vier vormen van herstel omvatten het gehele spectrum van herstel. Respectievelijk de op verbetering van de kwaliteit van leven gerichte zorg. De herstellvormen kunnen niet los van elkaar worden gezien. Zij zijn van elkaar afhankelijk en beïnvloeden elkaar.

Waar nodig vereist goede GGZ dan ook een *geïntegreerde* aanpak. Op dit principe is bijvoorbeeld het FACT-model gebaseerd: geïntegreerde, outreachende en waar nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams, waarbij vanuit deze teams nauw wordt samengewerkt met het netwerk van de cliënt en met voorzieningen op het gebied van zorg, opleiding, werk, huisvesting en dergelijke.

De Model GGZ-zorgstandaard van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ beschrijft op welke wijze herstel, participatie en re-integratie in een zorgstandaard kunnen worden meegenomen¹⁷. Op individueel cliëntniveau zal dit zijn weerslag moeten vinden in het individuele zorgplan van de cliënt.

3.1.6 *Ambulante behandeling als het kan, verblijf alleen als het moet*

In de herstellvisie past dat behandeling ambulant, in de eigen omgeving van de cliënt, moet plaatsvinden als dit kan. Als behandeling intramuraal gebeurt, dus binnen de muren van een instelling, is maatschappelijke inclusie immers minder goed mogelijk. Opname zal in deze visie een soms noodzakelijke, maar liefst zo kort mogelijke episode in het ambulante behandeltraject zijn¹⁸, die moet plaatsvinden op basis van een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen voor de cliënt en zijn omgeving. Onnodige hospitalisatie moet worden voorkomen, daar dit het moreel en welzijn van de cliënt nadelig kan beïnvloeden en stigmatiserend kan werken. Daarnaast is opname meestal duurder dan ambulante behandeling.

Onverminderd het bovenstaande moet ambulante behandeling uiteraard wel een reële optie zijn. Ambulante behandeling is niet in alle gevallen "beter". Er zullen situaties zijn waarbij (al direct) duidelijk is dat ambulante behandeling niet passend is en behandeling met opname het beste aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Ook kan een intensief en langer durend klinisch behandelproject nodig kunnen zijn als ambulante behandeling faalt. Steeds zal de individuele situatie van een cliënt het uitgangspunt moeten zijn bij de weging voor behandeling met opname of ambulante behandeling.

In het Bestuurlijk Akkoord hebben partijen¹⁹ indertijd afgesproken het aantal verblijfsplaatsen in de GGZ terug te brengen, onder gelijktijdige opbouw en uitbouw van het ambulante GGZ-aanbod. Het Trimbos-instituut heeft van de minister van VWS de opdracht gekregen om dit proces van ambulantisering te monitoren en hierover te rapporteren.

3.1.7 *Afspraken over samenwerking in de keten*

Bij de aanpak van de problemen van een cliënt met een (ernstige) psychische stoornis zijn gedurende het gehele ziekteproces, meerdere partijen betrokken. Op het gebied van de directe zorg zal het gaan om o.a. huisartsen, behandelend psychiaters, wijkteams, ambulante behandelteams, verzorgenden, verplegenden, verpleegkundig specialisten, de intramurale GGZ-instelling waar de cliënt wordt opgenomen, de zorgverzekeraar, gemeenten etc. Buiten het domein van de zorg

¹⁷ Model GGZ-standaard 2.0, juli 2015, hoofdstuk 6.

¹⁸ "Over de brug, Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen", Kenniscentrum Phrenos, september 2014.

¹⁹ Met "partijen" bedoelen wij de partijen in de GGZ die dit akkoord hebben ondertekend. Deze partijen vertegenwoordigen het merendeel, maar niet alle zorgaanbieders/beroepsgroepen in de GGZ.

kan het gaan het om o.m. uitkeringsinstanties, schuldhulpverlening, woningbouwverenigingen, politie, justitie.

De hulpvraag van een cliënt met een ernstige psychische stoornis is niet zelden domeinoverstijgend. Zowel de afzonderlijke wettelijke kaders van Zvw, Wmo 2015, Wlz en Participatiewet kunnen (deels) van toepassing zijn op zijn hulpvraag. Daarnaast kan de hulpvraag ook *regio-overschrijdend* zijn. Bijvoorbeeld in de verslavingszorg komt het voor dat het wenselijk is om een cliënt na opname in een GGZ-instelling niet terug te laten keren naar zijn oude woonplaats. Ook kan het voorkomen dat een cliënt na ontslag uit de instelling geen passende huisvesting in de regio van de instelling kan krijgen, maar wel elders. Of hij keert na opname in een andere regio terug naar de regio van zijn eerdere woonplaats. In dat soort gevallen is het wenselijk dat in het zorgaanbod, voor verdere behandeling of begeleiding, aansluiting wordt gezocht met ketenpartners in een andere regio.

Waar verschillende partijen verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de hulpvraag en financiering uit verschillende wettelijke domeinen plaatsvindt, bestaat het risico dat, bij het ontstaan van afbakeningsvraagstukken, geen enkele partij verantwoordelijkheid neemt en de (continuïteit van) zorg voor de cliënt in gevaar komt. Goede zorg voor de cliënt vereist adequate afstemming tussen de partijen, ongeacht de ziektefase, zijn woonplaats of het systeem waarin hij zich bevindt. Om dit te kunnen bereiken is het van belang dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, cliëntenorganisaties, uitkeringsinstanties, politie etc. (regionaal) intensief met elkaar samenwerken. In de zorgstandaarden moeten afspraken over samenwerking in de keten een plaats krijgen.

Samenwerking tussen partijen is in de praktijk, juist gezien de verschillen tussen de verschillende wettelijke stelsels in aard, organisatie, sturingsmechanismen en financiering, echter niet altijd even eenvoudig.

3.1.8 *Effectiviteit, kosteneffectiviteit en opnameduur*

De zorg aan cliënten met een psychische stoornis cliënt, waar mogelijk, te zijn gebaseerd op bewezen effectieve interventies en behandelmethoden. Daarnaast zullen de zorgstandaarden waar mogelijk moeten zijn gebaseerd op kosteneffectiviteitonderzoek, waarvan de afweging tussen klinische versus ambulante GGZ-behandeling ook onderdeel moet uitmaken.

3.2 **Verblijf in de GGZ en de uitgangspunten voor goede zorg**

Wanneer we de opvattingen over goede zorg aan cliënten met een psychische stoornis leggen naast de resultaten van het onderzoek naar de toepassing van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ, zien we dat de wijze waarop in de praktijk de afweging plaatsvindt tussen ambulante behandeling van de psychische stoornis en behandeling met verblijf, niet altijd goed aansluit op die opvattingen en wensen over goede zorg. Wij signaleren hiervoor een aantal redenen, die wij in de volgende subparagrafen toelichten.

3.2.1 *Onvoldoende onderbouwing in richtlijnen en zorgstandaarden*

Zoals uit het Tangram rapport blijkt, hanteren de (multidisciplinaire) GGZ-richtlijnen en de internationale literatuur als uitgangspunt dat ambulante behandeling, waar mogelijk, de voorkeur verdient boven behandeling met een opname. De richtlijnen gaan daarbij uit van stepped en matched care. Verblijf wordt vrijwel altijd gezien als "laatste redmiddel". Waar het gaat om de onderbouwing van die gevallen waarin verblijf *wel* wordt aanbevolen schieten de richtlijnen te kort.

Globale aanbevelingen voor verblijf

Diverse (multidisciplinaire) GGZ-richtlijnen bevatten aanbevelingen voor behandeling met opname. Deze aanbevelingen zijn echter globaal van karakter en vooral gerelateerd aan de (ernst van de) aandoening van de cliënt. Zoals in het Tangram-rapport is geconstateerd, wordt opname globaal aanbevolen in vier situaties: voor (nadere) diagnosestelling, ten behoeve van het (opnieuw) instellen van medicatie, vanwege (mogelijk) gevaar voor de cliënt en/of zijn omgeving, of als behandeling met verblijf effectiever moet worden geacht dan ambulante behandeling.

Onvoldoende onderbouwing voor (kosten)effectiviteit

Goede zorg veronderstelt dat interventies zijn gebaseerd op voldoende bewezen effectieve methoden en adequaat kosteneffectiviteitonderzoek. In diverse GGZ-richtlijnen wordt de *effectiviteit* van een klinische behandeling ten opzichte van ambulante behandeling aangedragen als argument voor opname. Het Zorginstituut heeft al eerder geconstateerd dat naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeling met verblijf versus ambulante behandeling in de GGZ echter nog maar weinig vergelijkend onderzoek is gedaan²⁰. Een van de redenen is dat het doen van goed (methodologisch) onderzoek naar deze aspecten in de GGZ/verslavingszorg in de praktijk vaak lastig blijkt en niet de juiste gegevens oplevert. Dit hangt samen met de specifieke patiëntenpopulatie en het karakter van de (verslavings)zorg.

Geen onderbouwde criteria voor opnameduur en ontslag

Behalve dat GGZ-richtlijnen weinig concreet zijn over opname, bieden ze geen aanbevelingen voor de bepaling van de duur van verblijf en/of de voorwaarden voor ontslag. Het zou de voorkeur verdienen dat richtlijnen voorzien in voldoende evaluatiemomenten, waarop kan worden beoordeeld of, gelet op de situatie van de cliënt, voortzetting van de opname nog is aangewezen, dan wel ambulante behandeling een passend(er) alternatief is. Richtlijnen zijn op deze punten echter nog onvoldoende concreet.

3.2.2 *Praktijkvariatie bij de weging voor verblijf*

De weging van de noodzaak voor verblijf verschilt op het niveau van de individuele zorgaanbieder/instelling. Er is een grote praktijkvariatie. De wijze waarop behandelaars de afweging voor opname of ontslag maken en welke factoren daarbij meer of minder wegen, wordt vrijwel niet ondersteund door zorgstandaarden, protocollen, meet- of triage-instrumenten. De besluitvorming kan daardoor vaak niet transparant worden gemaakt.

3.2.3 *Passende ambulante- en vervolgvoorzieningen niet overal beschikbaar*

Uit het Tangram-onderzoek komt naar voren dat passend ambulant GGZ-behandelaanbod of (andere) alternatieven voor klinische opname niet overal in Nederland voldoende beschikbaar zijn. Dit kan professionals belemmeren om ambulante behandeling of ontslag uit de instelling te adviseren. Wanneer adequaat ambulant behandelingsaanbod, zoals FACT-teams, dagbehandeling, dagbesteding en dergelijke niet beschikbaar/toereikend zijn in de regio van de cliënt, wordt (langere) klinische opname al snel als "medisch noodzakelijk" ervaren. Dit is zorginhoudelijk echter niet altijd de meest passende oplossing voor de cliënt.

²⁰ Zie ook het rapport "Verslavingszorg in beeld- alcohol en drugs", CVZ, 13 oktober 2014

Lida is 49 jaar en bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een dissociatieve stoornis NAO, die is opgenomen in verband met suicidaliteit. Mogelijke uitlokkende factoren zijn pijnklachten ten gevolge van een hernia en slecht contact met haar enige dochter. Haar GAF-score is 50. Lida heeft jarenlang in klinieken verbleven. Vervolgens werd zij in beschermd wonen geplaatst, waar zij zich niet kon handhaven. Pogingen om het beschermd wonen te doen slagen door meer ambulante hulp in te zetten mislukten. De reden daarvan was dat er voor haar problematiek onvoldoende deskundigheid in het wijkteam aanwezig was. De enige optie was steeds heropname in een kliniek. Inmiddels is Lida somber gestemd over de toekomst. Zij krijgt een wanhoopsgevoel door alle draaideuropnames en de uitzichtloze situatie waarin zij zich bevindt. Haar situatie verslechtert in de kliniek alleen maar: zij komt nog maar moeizaam uit bed en heeft zich recent flink geautomutileerd.

Uit de landelijke monitors over de ambulantisering GGZ van het Trimbos-instituut blijkt dat er grote fase- en zorginhoudelijke verschillen zijn in de opbouw van ambulante voorzieningen tussen de diverse regio's. Deze verschillen hebben vaak te maken met historisch gegroeide verschillen in (bedden)capaciteit en zorggebruik. Wat betreft de kwalitatieve ontwikkeling in de (ambulante) GGZ voor cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis is nog een forse impuls nodig. Het gaat dan om het bieden van geïntegreerde zorg, zoals FACT-teams die organiseren, maar ook om de implementatie van herstel-faciliterende zorg en het organiseren van zorg vanuit cliëntperspectief (herstelacademies). Dit soort voorzieningen is vaak domeinoverschrijdend. Voor doorontwikkeling is (regionale) samenwerking nodig tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntorganisaties.²¹ Deze samenwerking komt echter nog niet overal goed van de grond, onder andere vanwege de complexiteit van het huidige zorgstelsel (zie ook 3.2.5). Volgens het Trimbosinstituut is er aanleiding tot zorg, omdat de afbouw van intramurale voorzieningen doorzet, maar de uitbreiding/intensivering van ambulante GGZ-voorzieningen achterblijft.²²

3.2.4

Tekortkomingen in basisvoorzieningen in andere domeinen

Behalve ambulant of alternatief behandelaanbod, werkt het ontbreken of tekortschieten van andere voorzieningen in de keten belemmerend op het ambulant behandelen of (tijdig) ontslag uit klinisch verblijf. Het betreft dan veelal de sociale basisbehoeften van een cliënt (bad, bed en brood). Waar dit soort voorzieningen niet voldoende beschikbaar zijn, komt de gewenste aansluiting tussen opname en een passende vervolgvoorziening niet of maar moeilijk tot stand. Dit kan leiden tot onnodig langere opname.

Veelgenoemde problemen zijn het ontbreken van voldoende betaalbare sociale huurwoningen en de wachtlijsten voor beschermd of begeleid wonen voor mensen met een psychische stoornis. Soms wordt het verkrijgen/huren van huisvesting bemoeilijkt doordat voor bepaalde cliëntgroepen opstapconstructies of extra voorwaarden worden gehanteerd. Of soms zijn bepaalde voorzieningen niet beschikbaar in de regio waar de cliënt zijn woonplaats heeft, waardoor de aansluiting tussen opname en daarna benodigde zorg/behandeling wordt bemoeilijkt.

²¹ Stand van zaken ambulantisering GGZ, analyse Trimbos, 19 november 2015.

²² Zie de Landelijke Monitors Ambulantisering en hervorming langdurige GGZ, Trimbos, 2015 en 2016.

De verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van voldoende plaatsen voor beschermd en/of begeleiding wonen en betaalbare sociale huisvesting ligt op andere wettelijke domeinen dan de Zvw, namelijk bij de gemeenten, en/of woningbouwcorporaties.

Het uitgangspunt van een herstelgerichte en waar nodig geïntegreerde aanpak van de zorg voor cliënten met een psychische aandoening, vereist ook hier dat de partijen, over domeinen en regio's heen, intensief met elkaar samenwerken.

Ook het (tijdig) ontbreken van hulp bij schuldproblematiek, het niet - aansluitend aan het ontslag uit de instelling – beschikbaar zijn van inkomen, een uitkering of (hulp bij vinden van) werk kunnen er aan bijdragen dat een behandelaar besluit een cliënt langer in verblijf te houden dan vanuit medisch-zorginhoudelijke optiek eigenlijk nodig is. Hier gaat het veelal niet om het niet beschikbaar zijn van deze voorzieningen in de desbetreffende domeinen, maar om het tijdig regelen er van. Iedere burger, dus ook cliënten met een psychiatrische aandoening, is in principe zelf verantwoordelijk dit soort voorzieningen (tijdig) aan te vragen of te regelen bij de verantwoordelijke instantie. Cliënten met een psychische stoornis zijn echter niet altijd in staat dit soort voorzieningen zelf – vanuit de instelling – zonder actieve ondersteuning te regelen.

3.2.5

Opeenvolgende wijzigingen in de wet- en regelgeving rondom GGZ-opname

De laatste jaren is de GGZ geconfronteerd met verschillende, elkaar opvolgende wijzigingen in de (bekostiging van) verzekerde zorg, waarbij ook verschuivingen tussen de wettelijke domeinen hebben plaatsgevonden. Deze wijzigingen hebben grote invloed gehad op de intramurale zorg aan cliënten met een psychische stoornis. Per 1 januari 2015 is de langdurige intramurale GGZ voor volwassenen, die daarvoor uit de AWBZ werd verstrekt, onder de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 gekomen.

De verblijfszorg voor volwassen cliënten in de GGZ²³ kan sindsdien - afhankelijk van de situatie en zorgvraag van de cliënt – ten laste van drie wettelijke domeinen komen namelijk klinische opname vanuit de Zvw, beschermd wonen vanuit de Wmo 2015 of voortgezet verblijf vanuit de Wlz. De Zvw en de Wlz zijn zorgverzekeringswetten, op grond waarvan de verzekerde wettelijk vastgelegde en in recht afdwingbare aanspraken heeft, terwijl de Wmo een sociale voorzieningenwet is, waarbij de gemeente - binnen de wettelijke kaders - (beleids)vrijheid heeft in de wijze waarop het beschermd wonen wordt ingevuld.

Door dit stelsel van (langdurige) intramurale GGZ is een ingewikkeld speelveld ontstaan, met veel partijen die elk op verschillende niveaus (gemeentelijk, regionaal of landelijk) en vanuit eigen wettelijke, beleids- en financiële kaders opereren. Daardoor ontstaan (nieuwe) afbakeningsvraagstukken tussen de domeinen. Regionale samenwerking tussen de partijen komt daardoor moeilijk tot stand.

²³ Verblijf voor jeugdigen met psychische problematiek valt onder de Jeugdwet, die – net als de Wmo - door de gemeenten wordt uitgevoerd. De doelgroep jeugdigen valt buiten het bereik van dit rapport.

Met name de afbakening tussen klinische opname in de Zvw en beschermd wonen in de Wmo 2015 is onduidelijk.

Waar de domeinverdeling onduidelijk is, bestaat het risico dat geen enkele instantie zijn verantwoordelijkheid neemt, afwenteling op een ander domein plaatsvindt en/of de cliënten niet de voor hen passende zorg krijgen.

3.3 **Welke verbetertrajecten lopen voor de GGZ?**

In de vorige paragraaf werd een aantal knelpunten duidelijk in het realiseren van passende verblijfszorg aan cliënten met een psychische stoornis.

In de GGZ-sector lopen diverse trajecten die tot doel hebben te komen tot verbetering van de zorg aan cliënten met psychische problematiek. Hieronder benoemen wij – zonder uitputtend te willen zijn – een aantal van deze trajecten. Wij gaan vooral in op de trajecten die (ook) van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en gepast gebruik van verblijfszorg in de GGZ.

3.3.1 *Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ*

In vervolg op Bestuurlijk Akkoord GGZ 2013-2017, hebben patiënten/cliëntenorganisaties en zorgaanbieders in de GGZ²⁴ een agenda opgesteld voor gepast gebruik en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg. Deze agenda beschrijft de onderwerpen die de sector in de komende jaren wil gaan aanpakken om de kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit van de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Belangrijke punten in de agenda zijn:

Versterking van de positie van de cliënt en zijn naasten

Het uitgangspunt is dat de cliënt zo veel mogelijk en op een gelijkwaardige manier in staat wordt gesteld de regie over eigen herstel en leven te (blijven) voeren. Daarvoor zijn zelfmanagement, voldoende informatie en ondersteuning, gepersonaliseerde behandeling en gedeelde besluitvorming tussen cliënt, zijn naasten en de behandelaar (shared decision making) een voorwaarde. De agenda bevat initiatieven om de positie van cliënten op deze punten te versterken, zoals de ontwikkeling van een website voor cliënten met informatie over psychische behandelingen en de effecten ervan, het oprichten van zelfregiecentra en herstelacademies en programma's tegen stigmatisering.

Kwaliteit, gepast gebruik van zorg en meten van effectiviteit

De agenda gaat uit van gepast gebruik van zorg: de cliënt krijgt kwalitatief goede zorg, niet meer, maar ook niet minder dan noodzakelijk. Om dit te kunnen bereiken worden afspraken gemaakt en instrumenten ontwikkeld ten behoeve van het regelmatig meten van de effectiviteit van een behandeling bij een cliënt met behulp van ROM²⁵-gegevens, het formuleren van op- en afschalingscriteria en het toepassen van visitatie en intervisie door zorgverleners.

Daarnaast zet de agenda in op preventie, vroege interventie en nauwe samenwerking tussen de gespecialiseerde GGZ en voorzieningen in de Jeugdwet, Wmo 2015 (maatschappelijke opvang, beschermd wonen, begeleiding), en Zvw (huisartsenzorg, Poh-GGZ, generalistische basis-GGZ) om te zorgen voor een aansluitende keten.

²⁴ Landelijk Platform GGZ, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Het Nederlands Instituut van psychologen/de federatie P3NL, de Landelijke Vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten, InEEn, Verplegenden en Verzorgenden Nederland, Meer GGZ en daarnaast de Landelijke Huisartsen Vereniging.

²⁵ ROM staat voor Routine Outcome Monitoring. Met ROM wordt periodiek de effectiviteit van een behandeling gemeten.

Model- Kwaliteitsstatuut GGZ

De agenda voorziet tevens in de ontwikkeling van een Model Kwaliteitsstatuut op basis van het advies van de Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ (Commissie Meurs)²⁶. Dit "Model Kwaliteitsstatuut GGZ" is inmiddels tot stand gekomen en op 1 april 2016 opgenomen in het Register van het Zorginstituut²⁷.

In het Model Kwaliteitsstatuut GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zvw te kunnen verlenen. Het bevat waarborgen voor de kwaliteit, inclusief doelmatigheid en gepast gebruik, en voor transparantie over de uitkomsten van de zorg.

Het model is met ingang van 1 januari 2017 van kracht voor alle aanbieders van 'geneeskundige GGZ' (generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ binnen de Zvw). Elke GGZ-aanbieder is verplicht om op basis van het Model een eigen kwaliteitsstatuut op te stellen, om te bevorderen dat de aanbieder ervoor zorgt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, aan de cliënt wordt geleverd.

Wetenschappelijke programma's

Om nieuwe en preventieve interventies te onderzoeken op veiligheid en effectiviteit en om de principes van gepersonaliseerde zorg te kunnen ontwikkelen voor psychische aandoeningen, wordt wetenschappelijk onderzoek gestart. Daarnaast voorziet de agenda in onderzoek naar herstel en ontwikkelingsprocessen van patiënten en naar de implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden.

Duurzame en herkenbare bekostiging

De huidige bekostigingssystematiek van de gespecialiseerde GGZ, die is gebaseerd op de tijdsduur van de behandeling, vormt geen prikkel voor gepast gebruik van zorg. De NZA heeft op verzoek van de minister van VWS onderzocht op welke wijze het mogelijk is de bekostigingsstructuur te verbeteren. De NZA heeft o.m. aangegeven dat elementen van de bekostigingsstructuur voor de GGZ in Engeland (het "Engelse model") mogelijk bruikbaar zijn voor verbetering van het systeem in Nederland²⁸. In het Engels model staan de zorgzwaartevraag en de zorginhoud meer centraal bij de bekostiging. De NZA neemt de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur in de gespecialiseerde GGZ volgens elementen van het Engelse model verder ter hand.

3.3.2

Ontwikkeling zorgstandaarden door Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ²⁹ is bezig met de ontwikkeling van een groot aantal nieuwe zorg – en kwaliteitsstandaarden voor de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. Het gaat om 18 zorgstandaarden voor specifieke psychiatrische aandoeningen en 24 generieke modules, die in meerdere zorgstandaarden kunnen worden gebruikt. Het Netwerk werkt bij de ontwikkeling van de zorg- en kwaliteitsstandaarden nauw samen met patiënten en directe naasten, zorgprofessionals en verzekeraars. Het is de bedoeling dat bij elke

²⁶ Deze commissie werd ingesteld om te adviseren over de totstandkoming van een veldnorm voor het Hoofdbehandelaarschap in de GGZ. In het advies "Hoofdbehandelaarschap als noodgreep" van 18 mei 2015 heeft de commissie geadviseerd i.p.v. de term hoofdbehandelaar de term regiebehandelaar te gebruiken en de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar en teamleden vast te leggen in een door de branche, beroeps en patiëntenorganisaties te ontwikkelen kwaliteitsstatuut.

²⁷ Model Kwaliteitsstatuut GGZ, 2016. Dit Model is opgesteld en ondertekend door LPPGGZ, GGZ Nederland, ZN, NVvP, LVVP, NIP, Ineen, MeerGGZ, V&VN en P3NL.

²⁸ "Verkenning doorontwikkeling Productstructuur DB (B) C GGZ/FZ. Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd", NZA, september 2015.

²⁹ Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is in 2013 opgericht door het Landelijk Platform GGZ, het NIP en de NVvP.

multidisciplinaire richtlijn ook de kosteneffectiviteit als onderwerp wordt meegenomen.³⁰ Behalve het opstellen van zorgstandaarden besteedt het Netwerk ook aandacht aan de wijze waarop de implementatie van de opgeleverde zorgstandaarden in de praktijk kan worden gestimuleerd.

Het programma voor het opstellen van de nieuwe GGZ-zorgstandaarden is op eigen verzoek van het Netwerk in oktober 2015 toegevoegd aan de Meerjarenagenda voor Kwaliteitsontwikkeling van Zorginstituut Nederland. Dit betekent dat het Zorginstituut afspraken maakt met het Netwerk over welke zorgstandaarden wanneer moeten zijn opgeleverd. Doordat het Zorginstituut kan helpen bij de realisatie van de afgesproken producten, bijvoorbeeld door partijen te stimuleren, aan te jagen en waar nodig tussen partijen te bemiddelen, kan het ontwikkelingsproces voor de zorgstandaarden worden bevorderd en vergemakkelijkt. Het betekent ook dat in het uiterste geval – wanneer de gemaakte afspraken niet worden nagekomen – het Zorginstituut “doorzettingmacht” kan uitoefenen.³¹ Het Zorginstituut kan dan het initiatief overnemen en zelf een zorg- of kwaliteitstandaard (laten) ontwikkelen.

Er zijn nu geen adequate richtlijnen over de duur van verblijf en criteria voor ontslag. In de zorgstandaarden GGZ die op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut staan, wordt hier wel aandacht aan besteed.

De zorg- en kwaliteitsstandaarden worden in 2017 ter opname in het register aangeboden. De verwachting is dat deze zorg- en kwaliteitsstandaarden, omdat ze de basis vormen voor de totstandkoming van zorgpaden, zorgprogramma’s en ander kwaliteitsproducten, goede en passende (verblijfs)zorg voor de cliënt in de GGZ kunnen ondersteunen.

3.3.3 *Samenwerkingsagenda VNG en ZN*

De Vereniging van Nederlandse gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland hebben het initiatief genomen voor de ontwikkeling van een bestuurlijke samenwerkingsagenda in 2016, met als doel te komen tot een betere samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten bij de realisering van zorg en ondersteuning op maat aan cliënten in de wijk. De agenda richt zich op drie hoofdonderwerpen. Een daarvan is de ontwikkeling van een sterke en sluitende GGZ-keten: vanuit de Wmo 2015 hebben de gemeenten de verantwoordelijkheid om het (beschermd) wonen en de begeleiding in de thuissituatie voor (volwassen) cliënten met een GGZ-achtergrond te regelen, vanuit de Zvw zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het goed inrichten van een generalistische basis GGZ (waaronder huisartsenzorg) en specialistische GGZ (zo nodig met verblijf). De VNG en ZN hebben als doel om samen met andere partijen een sluitende GGZ-keten te bevorderen met oog voor een soepele overgang tussen de stelsels en een continuüm van zorg en ondersteuning.

De andere twee hoofdonderwerpen waarop de agenda zich richt zijn effectief samenwerken in de wijk en het vergroten van de gezamenlijke mogelijkheden voor preventie.³²

3.3.4 *Goede praktijkvoorbeelden*

Wij weten dat in diverse regio's goede praktijkvoorbeelden zijn waarbij partijen, inclusief organisaties op gemeentelijk niveau, werken aan ketenzorg over de

³⁰ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Meerjarenprogramma 2014-2017, 14 februari 2014, p. 21.

³¹ Artikel 66c Zvw.

³² Zie de gezamenlijke brief van ZN en de VNG over deze agenda aan de minister en staatssecretaris van VWS van 19 april 2016, www.vng.nl en www.zn.nl

domeinen heen en aan toegankelijke adequate ambulante zorg. Dit is nog volop in ontwikkeling³³.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg sluit op deze ontwikkelingen aan door het opstellen van een normenkader voor toezicht op ambulante GGZ.³⁴ Hierbij gaat in eerste instantie aandacht uit naar samenwerking binnen netwerken in de zorg rondom thuiswonende patiënten met chronische psychische problematiek. In een later stadium zal Toezicht op het Sociale Domein rondom deze doelgroep worden betrokken. Het Jongeriusoverleg richt zich op het bevorderen van samenwerking van gemeente en zorgverzekeraar in het belang van de cliënt.³⁵

3.3.5

Beschermd wonen

Sinds 1 januari 2015 zijn de gemeenten op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk geworden voor het bieden van voorzieningen voor beschermd wonen aan personen met psychische of psychosociale problematiek. In opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft de Commissie Toekomst Beschermd Wonen op 11 november 2015 advies uitgebracht over een gemeenschappelijke beleidsvisie van gemeenten op het beschermd wonen, de relatie ervan met maatschappelijke opvang en andere gemeentelijke taken en de wijze waarop beschermd wonen moet worden gefinancierd.³⁶

De Commissie benadert het beschermd wonen vanuit het perspectief van burgerschap en sociale inclusie. Het uitgangspunt is dat mensen met psychiatrische en sociaal maatschappelijke problemen zoveel mogelijk in de thuissituatie hun zelfredzaamheid moeten behouden. De commissie adviseert dan ook een spaarzaam gebruik van beschermd wonen. Daarvoor zijn een aantal zaken nodig, zoals snellere beschikbaarheid van passende ondersteuning en voorzieningen in de thuissituatie, goede aansluiting met ambulante behandeling vanuit de Zvw, het oplossen van het tekort aan geschikte en betaalbare wooneenheden waardoor het beschermd wonen stagneert, en het realiseren van meer woonvarianten voor kwetsbare burgers. De commissie geeft aan dat dit onderlinge samenwerking tussen gemeenten op regionaal niveau, maar ook duurzame samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en andere partijen, zoals woningbouwcorporaties vereist.

Om de kwaliteit en vraaggerichtheid van de ondersteuning te borgen adviseert de commissie de totstandkoming van een landelijke kwaliteitsstandaard voor maatschappelijke opvang, waaronder beschermde woonplekken. De commissie onderstreept verder het belang om "de herstelroute open te houden", en de toegang tot de Wlz voor mensen met een verstoorde zelfregulatie zo klein mogelijk te houden. Ten slotte adviseert de commissie om het budget voor beschermd wonen, dat nu op historische gronden onder de 43 centrumgemeenten is verdeeld, over alle gemeenten te verdelen. De VNG deelt het advies in grote lijnen en wil met het Rijk in overleg over de uitvoering van de randvoorwaarden ervan.³⁷

³³ Zie de brief "Maatschappelijke Opvang, Geestelijke gezondheidszorg" van de minister en staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de TK. In deze brief worden een aantal concrete voorbeelden genoemd van lokale en landelijke initiatieven waarbij partijen samenwerken om de ketenzorg aan GGZ-cliënten en verwarde personen te verbeteren.

³⁴ Projectplan Toezicht op ambulante GGZ (TAG), augustus 2016.

³⁵ <http://www.versterkensamenwerking.nl/jongeriusoverleg>

³⁶ "Van beschermd wonen naar een beschermd thuis", Advies Commissie Toekomst Beschermd wonen, o.l.v. Eric Dannenberg, 11 november 2015.

³⁷ Brief van de VNG met reactie op advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen d.d. 17 december 2015, aan de minister van BZK. www.vng.nl

Binnen het ondersteuningsprogramma "Opvang en Bescherming"³⁸ ondersteunt de VNG centrum gemeenten bij het maken van regionale beleidsplannen met betrekking tot beschermd wonen. Ook de aanpak voor het terugdringen van wachttijden voor beschermd wonen maakt daarvan onderdeel uit.

³⁸ www.vng.nl

4 Medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw

In dit hoofdstuk verhelderen wij de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ in de Zvw. Dit doen wij door middel van een duiding (paragraaf 4.3), waarbij wij aangeven op welke vlakken de medische noodzaak voor verblijf kan liggen.

Wij verhelderen tevens wanneer de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het realiseren van het aanbod en wanneer de gemeenten dat zijn. Daarbij gaan we ook in op de afbakening tussen de verschillende wettelijke domeinen (paragraaf 4.5).

Alvorens wij dit doen, geven wij in paragraaf 4.1 het wettelijke kader weer waarmee wij rekening moeten houden bij de invulling van de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ in de Zvw. Ook beschrijven we de andere wettelijke domeinen op grond waarvan cliënten met een psychische stoornis kunnen verblijven (paragraaf 4.2).

In dit hoofdstuk (paragraaf 4.4) gaan we tevens in op het gesignaleerde knelpunt dat opname in een GGZ-instelling langer duurt dan nodig vanwege tekort aan ambulant GGZ-vervolgaanbod of te kort aan vervolgvoorzieningen buiten de Zvw.

4.1 Plaats in het wettelijk kader

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg. De inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties is nader uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

De aanspraak op "verblijf in verband met geneeskundige GGZ" is geregeld in de artikelen 2.12 en 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

4.1.1 *De aanspraak "verblijf in verband met geneeskundige GGZ"*

Op grond van artikel 2.12 Bzv heeft de verzekerde, gedurende een periode van ten hoogste drie jaar³⁹ aanspraak op verblijf in de Zvw, als dit verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 (Bzv). Het gaat bij artikel 2.12 Bzv dus om de "medische noodzaak" van het "verblijf" in samenhang met de "geneeskundige zorg".

De geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Geneeskundige zorg omvat ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zowel de basis- als gespecialiseerde geneeskundige GGZ).

Plegen te bieden

Het begrip "plegen te bieden" van artikel 2.4 Bzv bakent de inhoud en omvang van de te verzekeren geneeskundige zorg af. Het beschrijft het soort zorg dat in het kader van de Zvw kan worden verleend. In de geneeskundige GGZ gaat het om zorg zoals *medisch specialisten* (in dit geval de psychiater) en *klinisch psychologen* die plegen te bieden. Bij verblijf in verband met geneeskundige zorg gaat het om het soort zorg dat de medisch specialist (in dit geval de psychiater) of de klinisch psycholoog in het kader van de geneeskundige behandeling inzet tijdens het verblijf. Achter de zorg binnen deze omschrijving kunnen vele activiteiten, rollen en deskundigheidsniveaus schuilgaan.

³⁹ Artikel 2.12 Bzv spreekt van ten hoogste 1095 dagen.

In de regelgeving wordt beschreven welke zorg ("wat") wordt geleverd, maar niet *wie* deze zorg moet leveren. De regelgeving van de Zvw stelt dus ook niet vast welke professional, op welk niveau beslist over de medische noodzaak van verblijf.

De organisatie van de zorg is aan de zorgverzekeraar, die in overleg met zorgaanbieders/verzekerden besluit welke functionaris (mits bevoegd en bekwaam) ingezet wordt.

In het Kwaliteitsstatuut⁴⁰ wordt de wijze beschreven waarop een GGZ-aanbieder de integrale zorg voor de individuele cliënt heeft georganiseerd, waaronder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken andere zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen.

Multidisciplinair zorgaanbod bij verblijf

Verblijf in de zin van artikel 2.12 Bzv is alleen verzekerd als het gaat om verblijf gedurende het etmaal (minimaal 24 uur)⁴¹. Verblijf in combinatie met geneeskundige GGZ omvat een multidisciplinair zorgaanbod, waarvan – naast eten en drinken, begeleiding en daginvulling – ook verpleging, persoonlijke verzorging, paramedische zorg, medicijnen, verband- en hulpmiddelen deel uit kunnen maken⁴².

4.1.2

Algemeen indicatievereiste: redelijkerwijze aangewezen op

Op grond van artikel 2.1 lid 3 Bzv heeft een cliënt op een vorm van zorg slechts recht "voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen". Of een cliënt redelijkerwijze is aangewezen op een te verzekeren 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.

4.1.3

Beoordeling op basis van zorginhoudelijke criteria

Artikel 14 Zvw regelt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts wordt beoordeeld op basis van *zorginhoudelijke* criteria. Dit betekent dat bij de (individuele) beoordeling of een verzekerde is aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf behalve medisch-inhoudelijke criteria, zo nodig ook andere zorggebonden criteria moeten worden meegewogen.

4.1.4

Stand van de wetenschap en praktijk

Artikel 2 lid 1 Bzv bepaalt dat de vormen van zorg of diensten in de Zvw moeten "voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten". Alleen als is voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk kan sprake zijn van verzekerde zorg in de zin van de Zvw.

Bij de stand van de wetenschap en praktijk gaat het om de effectiviteit van de zorg: leidt het behandelbeleid, gelet op de gunstige en minder gunstige gevolgen, tot een meerwaarde voor de verzekerde?. Voor de effectiviteit moet voldoende bewijs bestaan. Het criterium *stand van de wetenschap en praktijk* geldt voor alle vormen van zorg en diensten genoemd in het Bzv.

⁴⁰ Model Kwaliteitsstatuut.

⁴¹ Zie de begripsbepaling in artikel 1 onder b, Besluit zorgverzekering.

⁴² Zie voor een uitgebreide beschrijving van de inhoud van de verzekerde prestatie het Zvw-kompas, www.zorginstituutnederland.nl

Verblijf in verband met geneeskundige behandeling is als zelfstandige prestatie in het Bzv opgenomen (artikel 2.12 Bzv). Het Zorginstituut beoordeelt bij de toets of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg het geheel (dus: de behandeling én het verblijf) en niet alleen het verblijf. Bij deze beoordeling maakt het Zorginstituut (ondermeer) gebruik van het beoordelingskader dat is ontwikkeld voor invulling van het criterium stand van de wetenschap en praktijk.⁴³

Het gaat bij de beoordeling van de effectiviteit niet om de individuele cliënt, maar om een beoordeling op populatie- en indicatieniveau. Of vormen van zorg of diensten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk is in eerste instantie ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

4.2 **Verblijf in andere wettelijke domeinen**

Behalve de Zvw kan verblijf ook vanuit ander wettelijke domeinen worden geboden aan cliënten met een psychische stoornis. Het gaat om de Wet langdurige zorg, de Wmo 2015 en de forensische zorg. Hieronder geven we een beschrijving van deze wettelijke domeinen.

4.2.1 *Wet langdurige zorg*

Een psychische stoornis geeft op dit moment op zichzelf geen directe toegang tot de Wlz als een integraal pakket aan zorg voor cliënten die blijvend zijn aangewezen op zorg 24 uur in de nabijheid en/of permanent toezicht.⁴⁴

Wel kan er aanspraak bestaan op "voortgezet verblijf" vanuit de Wlz. Als een cliënt de maximale 3 jaren (1095 dagen) geneeskundige GGZ met verblijf uit de Zvw heeft gehad en daarna nog steeds is aangewezen op deze zorg, heeft hij gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar recht op voortzetting van deze zorg ten laste van de Wlz.⁴⁵ Hij heeft daarvoor een indicatiebesluit nodig van het CIZ⁴⁶. Als de cliënt in aanmerking komt voor voortgezet verblijf, geeft het CIZ een indicatiebesluit af in de vorm van een zorgzwaartepakket uit de GGZ-B-reeks.

Na afloop van de drie jaren voortgezet verblijf vanuit de Wlz, vindt een evaluatie plaats. Alleen als het verblijf nog steeds medisch noodzakelijk is voor de geneeskundige GGZ kan de zorg (steeds voor maximaal drie jaar) vanuit de Wlz worden voortgezet. Is het verblijf niet meer medisch noodzakelijk voor de geneeskundige GGZ, dan eindigt de verstrekking vanuit de Wlz. De cliënt verlaat de instelling en gaat naar huis, of bijvoorbeeld naar een beschermd wonen vorm vanuit de Wmo 2015. Hij kan in die nieuwe woonsituatie aanvullend algemene of maatwerkvoorzieningen (zoals begeleiding en dagbesteding) vanuit de Wmo en/of van ambulante GGZ-behandeling vanuit de Zvw aanvragen.

Als binnen 90 dagen na het verlaten van de instelling wederom een medische noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ ontstaat, wordt dit verblijf voortgezet vanuit de Wlz. Ontstaat de medische noodzaak na 90 dagen, dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer voor maximaal drie jaar vergoed vanuit de Zvw.

⁴³ Zie voor het beoordelingskader van het Zorginstituut het rapport: "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk", geactualiseerde versie, januari 2015, www.zorginstituutnederland.nl

⁴⁴ Anders dan onder de AWBZ is een psychiatrische aandoening op zichzelf geen grondslag voor toegang tot de Wlz

⁴⁵ Artikel 3.2.2 Wlz.

⁴⁶ Centrum Indicatiestelling Zorg. Dit bestuursorgaan beoordeelt of een verzekerde toegang heeft tot de Wet Langdurige Zorg en legt dit vast in een indicatiebesluit.

Psychiatrische aandoening en Wlz-grondslag

Een psychiatrische aandoening geeft op zichzelf geen toegang tot de Wlz. Een verstandelijke handicap kan wel directe toegang geven tot de Wlz, als de verzekerde vanwege de beperkingen tengevolge van die grondslag blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Bij de combinatie verstandelijke handicap-psychiatrische aandoening kan het moeilijk zijn om vast te stellen of de (cognitieve) beperkingen die mogelijk leiden tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs toezicht in de nabijheid (merendeels) zijn toe te schrijven aan de verstandelijke handicap (wel toegang tot de Wlz) of aan de psychiatrische aandoening (geen toegang tot de Wlz). Er is sprake van een complex geheel, zodat het op zorginhoudelijke gronden onmogelijk is te spreken over een hoofd- en een bijdiagnose, over onder- of voorliggende oorzaken of over een dominante en een niet-dominante grondslag. Voor dergelijke gevallen heeft het Zorginstituut aangegeven dat bij de beoordeling of de cliënt wel of geen toegang heeft tot de Wlz het blijvendheids criterium doorslaggevend moet zijn en niet zozeer de vermeende dominantie van de VG- of psychiatrische grondslag.⁴⁷

Overgangsrecht

Op grond van overgangsrecht worden volwassen cliënten die op 31 december 2014 op grond van een indicatiebesluit AWBZ zorg ontvingen die behoort tot een GGZ-B pakket en met dit zorgzwaartepakket in een instelling verbleven, gelijk gesteld aan verzekerden die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. De geldigheidsduur van het indicatiebesluit is gesteld op 3 jaar vanaf het moment dat de AWBZ werd ingetrokken.⁴⁸

Advies ZIN over directe toegang tot de Wlz

Omdat over het wel of niet direct toegang bieden aan cliënten met een psychische stoornis tot de Wlz veel discussie bestaat, heeft het Zorginstituut op verzoek van de staatssecretaris van VWS de mogelijke toegang van cliënten met een psychische stoornis tot de Wlz onderzocht. De conclusie van het Zorginstituut is dat van sommige cliënten met een psychische stoornis goed kan worden voorspeld dat zij blijvend zijn aangewezen op 24-uurszorg nabijheid en/of permanent toezicht⁴⁹ en heeft geadviseerd om deze cliënten direct toegang te geven tot de Wlz.⁵⁰ De Minister en staatssecretaris hebben het advies ter kennisgeving aan de Tweede Kamer gestuurd. De Minister heeft de Tweede Kamer laten weten dat zij een uitvoeringstoets wil laten uitvoeren; over de uitkomsten hiervan zal zij de Kamer na de zomer van 2017 informeren.

4.2.2

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015⁵¹ (Wmo 2015) zijn gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor het bieden van maatwerkvoorzieningen voor beschermd wonen en dagbesteding voor cliënten met

⁴⁷ Zie advies van het Zorginstituut aan het CIZ d.d. 30 augustus 2016, te raadplegen via www.zorginstituutnederland.nl

⁴⁸ De volwassen cliënten die op 31 december 2014 vanuit de AWBZ zorg ontvingen op grond van een GGZ-C pakket zijn per 1 januari 2015 overgegaan naar het gemeentelijk domein (Wmo 2015).

⁴⁹ Het gaat dan met name om cliënten die naast een psychische stoornis ook een andere aandoening of beperking hebben of om ziektebeelden waarvan bekend is dat de cliënt steeds meer zorg of toezicht nodig zal hebben, zoals Korsakow of Huntington.

⁵⁰ Advies "Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis", Zorginstituut Nederland, 16 december 2015, www.zorginstituutnederland.nl

⁵¹ Artikel 1. 2.1 onder b en 2.1.2 lid 2 onder g Wmo 2015

een psychische stoornis. De maatschappelijke opvang en de bevordering van de verslavingszorg was voor 1 januari 2015 al een taak van de gemeenten.

Beschermd wonen is in de Wmo 2015 gedefinieerd als: “wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorend toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving”.

De gemeenten hebben, binnen de wettelijke kaders, beleidsvrijheid bij de wijze waarop zij het beschermd wonen invullen en de wijze waarop zij beoordelen of een cliënt in aanmerking komt voor een voorziening voor beschermd wonen. Voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen is ervoor gekozen om te werken met 43 centrumgemeenten, die de regierol vervullen en hiervoor ook middelen ontvangen van het rijk.

Behandeling van de psychische stoornis valt niet onder beschermd wonen in de Wmo. Een cliënt in een beschermd wonen-voorziening kan GGZ-behandeling ambulant ontvangen ten laste van de Zvw.

4.2.3

Forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg voor personen met een psychische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd of bij wie het risico hoog is dat zij (weer) een strafrechtelijk feit zullen begaan. De rechter kan bij het vonnis/de veroordeling een forensische zorgtitel opleggen, bijvoorbeeld opname in een psychiatrische kliniek.

Voor de forensische zorg is een nieuwe wet in voorbereiding, de Wet Forensische zorg.⁵² Totdat die in werking treedt, geldt het Interim besluit forensische Zorg⁵³. Forensische zorg komt ten laste van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

4.2.4

Wet BOPZ

Voor de psychiatrie regelt de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) de voorwaarden waaronder gedwongen opname en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis kan plaatsvinden.

Het doel van gedwongen opname in de Wet BOPZ is het *afwenden van gevaar voor cliënt zelf of zijn omgeving*.

⁵² Het wetsvoorstel is aangenomen door de Tweede Kamer en ligt nu ter behandeling bij de Eerste Kamer (EK 32.398, D) De behandeling daar is opgeschort totdat de Eerste Kamer dit wetsvoorstel in samenhang kan beoordelen met het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (TK 32399) en het wetsvoorstel Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (EK 31.996).

⁵³ Stb. 2010, 875.

“Gevaar voor de cliënt zelf” kan volgens de BOPZ bestaan uit het gevaar dat de betrokkene suïcide zal plegen of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen, het gevaar dat hij maatschappelijk te gronde zal gaan, het gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen, of het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag de agressie van anderen zal oproepen.

“Gevaar voor anderen” kan volgens de wet inhouden dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of ernstig letsel zal toebrengen, het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander of het gevaar dat een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd (bijvoorbeeld een kind) zal verwaarlozen. Het kan ook inhouden gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. De wettelijke opsomming is niet limitatief en wordt door jurisprudentie en aanvullende regelgeving nader ingevuld.

Er moet een relatie zijn tussen het gevaar en “een stoornis van de geestvermogens”. Alleen als het gevaar niet op andere wijze kan worden afgewend, is opname zonder toestemming van de cliënt mogelijk. Gedwongen opname vindt plaats op grond van een inbewaringstelling (bij acuut gevaar) of een rechterlijke machtiging (in andere situaties). Er zijn verschillende soorten rechterlijke machtigingen.

Dwangbehandeling is – alleen tijdens dwangopname en onder voorwaarden – mogelijk, wanneer gevaar voor cliënt zelf of anderen dreigt binnen de instelling van opname, of wanneer de cliënt zonder behandeling onaanvaardbaar lang zou moeten worden opgenomen, terwijl hij met behandeling wel snel de instelling kan verlaten. Er is een wetsvoorstel om de Wet BOPZ te vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg⁵⁴ en de Wet Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.⁵⁵

4.3 Duiding medisch noodzakelijk verblijf

In deze paragraaf duiden wij medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Deze duiding heeft tot doel om inzichtelijk te maken wat als goede zorg wordt aangemerkt, en wanneer verblijf daar onderdeel van uitmaakt. We benadrukken dat de medische noodzaak tot verblijf altijd een individuele afweging is die plaatsvindt tussen behandelaar en cliënt. In deze duiding geven we de kaders aan waarbinnen deze afweging plaatsvindt. Dit standpunt omvat ook eerdere duidingen die het Zorginstituut heeft gedaan op het gebied van verblijf, zoals in de rapporten Geneeskundige GGZ deel 1 en 2⁵⁶, het rapport Verslavingszorg in beeld⁵⁷ en de handreiking Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis.⁵⁸ Daarnaast verduidelijken we het grensvlak van verblijf in de geneeskundige GGZ in de Zvw met andere domeinen.

4.3.1 Duiding bevat het kader, individuele beslissing is doorslaggevend

Wij gaven eerder aan dat een cliënt op grond van de Zvw recht heeft op geneeskundige zorg (al dan niet met verblijf) voor zover hij of zij daarop

⁵⁴ Dit wetsvoorstel is aangenomen door de Tweede Kamer en moet nog door de Eerste Kamer worden goedgekeurd.

⁵⁵ Dit wetsvoorstel is aangenomen door de Tweede Kamer en moet nog door de Eerste Kamer worden goedgekeurd.

⁵⁶ Deze rapporten zijn uitgebracht door CVZ op 6 april 2012 resp. 10 juli 2013, www.zorginstituutnederland.nl

⁵⁷ Verslavingszorg in beeld- alcohol en drugs”, Zorginstituut Nederland, 13 oktober 2014, www.zorginstituutnederland.nl

⁵⁸ De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis. Handreiking voor de praktijk, Zorginstituut Nederland, 17 augustus 2015, www.zorginstituutnederland.nl

redelijkerwijze is aangewezen. Dit “redelijkerwijze aangewezen zijn op” betekent dat de professional, waar mogelijk in samenspraak met de cliënt of zijn naasten, voor het individuele geval moet beoordelen of en in hoeverre verblijf medisch noodzakelijk is voor de geneeskundige behandeling. Hoe verhoudt dit zich met de duiding van medisch noodzakelijk verblijf die wij die hieronder doen?

De duiding die wij in dit rapport geven kan niet worden gezien als een dichotoom beslismodel, of een bindende lijst van criteria. De duiding biedt een belangrijk, inhoudelijk kader voor de afweging over de noodzaak tot opname die plaatsvindt tussen de professional en de cliënt. Deze individuele beslissing blijft altijd het uitgangspunt: hier wordt bepaald waarop deze individuele cliënt redelijkerwijs is aangewezen. De behandelaar moet de beslissing wel kunnen onderbouwen, waar mogelijk aan de hand van de criteria in de richtlijnen. De criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de duiding sluiten aan bij wat behandelaren en cliënten goede zorg vinden.

4.3.2 *(Vermoeden van) een psychische stoornis*

Binnen de geneeskundige GGZ in de Zvw worden psychische *stoornissen*⁵⁹ behandeld. Om in aanmerking te kunnen komen voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige GGZ ten laste van de Zvw, zal bij de cliënt dan ook sprake moeten zijn van een psychische stoornis waarvoor geneeskundige GGZ (in de zin van artikel 2.4 Bzv) noodzakelijk is.

Soms kan een vermoeden van aanwezigheid van een psychische stoornis volstaan voor opname, namelijk als de opname medisch noodzakelijk is in het kader van (nadere) diagnostiek, wat ook onderdeel uitmaakt van geneeskundige GGZ.

4.3.3 *Waar mogelijk beoordeling op basis van richtlijnen, maar afwijken is mogelijk.*

Wij gaven al aan dat een aantal multidisciplinaire GGZ-richtlijnen (globale) criteria aanreiken voor behandeling met opname. Als GGZ-richtlijnen criteria voor behandeling met opname bevatten, ligt het in de rede dat de behandelaar deze criteria betreft bij zijn afweging over opname. Dit neemt niet weg dat hij, gegeven de individuele omstandigheden van zijn cliënt en op basis van zijn professionele oordeel, van de aanbevelingen in een richtlijn over opname kan afwijken. De noodzaak tot verblijf blijft immers altijd een individuele afweging, die plaats vindt tussen behandelaar en de cliënt. Wel zal de behandelaar duidelijk moeten kunnen motiveren waarom hij in een voorkomend geval de richtlijn niet volgt.

4.3.4 *Afweging medisch noodzakelijk verblijf*

Bij het vaststellen van de medische noodzaak van verblijf gaat het feitelijk om een afweging of er, als opname niet zou plaatsvinden, een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies, gegeven de kenmerken van de cliënt en zijn hulpvraag, maar ook gegeven andere omstandigheden, zoals zijn thuissituatie.⁶⁰ Kijkend naar de resultaten van het Tangram-onderzoek concluderen wij dat de afweging over klinische versus ambulante GGZ-behandeling wordt beïnvloed door:

1. de (ernst van de) stoornis(sen) van cliënt en/of zijn sociale context;
2. gebrek aan ambulant GGZ-aanbod;
3. het niet beschikbaar zijn van overige voorzieningen.

⁵⁹ Psychische klachten behoren in eerste instantie thuis bij de huisarts, eventueel in samenwerking met de POH-GGZ.

⁶⁰ Zie ook “verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs”, 16 oktober 2014, Zorginstituut Nederland, www.zorginstituutnederland.nl.

Wij doen de duiding van medisch noodzakelijk verblijf hieronder aan de hand van deze factoren:

4.3.5

Medische noodzaak vanwege stoornis(sen) en/of sociale context

In de GGZ richt de diagnostiek, behandeling, begeleiding en ondersteuning zich niet alleen op de individuele psychische gezondheidstoestand van de cliënt, maar ook op zijn verstandelijke en lichamelijke beperkingen en op zijn sociale omstandigheden. Er is een wisselwerking tussen deze omstandigheden⁶¹. Het gaat altijd om persoonsgerichte zorg, zoals ook benadrukt wordt in de beweging 'de nieuwe GGZ'. Behalve de psychische gesteldheid/het psychisch functioneren kunnen in voorkomende gevallen bijkomende beperkingen en de sociale context van een cliënt van grote invloed zijn op het verloop van de ziekte en de behandelmogelijkheden⁶².

Deze omstandigheden kunnen dan ook, afzonderlijk dan wel in samenhang, leiden tot verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige GGZ, dat verzekerd is in de Zvw. De medische noodzaak voor behandeling met verblijf kan dan, zonder uitputtend te kunnen zijn, liggen op de volgende vlakken:

De cliënt en zijn aandoeningen/stoornissen:

- De medische voorgeschiedenis, het eerdere ziekteverloop (bijvoorbeeld: was cliënt al eerder opgenomen);
- De ernst van de symptomen;
- De mate van ziektebesef en ziekte-inzicht, mate van risico op zorgmijdend gedrag met kans op gezondheidsschade bij ambulante behandeling;
- Comorbiditeit; de aanwezigheid van andere medische aandoeningen naast de psychische stoornis, bijvoorbeeld een verstandelijke beperking of somatische problematiek;
- (Nadere) Diagnosestelling, waarvoor permanente observatie nodig is;
- Instellen op medicatie, waarbij continu toezicht noodzakelijk is vanwege mogelijke lichamelijke of psychische bijwerkingen;
- Als de behandeling moet plaatsvinden in een gecontroleerde omgeving met een bepaalde infrastructuur en/of continu toezicht en zorg (bijvoorbeeld bij electro-convulsietherapie);
- Als het (*bewezen*) *effectiever* is een behandeling intramuraal te geven dan ambulant (anders dan vanwege nadere diagnosestelling, instellen op medicatie of behandeling in een gecontroleerde omgeving). Zoals aangegeven in hoofdstuk 3, is het doen van valide methodologisch onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van klinische versus ambulante behandeling in de GGZ vaak een probleem; In het Rapport Verslavingszorg in beeld- alcohol en drugs, heeft het Zorginstituut (toen CVZ) beschreven dat klinische behandeling uitsluitend in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname dienen te worden gegeven aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of ernstige afhankelijkheid;
- Als het efficiënter/kosteneffectiever is een intensieve psychische behandeling intramuraal te geven dan extramuraal.
- Het afwenden/voorkomen van gevaar voor cliënt zelf of zijn omgeving, als dit niet op andere wijze dan via opname mogelijk is. De Wet BOPZ geeft criteria voor gedwongen opname, wanneer de psychische stoornis de oorzaak van het gevaar is. Deze "gevaarcriteria", waarbij opname altijd geïndiceerd is ingeval

⁶¹ Zie de Richtlijnen voor GGZ-diagnostiek.

⁶² "Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap". Visie op de langdurende zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen", GGZ Nederland, maart 2009.

van dwang en gevaar, beschreven wij in paragraaf 4.2.4. Ook bij vrijwillige opname kunnen deze criteria uiteraard aan de orde zijn.

De cliënt en zijn sociale context

De medische noodzaak voor behandeling met verblijf kan, zonder uitpuddend te kunnen zijn, ook voortkomen uit de volgende factoren/liggen op de volgende vlakken:

- Cliënt heeft geen sociaal netwerk dat hem de noodzakelijke ondersteuning kan bieden, en ambulante behandeling heeft daardoor geen kans van slagen;
- Het sociale steunsysteem (familie of naasten) heeft geen draagkracht en/of bereidheid (meer) om cliënt de noodzakelijke ondersteuning te geven tijdens ambulante behandeling en dit kan niet op andere wijze worden gecompenseerd;
- De sociale omgeving houdt het ongewenste gedrag van cliënt in stand of moedigt dit aan; opname is de enige mogelijkheid om deze ongewenste effecten weg te halen.

4.3.6

Ontslagcriteria

Richtlijnen kennen geen criteria voor ontslag. In principe zijn de redenen voor ontslag gespiegeld aan die voor medisch noodzakelijk verblijf. Zonder uitpuddend te willen zijn, kan de medische noodzaak eindigen als:

- De diagnostische activiteiten waarvoor klinische opname nodig was, zijn afgerond;
- De cliënt adequaat en stabiel is ingesteld op medicatie;
- De klinische behandeling is uitgevoerd, conform de richtlijnen;
- Bij cliënt is het behandeldoel bereikt;
- Verblijf met behandeling is niet meer effectief ten opzichte van ambulante behandeling;
- Het gevaar voor cliënt of zijn omgeving is geweken;
- De negatieve effecten van een (sociale) omgeving die ongewenst gedrag in stand hield of aanmoedigde zijn weggenomen/gecompenseerd, zodat cliënt in een veilige sociale omgeving verder ambulant kan worden behandeld.

Ook wat betreft ontslag geldt uiteraard dat de (gemotiveerde) afweging die voor de individuele situatie plaatsvindt tussen behandelaar en cliënt, doorslaggevend is.

4.3.7

Helder ontslagbeleid

Als opname nodig is, is het wenselijk dat het verblijf niet langer duurt dan nodig is. Wij vinden het van belang dat zo snel mogelijk na de opname het doel van de behandeling wordt vastgesteld, maar dat daarbij ook wordt gekeken naar de randvoorwaarden waaronder de cliënt verantwoord met ontslag zal kunnen gaan. Een van de vragen bij opname zou steeds moeten luiden: "Wat is er – behalve herstel/stabilisatie van psychische gezondheid – voor nodig om deze cliënt verantwoord naar huis te kunnen laten gaan; wat moet daarvoor op welk moment zijn geregeld op het gebied van ambulante behandeling/begeleiding, huisvesting, inkomen, werk/dagbesteding, een sociaal netwerk?" Wat kan de cliënt daarin zelf doen en waar moet hij bij worden geholpen en door wie?

Dit soort vragen zullen steeds moeten worden geëvalueerd tijdens de behandeling. Bij het bijstellen van behandeldoelen kan de opnameduur immers wijzigen.

Mogelijk kunnen ambulante behandelaars worden betrokken tijdens het bijstellen van de behandeldoelen, om te kijken of de (bijgestelde) doelen ambulant haalbaar zijn. Gestructureerde zorgprogramma's, met duidelijk omschreven behandeldoelen en ingebouwde evaluatiemomenten, kunnen instellingen behulpzaam zijn om een op hun doelgroep toegesneden en passend ontslagbeleid te ontwikkelen.

Bij de beoordeling of de verzekerde verantwoord ontslagen kan worden, doet zich het probleem voor van een tekort aan passende huisvestingsmogelijkheden en adequate opnamevervangende vervolgvoorzieningen. Hierdoor kan de situatie ontstaan, dat er geen medische noodzaak meer is voor verblijf in een instelling, terwijl het toch niet verantwoord is de cliënt te ontslaan. Op die situatie gaan we in de volgende paragrafen in.

4.4 Langer verblijf vanwege gebrek aan ambulant GGZ- aanbod en/of vervolgvoorzieningen

Uit het Tangramonderzoek komt naar voren dat (langer) verblijf in een GGZ-instelling nodig kan zijn door onvoldoende ambulant GGZ-aanbod of door gebrek aan gemeentelijke ondersteuning of bescherming. In deze paragraaf gaan we in op dit probleem.

We geven ook aan dat (voortgezet) verblijf zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat in beginsel geen verzekerde zorg is.

4.4.1 Gebrek aan ambulant GGZ-aanbod en/of andere voorzieningen

Gebrek aan ambulant GGZ-aanbod in de Zvw

Het Tangramonderzoek geeft aan dat het ontbreken van adequate (tijdige) opnamevervangende of vervolgvoorzieningen, zoals ambulante behandelteams, vervangende dagbehandeling, bed op recept en time-outvoorzieningen in bepaalde regio's een groot knelpunt wordt ervaren om cliënten ambulant te behandelen of uit de instelling te ontslaan. Het ambulante c.q. opnamevervangende aanbod is in Nederland niet overal voldoende op orde. Cliënten met verblijf blijven daardoor soms langer in de GGZ-instelling dan nodig is. Daarnaast bestaat het risico op een verdringingseffect: zolang cliënten opnameplaatsen bezetten, terwijl verblijf niet (meer) medisch noodzakelijk is voor de geneeskundige zorg, maar zij niet uit de instelling worden ontslagen vanwege het gebrek aan adequate (ambulante) vervolgzorg- of voorzieningen, zijn deze opnameplaatsen niet beschikbaar voor cliënten die voor hun geneeskundige zorg zijn aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf. Die cliënten moeten daardoor mogelijk langer wachten op een opname. Maar ook aan de "voorkant" komt dit probleem voor: als er onvoldoende adequate ambulante zorg beschikbaar is kan dit leiden tot een opname die wellicht voorkomen had kunnen worden als wel (tijdig) ambulant aanbod beschikbaar was geweest.

Het Trimbosinstituut geeft over de stand van zaken van de ambulantisering GGZ aan dat de afbouw van klinische voorzieningen en de opbouw van ambulante voorzieningen in de verschillende regio's in Nederland – vanwege verschillende, vaak historisch te verklaren oorzaken - niet altijd evenwichtig plaatsvindt, waardoor het regionale aanbod flink verschilt. Volgens het Trimbosinstituut is er aanleiding tot zorg, omdat de afbouw van intramurale voorzieningen doorzet, maar de uitbreiding/intensivering van ambulante GGZ-voorzieningen achterblijft.⁶³

⁶³ Zie de Landelijke Monitors Ambulantisering en hervorming langdurige GGZ, Trimbos, 2015 en 2016.

Bij de realisering van voldoende ambulant aanbod heeft de zorgverzekeraar een belangrijke rol. De zorgverzekeraar is uit hoofde van zijn zorgplicht⁶⁴ gehouden om, door middel van adequate zorginkoop ervoor te zorgen dat zijn verzekerde de zorg, krijgt waaraan hij behoefte - en op grond van de polis aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de zorg, maar ook om de *kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid* van de verzekerde zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet toe op de naleving van de zorgplicht en heeft de kaders voor dit toezicht vastgelegd in een beleidsregel.⁶⁵ Zorgverzekeraars zijn er dan ook verantwoordelijk voor dat kwalitatief goede ambulante GGZ (tijdig) bereikbaar is voor cliënten voor zover die daarop zijn aangewezen.

Of een zorgverzekeraar adequaat ambulant GGZ-aanbod tot stand kan brengen, kan mede afhangen van de beschikbare middelen, de regionale omstandigheden bij zorgaanbieders en de beschikbare voorzieningen in andere domeinen waarvoor andere instanties verantwoordelijk zijn, zoals de gemeenten. Anderzijds kunnen de instanties in andere domeinen bij het realiseren/inzetten van adequate vervolgvoorzieningen last ondervinden van het gebrek aan ambulant GGZ-aanbod. Aan de gevolgen van tekortkomingen in het sociale domein besteden wij aandacht in paragraaf 4.3.9.

We constateren verder dat binnen de Zvw de financiële prikkels mogelijk onvoldoende zijn om ambulant aanbod te realiseren. De zorgverzekeraars zijn in 2016 beperkt risicodragend geworden voor de curatieve GGZ. Zij lopen in 2016 echter minder risico over de langdurige GGZ dan over de curatieve GGZ. Voor verblijf langer dan een jaar geldt een hogere financiële compensatie in het volgende kalenderjaar via de risicoverevening, dan voor het eerste jaar medisch noodzakelijk verblijf.⁶⁶ Voortgezet verblijf na een jaar kan goedkoper zijn dan (hervat) verblijf korter dan een jaar.

Daar waar intensieve ambulante zorg duurder is dan intramurale zorg, is er geen financiële prikkel tot inkoop van ambulante zorg, in ieder geval niet na langdurig verblijf waar een grote ambulante zorgvraag resteert. De mogelijkheid van uitstroom vanuit de Zvw naar de Wlz na drie jaar Zvw-verblijf, betekent ook geen (financiële) prikkel tot ambulantisering. Vanaf 2017 zijn de zorgverzekeraars geheel risicodragend.

Ontbreken (vervolg) voorzieningen in andere sectoren

Het Tangram-onderzoek laat tevens zien dat in de praktijk klinische opnames plaatsvinden of langer duren dan nodig, doordat bepaalde voorzieningen, in sectoren buiten de Zvw, niet of niet tijdig beschikbaar zijn. Ook in andere onderzoeken wordt dit signaleerd. Cliënten die zelfstandig kunnen wonen, maar niet over woonruimte beschikken stuiten op het tekort aan sociale huisvestingsmogelijkheden (huur/woonsector).

Ook cliënten die zijn aangewezen op passende vervolgvoorzieningen, zoals beschermd of begeleid wonen (gemeentelijke sector) krijgen te maken met wachtlijsten. Dit wordt in het Tangram-rapport als belangrijke oorzaak genoemd voor de belemmering van de door- en uitstroommogelijkheden vanuit GGZ-verblijf. Het niet beschikbaar zijn van dit soort voorzieningen is een groot maatschappelijk probleem, blijkt ook uit andere onderzoeken.⁶⁷

⁶⁴ De zorgplicht is opgenomen in artikel 11 Zvw

⁶⁵ Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, NZA, TH/BR -009, december 2013.

⁶⁶ € 75000 vs. € 22000, bron: ministeriële regeling 2016.

⁶⁷ Zie o.m. het "Advies Commissie Toekomst Beschermd wonen" (noot 24), "Monitor voortgang Wmo, 7^e meting 2015", uitgevoerd in opdracht van. GGZ Nederland, RIBW alliantie en de Federatie Opvang

Als voor een cliënt (basis)voorzieningen als huisvesting of een beschermende woonomgeving, adequate begeleiding of dagbesteding in het sociaal domein niet beschikbaar zijn omdat de verantwoordelijke instantie, zoals de gemeente, de voorzieningen niet of niet adequaat inricht, kan dat tot gevolg hebben dat een passend ambulante GGZ-aanbod vanuit de Zvw voor de betreffende cliënt niet tot stand kan komen.

Zoals opgemerkt in paragraaf 4.4.1, kan ook het omgekeerde aan de orde zijn: als binnen de Zvw de zorgverzekeraar er niet in slaagt voldoende passend ambulante GGZ-aanbod tot stand te brengen, kan dit gevolgen hebben voor de (kwaliteit van) voorzieningen die instanties buiten de Zvw aan de cliënten moeten leveren. Een tekort aan voldoende ambulante GGZ-behandeling kan bijvoorbeeld een druk leggen op de begeleiding die vanuit het gemeentelijk domein moet worden geboden. In paragraaf 3.2.5 legden wij al uit dat het systeem van de langdurige (intramurale) GGZ gecompliceerd is, omdat meerdere partijen elk op verschillende niveaus (gemeentelijk, regionaal of landelijk) en vanuit van elkaar verschillende beleids- en financiële kaders de zorg en ondersteuning aan cliënten moeten bieden en dat zij elkaar hierin nog moeilijk weten te vinden. In paragraaf 4.4.3 gaan wij in op het belang van samenwerking tussen partijen om goede ketenzorg te bevorderen.

4.4.2 *Kan langer verblijf vanwege tekort aan ambulante GGZ-aanbod/vervolgvoorzieningen ten laste van de Zvw komen?*

Geen medische noodzaak? Geen verzekerde zorg!

Als een behandelaar in de instelling, binnen de kaders van deze duiding, concludeert dat de cliënt voor zijn geneeskundige zorg niet (meer) is aangewezen op verblijf omdat de cliënt met ambulante GGZ en/of andere voorzieningen kan worden geholpen, is er geen medische noodzaak (meer) voor verblijf. De instelling mag verblijf dat niet medisch noodzakelijk is voor de geneeskundige GGZ in beginsel niet ten laste van de basisverzekering declareren en de zorgverzekeraar mag dit verblijf in beginsel niet vanuit de Zvw betalen.

Ontslag uit de instelling soms niet medisch verantwoord

Echter zijn er situaties denkbaar waarin het niet medisch verantwoord is een cliënt uit de instelling te ontslaan als de voor die cliënt noodzakelijke ambulante vervolgzorg, huisvesting of voorzieningen in het sociale domein niet beschikbaar zijn.

De instelling kan, vanuit de plicht tot goed hulpverlenerschap, die cliënt dan niet zondermeer ontslaan en aan zijn lot overlaten als dat een risico op gezondheidsschade inhoudt.

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst verplicht de hulpverlener zich te gedragen als een goed hulpverlener. Die zorgvuldigheidsnorm leidt er ook toe, dat een behandelovereenkomst niet zomaar beëindigd kan worden, en omvat dus voor een GGZ-instelling ook een zekere (na)zorgplicht bij ontslag. Zowel bij de voorbereiding van als na ontslag van een psychiatrische patiënt dient de instelling bijvoorbeeld aandacht te besteden aan de huisvestingssituatie, middelen van bestaan, de beschikbaarheid van een noodzakelijke vervolgbehandeling etc.⁶⁸

⁶⁸ Zie: Toelichting op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, GGZ-Nederland, juli 2013.

Rechtvaardigingsgrond bij medisch niet verantwoord ontslag

In dit rapport duiden wij medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Wij constateren dat door problemen in de uitvoeringspraktijk de zorg niet altijd helemaal conform deze duiding kan worden verleend.

Wij vinden, in overleg met de NZa, dat er uitzonderlijke situaties kunnen zijn waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat dit verblijf niet meer "medisch noodzakelijk" is in verband met de geneeskundige GGZ. Het moet gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten in die situaties redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. Dan mag de zorgverzekeraar het (langere) verblijf uit de Zvw betalen. Onder een redelijke termijn wordt verstaan dat het verblijf niet langer uit de Zvw wordt betaald dan noodzakelijk is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen met elkaar (proces)afspraken moeten maken over de criteria waarbij de rechtvaardigingsgrond medisch onverantwoord ontslag mogelijk is. Bij deze afspraken moet zijn uitgewerkt op welk moment welke inspanningen van zorgaanbieders, maar ook van zorgverzekeraars mogen worden verwacht om (langere) niet medisch noodzakelijk opname in dergelijke gevallen te voorkomen en hoe wordt vastgesteld of aan die voorwaarden is voldaan. Om ervoor te zorgen dat de cliënt ook daadwerkelijk tijdig de zorg krijgt die het meest passend is, is het daarnaast nodig dat er afspraken komen met gemeenten over hoe (procesmatig) te handelen bij aankomend ontslag van een patiënt uit een GGZ-instelling. Aan de hand van die afspraken kunnen partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten) elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de cliënt ook daadwerkelijk de passende zorg krijgt. Zoals uit dit rapport blijkt is de praktijk volop in ontwikkeling om er voor te zorgen dat een cliënt alleen dan opgenomen wordt wanneer dit medisch noodzakelijk is. Hierbij is sprake van regionale verschillen. Het is van belang om bij de afspraken hiermee rekening te houden.

Overigens merken wij op dat het gebrek aan ambulante GGZ (Zvw) niet snel een rechtvaardigingsgrond zal kunnen opleveren, omdat de plicht om voor voldoende aanbod vanuit de Zvw te zorgen primair bij de zorgverzekeraar ligt. Zoals wij hiervoor al hebben aangegeven, kan het realiseren van dat aanbod mede afhankelijk zijn van regionale omstandigheden en de prestaties van andere partijen. Van zorgverzekeraars mag worden verwacht dat zij zich maximaal hebben ingespannen een adequaat aanbod te realiseren en dat kunnen aantonen. Het realiseren van passende huisvesting en beschermde woonvormen ligt buiten het bereik van de zorgverzekeraar en ligt primair binnen het gemeentelijk domein. Dit vereist een gezamenlijke inspanning en gezamenlijke afspraken van alle betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten).

4.4.3 *Samenwerking tussen partijen in de keten vereist*

Een langer verblijf op gronden die hierboven aan de orde kwamen – gebrek aan ambulant GGZ-aanbod en/of het ontbreken van overige voorzieningen is onwenselijk. Zowel voor de cliënt, die niet de meest passende zorg krijgt, als de zorgverzekeraar die onnodig lang voor verblijf betaalt.

De partijen in alle betrokken sectoren zijn zich bewust van de problemen rondom regionaal aanbod van GGZ, tijdige beschikbaarheid van sociale huisvesting en overige voorzieningen. Zorgverzekeraars, gemeenten en andere verantwoordelijke instanties in het sociaal domein zullen, in een systeem waar de GGZ (verblijfs)zorg over meerdere wettelijke domeinen en financieringsbronnen is verdeeld, in

samenwerking met zorgaanbieders en cliënten, de knelpunten op dit gebied moeten aanpakken en moeten zorgen dat de keten van zorg goed georganiseerd is. De sector is op dit gebied in ontwikkeling. Er zijn al diverse landelijke en regionale initiatieven gaande waarbij partijen, waaronder gemeenten, samenwerken om de opbouw van ambulante voorzieningen te bevorderen en de ketenzorg aan GGZ-cliënten te verbeteren⁶⁹.

4.4.4

Procesmatige afspraken tussen partijen over (aankomend) ontslag

Wij vinden het, in het kader van een goede ketenzorg, van belang dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten landelijke en regionale afspraken maken over hoe zij procesmatig zullen handelen bij het (aankomende) ontslag van een cliënt uit een GGZ-instelling. Daarin zou bijvoorbeeld kunnen worden vastgelegd welke stappen op welk moment door welke partijen moeten worden gezet bij beoogd ontslag van een cliënt en wat er moet gebeuren in situaties dat de voor cliënt noodzakelijke vervolgzorg/voorziening niet (tijdig) beschikbaar is. Hierbij moet ook aandacht worden besteed aan het verschil tussen een onvoorzien (bijv. cliënt kan na een crisis niet meer naar huis) en een te voorziene overdrachtssituatie (bijv. na langdurige en/of electieve opname). Zoals wij ook aangaven in paragraaf 4.4.2 kunnen op basis van dit protocol partijen elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheden om ervoor te zorgen dat de cliënt daadwerkelijk en tijdig de zorg of voorziening krijgt die het meest passend is. Daarnaast kan dit protocol zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten aanknopingspunten bieden om onderling afspraken te maken over de financiële afwikkeling.

4.4.5

Praktijkvariatie tussen instellingen/behandelaren

We constateren een grote praktijkvariatie in de wijze waarop binnen instellingen de afweging wordt gemaakt tussen behandeling met verblijf versus ambulante behandeling.

Mogelijke oorzaken zijn – behalve factoren als beschreven in paragraaf 4.3.4 en 4.3.5 - niet-inhoudelijke factoren als: een groot intramuraal aanbod, de cultuur binnen een instelling, het vertrouwen van behandelaren/hulpverleners binnen en buiten de instelling in elkaars kunde, de wijze waarop binnen en buiten de instelling wordt omgegaan met aansprakelijkheid van behandelaren die adviseren over opname, hoe behandelaren omgaan met de druk van familie of omgeving om een cliënt op te nemen, de opvattingen van behandelaren/zorgverleners over het recht op autonomie van de patiënt en de plicht tot goed hulpverlenerschap en dergelijke.

We benadrukken dat bij de weging van verblijf het belang van de individuele cliënt en de medische noodzaak steeds voorop moeten staan. Instrumenten als overleg, intervisie, visitatie en intercollegiale toetsing bij de beroepsbeoefenaren die betrokken zijn bij de weging, kunnen bijdragen aan transparante, kwalitatief betere en eenduidige besluitvorming over behandeling met verblijf versus ambulante behandeling.

Zorgverzekeraars kunnen, als er duidelijke aanwijzingen zijn dat een aanbieder het verblijf niet juist inzet, zo nodig dossieronderzoek doen. Voor het overige kunnen zij het behandelbeleid van de instelling toetsen.

⁶⁹ Zie de brief "Maatschappelijke Opvang, Geestelijke gezondheidszorg" van de minister en staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de TK. In deze brief worden een aantal concrete voorbeelden genoemd van lokale en landelijke initiatieven waarbij partijen samenwerken om de ketenzorg aan GGZ-cliënten en verwarde personen te verbeteren.

4.5 Afbakening medisch noodzakelijk verblijf Zvw - andere wettelijke domeinen

In deze paragraaf gaan wij in op de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ in de Zvw en de andere wettelijke domeinen waar verblijf aan de orde kan zijn. Wij bespreken achtereenvolgens de grens tussen medisch noodzakelijk verblijf Zvw met beschermd wonen in de Wmo 2015, de Wlz en met de forensische zorg.

4.5.1 *Medisch noodzakelijk verblijf Zvw en beschermd wonen in de Wmo 2015:* Als verzekerde is aangewezen op beschermd wonen in de zin van de Wmo 2015 en zijn psychische behandeling ambulant ontvangt, is geen sprake van verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige GGZ.

Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat de grens tussen beschermd wonen in de Wmo (in combinatie met ambulante GGZ-behandeling) en medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw niet helder is. In beide gevallen is er sprake van de noodzaak tot GGZ-behandeling, en in beide gevallen is er sprake van een beschermende verblijfssituatie. Waar ligt de grens tussen beide?

Vanuit onze rol als pakketbeheerder Zvw, waarin wij ons – behalve met de vraag welke zorg onder het basispakket valt - ook bezighouden met afbakeningsvraagstukken met andere domeinen, willen wij hieronder dit onderscheid verhelderen.

Hierbij moet in aanmerking worden genomen dat de gemeenten (in samenspraak met de cliënt en eventueel de behandelaar) uiteindelijk beslissen of een cliënt wel of niet toegang krijgt tot beschermd wonen of overige voorzieningen vanuit de Wmo 2015.

Onderscheid medisch noodzakelijk verblijf Zvw en beschermd wonen Wmo

Bij *medisch noodzakelijk verblijf als bedoeld in de Zvw* gaat het om de situatie waarbij een cliënt voor zijn behandeling verblijf in een specifieke setting nodig heeft. Verblijf in die setting is medisch noodzakelijk, omdat *alleen daar, in die specifieke setting*, zijn 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.

Beschermd wonen gaat om het bieden van onderdak, toezicht en begeleiding aan cliënten met een psychische aandoening. Centraal staat de begeleiding in een gestructureerde, beschermende woonomgeving. De cliënten zijn vanwege psychische problematiek niet in staat zelfstandig te wonen zonder toezicht of begeleiding. Er is een noodzaak tot risicobeheersing, omdat de cliënten bijvoorbeeld een gebrekkige oordeelsvorming hebben of niet het vermogen op relevante momenten hulp in te roepen. De beschermende woonomgeving en aanwezigheid van begeleiding kan dat bieden. Deze omgeving is voorbereid op het omgaan met gedragsproblematiek en biedt de structuur waarin de cliënten kunnen werken aan hun vaardigheden, waar mogelijk om op termijn (weer) zelfstandig te kunnen wonen.

Cliënten in beschermd wonen kunnen behoefte hebben aan behandeling van een psychische stoornis, maar deze kan ambulante (vanuit de Zvw) worden gegeven. Hoewel afstemming tussen ambulante behandelaren en woonbegeleiding zal plaatsvinden, is de behandeling niet onlosmakelijk verbonden met de beschermd-wonen setting en de (woon)begeleiding⁷⁰.

Als ambulante behandeling in de beschermd wonen-setting niet meer volstaat, maar op enig moment - bijvoorbeeld vanwege een crisis of terugval - cliënt voor behandeling (tijdelijk) moet worden opgenomen in een klinische setting, is gedurende de periode van die klinische opname wel sprake van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ, en valt de zorg en het verblijf onder de Zvw.

Voorbeeld klinische behandeling en beschermd wonen

Cor is een 64 jarige man, die is opgenomen in een klinische behandelsetting met de diagnose cognitieve stoornis NAO (licht) en een gegeneraliseerde angststoornis. Hij reageert goed op de ingestelde medicatie (sertraline en lorazepam) en is stabiel. De behandelaar vindt verdere behandeling in een klinische setting niet meer nodig.

Cor heeft daarnaast somatische problemen, o.a. op het gebied van hart- en vaatziekten. Zijn steunsysteem is zeer beperkt: hij is gescheiden. Zijn enige zoon is zwakbegaafd en kan hem geen ondersteuning bieden. Terugkeer naar de thuissituatie is niet mogelijk. Er is een groot risico dat hij dan telooft. Hij is zorgmijndend en recent uit zijn woning gezet vanwege huurachterstand. Hij heeft dan ook geen eigen woonruimte meer en grote financiële schulden. Cor is niet meer in staat zelfstandig te wonen en is hierin ook niet meer voldoende leerbaar.

Nu Cor goed is ingesteld op de medicatie voor zijn psychische stoornis en stabiel is, is verblijf voor zijn behandeling niet (meer) medisch noodzakelijk. Eventuele verdere psychiatrische behandeling kan ambulante plaatsvinden. Om zichzelf te kunnen handhaven in de samenleving heeft Cor wel toezicht of begeleiding nodig in een beschermde woonomgeving. Hij doet daarvoor een aanvraag bij de gemeente.

4.5.2

Medisch noodzakelijk verblijf Zvw en voortgezet verblijf vanuit de Wlz

Zoals aangegeven in paragraaf 4.2.1 wordt, na 1095 dagen medisch noodzakelijk verblijf⁷¹ in verband met geneeskundige zorg vanuit de Zvw, deze zorg – als cliënt er nog steeds op is aangewezen - voortgezet ten laste van de Wlz. De zorg en het verblijf komen dan niet meer ten laste van de Zvw.

Deze wettelijk bepaalde grens tussen medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw en voortgezet verblijf in de Wlz is niet "inhoudelijk" van karakter, maar ligt in het verstrijken van een bepaalde tijdsduur (1095 dagen).

⁷⁰ Zie voor het onderscheid tussen extramurale begeleiding vanuit de Wmo 2015 en begeleiding in het kader van ambulante geneeskundige GGZ de Handreiking Wettelijke domeinen voor de zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis, zorginstituut Nederland, 17 augustus 2015.

⁷¹ Bij de berekening van de 1095 dagen tellen alle vormen van medisch noodzakelijk verblijf mee. Dus ook als een cliënt voor andere zorg dan GGZ-zorg bijvoorbeeld in een ziekenhuis of een revalidatiecentrum heeft verbleven.

Het overdragen van cliënten tussen domeinen op niet- inhoudelijke gronden leidt tot een aantal ongewenste gevolgen. Een daarvan is dat cliënten waarvan al vroeg vaststaat zij blijvend zullen zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht, toch eerst drie jaar in de Zvw moeten blijven voordat zij kunnen doorstromen naar de Wlz. In het advies over toegang voor mensen met een psychische stoornis in de Wlz (zie paragraaf 4.2.1) heeft het Zorginstituut de Minister en Staatssecretaris geadviseerd dit "afkappunt" te verlaten. De Minister en Staatssecretaris hebben in eerste instantie toegezegd voor de zomer van 2016 met een beleidsreactie te komen op het advies; de reactie in de zomer behelsde echter de aankondiging van een uitvoeringstoets, waarvan de resultaten na de zomer van 2017 bekend zullen worden.

Om het gepast gebruik van medisch noodzakelijk verblijf met geneeskundige GGZ in de Zvw te bevorderen en onnodige doorstroom naar langdurige GGZ te voorkomen heeft Zorgverzekeraars Nederland een checklist ontwikkeld, met behulp waarvan de hoofdbehandelaar van de cliënt na 9 maanden behandeling met verblijf in de Zvw onderbouwt wat de prognose van de cliënt is en of verder verblijf met geneeskundige GGZ in de Zvw is aangewezen.⁷²

4.5.3

Afbakening medisch noodzakelijk verblijf Zvw en forensische zorg

Wanneer psychiatrische behandeling en verblijf plaatsvinden in het kader van een forensische titel, komt deze zorg in beginsel niet ten laste van de Zvw. De forensische titels zijn opgenomen in het Interim Besluit Forensische zorg. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de zorg. Als de cliënt, voordat de forensische titel werd opgelegd, al klinische zorg vanuit de Zvw ontving, blijft de zorg in bepaalde gevallen wel ten laste van de Zvw. Het stelsel van de forensische zorg en de afbakening met andere wettelijke domeinen is beschreven in het Handboek Forensische Zorg⁷³.

Tot slot

Met deze duiding verhelderen wij wanneer cliënten met psychische stoornissen aanspraak hebben op verblijf in verband met geneeskundige GGZ in de Zvw en verduidelijken wij de afbakening met beschermd wonen in de Wmo 2015.

De duiding draagt daarmee bij aan helderheid over de verantwoordelijkheden van partijen bij het realiseren van goede zorg. Deze duiding biedt echter geen antwoord op alle vraagstukken die spelen rondom verblijf in de GGZ. Voor de knelpunten die wij in dit onderzoek zijn tegengekomen en waarvoor deze duiding geen oplossing biedt, geven wij een aantal aanbevelingen in hoofdstuk 7.

⁷² Checklist Langdurige GGZ, ZN, november 2014.

⁷³ Handboek Forensische zorg, editie 2, september 2013, Ministerie van Veiligheid en Justitie, www.forensischezorg.nl

5 Effecten en ingangsdatum van de duiding

Dit rapport bevat een duiding van medisch noodzakelijk verblijf voor volwassen cliënten in de geneeskundige GGZ. De duiding biedt een belangrijk inhoudelijk kader waarbinnen de professional – waar mogelijk in samenspraak met de cliënt – afweegt of verblijf medisch noodzakelijk is voor de geneeskundige GGZ of dat ambulante behandeling mogelijk is. De individuele afweging van de professional blijft het uitgangspunt voor de vraag of verblijf medisch noodzakelijk is. De criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de duiding sluiten aan bij wat behandelaren en cliënten goede zorg vinden.

In dit rapport vatten we deels samen wat wij al in eerdere rapporten hebben geschreven op het gebied van verblijf in de GGZ. Dat zijn de rapporten Geneeskundige GGZ deel 1 en 2, het rapport Verslavingszorg in beeld en de handreiking Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis.

Daarnaast geven wij in deze duiding uitleg die over de grensvlakken met de andere domeinen, zoals met beschermd wonen vanuit de Wmo 2015, voortgezet verblijf in de Wlz en forensische zorg.

Effecten

Dit rapport bevat een duiding van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ en is de duiding is leidend bij de uitleg van de aanspraken. Het rapport laat echter ook zien dat de huidige uitvoeringspraktijk bij medisch noodzakelijk verblijf nog niet altijd aansluit bij onze duiding. Dit vergt voldoende ambulante GGZ-aanbod, huisvesting en lokale voorzieningen. Zo lang dat niet is gerealiseerd, zal in individuele gevallen soms toch opname aangewezen zijn, in plaats van ambulante zorg. Dat kan het geval zijn als de instelling, vanuit de norm van goed hulpverlenerschap, de cliënt niet medisch verantwoord kan ontslaan, door het ontbreken van noodzakelijk ambulante zorg of vervolgvoorzieningen.

Hoewel in die situaties (langer) verblijf niet medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige GGZ en dus in beginsel geen sprake is van verzekerde zorg, vinden wij, in overleg met de NZa, dat er uitzonderlijke situaties kunnen zijn waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat geen sprake meer is van "medisch noodzakelijk" verblijf in verband met de geneeskundige GGZ.

Het moet gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten in die situaties redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. Dan mag de zorgverzekeraar het (langere) verblijf uit de Zvw betalen. Onder een redelijke termijn wordt verstaan dat het verblijf niet langer uit de Zvw wordt betaald dan noodzakelijk is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen met elkaar (proces)afspraken moeten maken over de criteria waarbij de rechtvaardigingsgrond medisch onverantwoord ontslag mogelijk is.

Wij hebben dit uitgebreid beschreven in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Wij zijn daarnaast van mening dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten landelijk/ regionaal (proces)afspraken moeten maken rondom (aankomend) ontslag van cliënten uit een GGZ-instelling, om ervoor te zorgen dat deze cliënten (tijdig) de meest passende (vervolg)zorg- of -voorziening krijgen. Daarbij kunnen deze afspraken ook de basis vormen voor de financiële afwikkeling.

In deze duiding hebben wij het belang onderstreept dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten gezamenlijk de opbouw van adequaat ambulante zorgaanbod ter hand nemen in de regio's waar dit aanbod achterblijft. Dit om voor de GGZ een evenwichtig aanbod van ambulante en verblijfszorg te creëren en te voorkomen dat cliënten een (langer) beroep moeten doen op behandeling met verblijf, terwijl zij feitelijk het beste zijn geholpen met een ambulante GGZ-traject.

Ingangsdatum

VWS en partijen (cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars) hebben, een gezamenlijke ambitie tot ambulantisering. Streefcijfers zijn hierover afgesproken. In 2020 moet het intramurale aanbod teruggebracht zijn tot 2/3 van de capaciteit. Recent heeft het Trimbos-instituut VWS geadviseerd over de opbouw van de ambulante capaciteit. Daarbij heeft Trimbos geadviseerd om tot een 'toetsingskader' te komen dat regionale partijen ondersteunt bij het opstellen van gezamenlijke agenda's, het formuleren van regionale ambities (regionale 'streefcijfers') en zo mogelijk het monitoren van die ambities. Trimbos-instituut is gevraagd om samen met vertegenwoordigers van cliënten, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders een handvat te ontwikkelen dat partijen richting geeft bij het inrichten van goede zorg in de regio en kan helpen bij de implementatie van afspraken.⁷⁴

Wij stellen vast dat dergelijke uitvoeringsmaatregelen van belang zijn om onze duiding in de uitvoeringspraktijk te implementeren. Zorgverzekeraars, aanbieders, behandelaren en cliënten moeten de gelegenheid krijgen om onze duiding om te zetten in een passend zorgaanbod, op te nemen in hun processen en hierover met elkaar afspraken te maken. Wij stellen de ingangsdatum van de duiding op 1 januari 2018.

Financiële gevolgen

Deze duiding is grotendeels niet nieuw. De financiële gevolgen van de overheveling van beschermd wonen naar de Wmo 2015 en van de ambulantisering van de GGZ zijn reeds berekend en geïmplementeerd. Deze duiding is ondersteunend aan dit proces.

Evaluatie

Het Zorginstituut zal de implementatie van dit standpunt evalueren.

⁷⁴ Advies Streefcijfers intensivering ambulante GGZ, Trimbos, februari 2016

6 Reacties

Op hebben wij de conceptduiding, inclusief een aantal specifieke consultatievragen, via een bestuurlijke consultatieprocedure voorgelegd aan partijen GGZ. De volgende partijen hebben gereageerd:

1. GGZ Nederland, mede namens RIBW-alliantie en Federatie Opvang
2. Landelijk Platform GGz
3. Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGZ)
4. Nederlands Instituut van Psychologen
5. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
6. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
7. Vereniging van Nederlandse Gemeenten
8. Gemeente Apeldoorn
9. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
10. Zorgverzekeraar Nederland (ZN)

De schriftelijke reacties zijn als bijlage bij dit rapport gevoegd. De hoofdlijnen van de reacties en hoe wij hiermee zijn omgegaan, geven wij hieronder weer.

In paragraaf 6.1 gaan wij in hoofdlijnen op de reacties die partijen hebben gegeven, aan de hand van een aantal onderwerpen die wij in de consultatievragen aan partijen hebben voorgelegd. In paragraaf 6.2 beschrijven wij de bevindingen van de ACP en hoe wij hier mee zijn omgegaan.

6.1 Reacties partijen

6.1.1 *Goede (verblijfs)zorg*

Partijen kunnen zich in het algemeen goed vinden in onze beschrijving van wanneer sprake is van goede GGZ en hebben een aantal nuttige suggesties gedaan om deze beschrijving volledig te maken.

6.1.2 *Richtlijnen en meetinstrumenten*

Een aantal partijen heeft naar voren gebracht dat voor wat goede (verblijfs)zorg in de GGZ is niet té veel moet worden verwacht van richtlijnen en beslisinstrumenten. Zij wijzen er op dat GGZ-richtlijnen nog maar pas in ontwikkeling zijn en voorlopig nog niet zijn geïmplementeerd. Verder merken partijen op dat (criteria voor opname in) richtlijnen geen "keurslijf" moeten worden en niet zover mogen gaan dat het leidt tot administratieve lasten die ten koste gaat van de zorg. Partijen benadrukken het individuele karakter van de afweging voor verblijf, waarbij zo nodig ook (onderbouwd) van richtlijnen en zorgstandaarden moet kunnen worden afgeweken. Wij onderschrijven dit en hebben het definitieve rapport op dit punt aangescherpt.

6.1.3 *Knelpunten bij de weging van verblijf*

Vrijwel alle partijen herkennen de geschetste problemen die zich in praktijk voordoen bij de weging van medisch noodzakelijk verblijf ten opzichte van ambulante behandeling. Partijen herkennen dat regionaal (tekort) aan passend ambulant GGZ-aanbod en aan passende huisvesting leiden tot problemen bij de doorstroom uit klinisch verblijf. Zorgverzekeraars Nederland geeft aan dat het tekort aan ambulant GGZ-aanbod

niet wordt herkend. Wel levert bovenregionale plaatsing soms een knelpunt op in aansluiting op de nazorg, maar volgens ZN vragen zorgverzekeraars altijd om nazorgafspraken te maken bij opname.

Partijen herkennen de in het rapport geschetste verbetertrajecten in de GGZ en hebben suggesties voor aanvullingen gegeven. Vele daarvan zijn waardevol en hebben we overgenomen in het rapport.

6.1.4 *Duiding medisch noodzakelijk verblijf*

Wat betreft de duiding van medisch noodzakelijk verblijf en de afbakening met beschermd wonen in de Wmo 2015 laten de diverse reacties van partijen duidelijk de spanningen zien voor cliënten en uitvoerende partijen, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor goede zorg voor de cliënt, op het grensvlak van domeinen.

In de aan partijen voorgelegde consultatieversie hanteerden wij het uitgangspunt dat een tekort aan ambulante GGZ-aanbod en/of vervolgvorzieningen in andere domeinen kunnen leiden tot een medische noodzaak voor (langer) verblijf in een GGZ-instelling. De reacties daarop waren divers:

Patiënten- en beroepsverenigingen zijn over het algemeen blij met een verheldering van de aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ, waarbij ook een tekort aan passend ambulante GGZ-aanbod en tekorten in overige voorzieningen kunnen leiden tot medisch noodzakelijk verblijf. Zij geven vooral kritisch-opbouwende opmerkingen en suggesties.

De zorgaanbieders waarderen de intentie tot verheldering van de aanspraak, maar vrezen dat duiding juist een averechts effect zal hebben, omdat (meer) discussie op individueel patiëntniveau gaat ontstaan of verblijf al dan niet is aangewezen. Mede gezien de in het rapport gesignaleerde lacunes vinden zij een scherpere afbakening op dit moment geen geëigend instrument. Als de duiding moet worden gezien als een beslismodel, kan dit leiden tot problematiek bij de controle en goedkeuring van de jaarrekeningen. De zorgaanbieders vinden een handreiking, met de individuele, onderbouwde beslissing van professional en cliënt als basis, passender dan een duiding.

Zorgverzekeraars Nederland vindt dat de duiding onvoldoende concrete handvatten geeft voor het veld. Zij vinden dat de duiding te veel uitgaat van de sociale omgeving van de cliënt en voorbij gaat aan de noodzaak van een therapeutisch leefklimaat.

De medisch specialistische hoofdbehandelaar moet afwegen of er een noodzaak bestaat voor een therapeutisch leefklimaat. Het behandelplan is hierin leidend en de onderliggende stoornis doorslaggevend, niet de sociale context van verzekerde. Het lokaal ontbreken van voorzieningen in het gemeentelijk domein mag volgens ZN nooit leiden tot medisch noodzakelijk verblijf: zorgverzekeraars hebben weliswaar een maatschappelijke taak bij het signaleren van dit probleem, maar kunnen en mogen dit probleem niet oplossen door tijdelijk verblijf uit de Zvw. ZN vreest dat zij de rechtmatigheid van de declaraties niet kunnen aantonen.

De NZa geeft aan dat de criteria van de geconsulteerde duiding niet zo zwart-wit zijn dat een accountant of zorgverzekeraar op basis daarvan met zekerheid kan zeggen dat het medisch noodzakelijk verblijf rechtmatig is. De NZa adviseert in de duiding explicieter te benadrukken de binnen het kader van de duiding de individuele afweging van de zorgaanbieder het uitgangspunt blijft bij de afweging voor medisch noodzakelijk verblijf, om te voorkomen dat (nieuwe) jaarrekeningproblematiek ontstaat.

Naar aanleiding van de consultatiereacties en na advisering door de Adviescommissie Pakket hebben wij besprekingen gevoerd over de gevolgen van deze duiding voor de uitvoeringspraktijk met ZN, VNG, GGZ-N en NZa. Aansluitend heeft overleg plaatsgevonden onder regie van VWS met GGZ-N, ZN, VNG en het Zorginstituut. Deze bespreking was erop gericht om te komen tot afspraken op de grens tussen Zvw en Wmo, daar waar gemeentelijke voorzieningen zoals huisvesting en beschermd wonen achterblijven, met gevolgen voor het beroep op de Zvw.

In het definitieve rapport hanteren wij niet langer het uitgangspunt dat tekorten aan ambulant GGZ-aanbod en/of vervolgvoorzieningen in andere domeinen tot een (indirecte) medische noodzaak voor (langer) verblijf en dus tot verzekerde zorg kunnen leiden.

Deze tekorten maken niet dat er een "medische" noodzaak voor (langer) verblijf in verband met geneeskundige GGZ bestaat. In beginsel is er dan ook geen sprake van verzekerde zorg. Wij vinden, in overleg met de NZa, dat er in bepaalde uitzonderlijke situaties een rechtvaardiging kan zijn om dit (langere) verblijf nog gedurende een redelijke termijn ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Het moet gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten in die situaties redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. Dan mag de zorgverzekeraar het (langere) verblijf uit de Zvw betalen. Onder een redelijke termijn wordt verstaan dat het verblijf niet langer uit de Zvw wordt betaald dan noodzakelijk is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen met elkaar (proces)afspraken moeten maken over de criteria waarbij de rechtvaardigingsgrond medisch onverantwoord ontslag mogelijk is. Bij deze afspraken moet zijn uitgewerkt op welk moment welke inspanningen van zorgaanbieders, maar ook van zorgverzekeraars mogen worden verwacht om (langere) niet medisch noodzakelijke opname in dergelijke gevallen te voorkomen en hoe wordt vastgesteld of aan die voorwaarden is voldaan.

Wij vinden dat, ten opzichte van het uitgangspunt in de consultatieversie, op deze wijze meer recht gedaan wordt aan het zorgstelsel met verschillende domeinen, waarbij tegelijkertijd de behandelaar zijn verantwoordelijkheid kan nemen en de cliënt niet tussen wal en schip kan vallen.

Om de gevallen van niet medisch noodzakelijke opname zoveel mogelijk te beperken, benadrukken wij in het rapport dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk moeten werken aan verbetering van de organisatie van de keten en dat zij afspraken maken over elkaars verantwoordelijkheden bij (voorgenomen) ontslag van cliënten uit een GGZ-instelling.

De VNG vreest dat de duiding leidt tot een versmalling van medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw, waardoor meer druk zal komen te liggen op het beschermd wonen in de Wmo 2015, met financiële consequenties voor de gemeenten als gevolg. Zij geven aan dat de beoordeling of iemand is aangewezen op beschermd wonen bij de gemeenten ligt en niet bij de Zvw-behandelaar. De invulling van beschermd wonen zou moeten worden beperkt tot de definitie in de Wmo 2015.

Wij hebben in het rapport benadrukt dat de duiding geen verruiming of versmalling betekent van medisch noodzakelijk verblijf. Wij leggen met de duiding niet iets nieuws uit, behalve op het grensvlak met beschermd wonen, maar dat is conform hoe de wetgeving sinds 2015 is en dit is niet verbreed of versmald. Bij de overheveling van beschermd wonen naar de Wmo 2015 zijn de financiën al meegegaan. In het rapport hebben wij tevens benadrukt dat de duiding het kader is waarbinnen de individuele afweging van de behandelaar en cliënt over de medische noodzaak van verblijf plaatsvindt. Deze individuele afweging blijft het uitgangspunt, maar moet wel transparant zijn.

6.1.5 *Aanbevelingen*

Partijen kunnen zich over het algemeen vinden in de aanbevelingen van het rapport.

6.1.6 *Ingangsdatum en effecten*

Veel partijen geven aan de consequenties van de duiding niet voldoende duidelijk te vinden. Sommige partijen pleiten voor een overgangsregeling wat betreft de ingangsdatum van het rapport, om te voorkomen dat achteraf discussie ontstaat over de rechtmatigheid van medisch noodzakelijk verblijf.

Wij hebben de effecten in het definitieve rapport uitvoeriger opgeschreven en zijn daarbij ingegaan op de grensvlakken met de andere domeinen, zoals beschermd wonen Wmo 2015, voortgezet Wlz verblijf en forensische zorg.

De ingangsdatum van de duiding hebben wij op 1 januari 2018 gezet. Dit geeft aanbieders, behandelaren en cliënten de gelegenheid krijgen om onze duiding om te zetten in een passend zorgaanbod, op te nemen in hun processen en hierover met elkaar afspraken te maken.

6.2 **Adviescommissie Pakket**

Op 27 mei 2016 is het conceptrapport ter advisering voorgelegd aan de Adviescommissie Pakket. De commissie heeft aangegeven zich te kunnen vinden in de overwegingen in het rapport en adviseert de Raad van Bestuur hierover positief. De adviescommissie heeft de volgende aanbevelingen meegegeven:

- Verwacht niet te veel van de totstandkoming van richtlijnen en beslisinstrumenten: deze zijn nog in ontwikkeling en kunnen niet voor alle cliënten de beslissing tot opname concretiseren. Uiteindelijk is immers de individuele afweging leidend.
- Zorgaanbieders zouden vanaf het begin van opname richting moeten geven aan ontslag door duidelijke doelstellingen in het behandelplan af te spreken en door met andere partijen de periode na verblijf tijdig te bespreken.
- Praktijkvariatie is begrijpelijk; wel zou iedere opname achteraf uitlegbaar moeten zijn.
- Maak aanbevelingen concreter en schenk aandacht aan het delen van goede voorbeelden.
- Benoem het risico van afwenteling bij financiering in verschillende domeinen en doe aanbevelingen hoe dit te voorkomen
- Doe ook een aanbeveling om intensieve vormen van ambulante zorg te stimuleren om de brug te slaan tussen ambulante zorg en intramurale zorg.
- Er zou ook een vorm van toezicht/ monitoring moeten zijn op de uitvoering in de praktijk en op het zich voordoen van afwentelingsgedrag.

Wij hebben het rapport naar aanleiding van de aanbevelingen van de ACP op diverse punten genuanceerd, aangescherpt en aangevuld.

7 Aanbevelingen

Zoals wij in dit rapport hebben geconstateerd, speelt er veel op het gebied van goede zorg voor cliënten en de rol van opname in de GGZ. Het onderwerp staat sterk in de maatschappelijke belangstelling. Ook gaven wij aan dat deze duiding geen antwoord biedt op alle vraagstukken, maar dat daarvoor andere zaken nodig zijn dan duiding van wat te verzekeren zorg is. In hoofdstuk 3 noemden wij een aantal waardevolle initiatieven die zich richten op de verbetering van de kwaliteit van de GGZ.

In dit hoofdstuk geven wij, aan de hand van concrete knelpunten die wij bij het onderzoek in het kader van de duiding zijn tegengekomen, een aantal aanbevelingen om goede zorg en gepast gebruik te bevorderen.

7.1 **Ontwikkel criteria en instrumenten ter ondersteuning van de weging voor medisch noodzakelijk verblijf**

Wij constateren dat multidisciplinaire GGZ-richtlijnen weinig concrete criteria bevatten voor de afweging tussen behandeling met klinische opname en ambulante behandelen. De richtlijnen bevatten geen criteria voor ontslag uit klinische opname. Ook signaleren wij een grote mate van variatie in de weging van verblijf tussen professionals. De besluitvorming is niet transparant.

Deze duiding bevat het kader waarbinnen de individuele professional, zo mogelijk in samenspraak met de cliënt, de afweging over de medische noodzaak van verblijf maakt. Deze individuele weging blijft altijd het uitgangspunt en mag afwijken van de standaard, maar dit moet wel transparant en uitlegbaar zijn.

Criteria voor de weging van verblijf in richtlijnen, evenals meet- of triage-instrumenten kunnen professionals en cliënten helpen om deze afweging beter te maken en om inzichtelijk te maken waarom in een individueel geval van een standaard wordt afgeweken. Dit bevordert de kwaliteit en transparantie van het besluitvormingsproces. De rol van sociale – en omgevingsfactoren zou moeten worden meegenomen in dit proces. Wij adviseren om in de besluitvormingsinstrumenten/zorgstandaarden voldoende evaluatiemomenten in te bouwen 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 die op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut en in 2017 worden aangeboden, zullen partijen in het bijbehorende onderhoudsplan moeten opnemen wanneer dit wel het geval zal zijn.

Een constatering uit het onderzoek was tevens dat niet-inhoudelijke criteria een rol kunnen spelen bij de weging van verblijf. Wij adviseren GGZ-instellingen instrumenten als overleg, intervisie, visitatie en intercollegiale toetsing te gebruiken 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.

7.2 **Opname? Regel ook de randvoorwaarden voor ontslag!**

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de doelen van opname niet altijd duidelijk in het instellingsbeleid zijn vastgelegd. Ook de randvoorwaarden voor ontslag uit de

instelling zijn niet altijd duidelijk of tijdig geregeld op het moment dat ontslag uit de instelling in zicht komt. Een cliënt is ook niet altijd in staat om randvoorwaarden als huisvesting, uitkering, begeleiding naar werk etc. vanuit de instelling zelf te regelen.

Wij bevelen zorgaanbieders aan om zo snel mogelijk na opname – waar mogelijk in samenspraak met de cliënt of zijn vertegenwoordigers - het doel van de behandeling vast te stellen en daarbij ook de randvoorwaarden mee te nemen waaronder de cliënt verantwoord met ontslag kan.

Behalve voorwaarden voor geneeskundig en functioneel herstel, zullen ook sociaal-maatschappelijke randvoorwaarden moeten worden meegewogen in het ontslagbeleid: de zorgaanbieder zal die ook tijdig moeten bespreken met partijen die na ontslag bij de cliënt betrokken zullen zijn. Wat zijn de mogelijkheden van cliënt voor ambulante behandeling/begeleiding, wat is nodig op het gebied van huisvesting, inkomen, werk/dagbesteding, een sociaal netwerk. Wat moet hiervoor worden geregeld en op welk moment, wat kan de cliënt zelf, waar heeft hij of zij hulp bij nodig en wie is daarvoor dan verantwoordelijk?

Het vaststellen van gestructureerde zorgprogramma's, met duidelijk omschreven behandeldoelen en ingebouwde evaluatiemomenten kunnen instellingen behulpzaam kunnen zijn om een op hun doelgroep toegesneden en passend ontslagbeleid te ontwikkelen, waarbij ook de sociaal-maatschappelijk randvoorwaarden en het realiseren daarvan worden meegenomen.

7.3 Stimuleer intensieve ambulante zorgvormen

Intensieve ambulante GGZ voor cliënten met (ernstige) psychische stoornissen komt nog niet overal even goed van de grond. Er is bestaan soms grote discrepanties tussen ambulante en intramurale GGZ. Het stimuleren van intensieve ambulante behandelvormen kan een brug slaan tussen ambulante en intramurale GGZ en een extra impuls geven aan het voorkomen van opname. Zorgverzekeraars zijn er voor verantwoordelijk dat voldoende ambulante aanbod tot stand komt.

7.4 Verricht onderzoek naar (kosten)effectiviteit

Goede zorg veronderstelt dat interventies zijn gebaseerd op voldoende bewezen effectieve methoden en adequaat kosteneffectiviteitonderzoek. We constateren dat er weinig vergelijkend onderzoek is gedaan naar de (kosten)effectiviteit van behandeling met verblijf ten opzichte van ambulante behandeling. Een van de redenen is dat het doen van goed methodologisch onderzoek naar deze aspecten vaak lastig is en niet de juiste gegevens oplevert. Wij bevelen universitaire centra aan om adequate onderzoeksmodellen te (laten) ontwikkelen voor het doen van goed methodologisch onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit in de GGZ/verslavingszorg. Het doelmatigheidsonderzoek van Zon-Mw kan hierbij behulpzaam zijn.

7.5 Werk samen om te komen tot goede verblijfszorg in de GGZ!

In dit traject zijn wij gestuit op de signalen dat tekort aan passend ambulant GGZ-aanbod in bepaalde regio's leidt tot langere opname in de Zvw. Ook het grote tekort aan - en wachttijden voor betaalbare sociale huisvesting of een beschermende woonomgeving in het gemeentelijk domein vormt een knelpunt bij de door/uitstroom vanuit GGZ-instellingen naar ambulante vervolgzorg/voorzieningen.

Omdat onvoldoende ambulante zorg en bescherming gerealiseerd wordt voor cliënten die hierop zijn aangewezen, kan verblijf langer duren dan nodig. Een noodzaak die er, bij aanwezigheid van een adequaat ambulant aanbod waarschijnlijk niet was geweest. Ook aan de voorkant van de keten komt dit probleem voor. Als er onvoldoende adequate ambulante zorg beschikbaar is kan dit leiden tot een opname

die wellicht voorkomen had kunnen worden als voldoende ambulante aanbod aanwezig was geweest.

Wij vinden dit – zowel vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en bescherming voor de cliënt, als vanuit verzekeringsoogpunt – een onwenselijke situatie.

De verdeling van de (verblijfs)zorg in de GGZ over verschillende wettelijke domeinen leidt tot verschillende afbakenings- en financieringsvraagstukken. Deze duiding laat zien dat voor adequate zorg van belang is dat regionaal samengewerkt wordt tussen de bij de GGZ betrokken partijen. Op regionaal niveau is het van belang dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten afspraken maken 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. De aanbevelingen van de Commissie Dannenberg, de bestuurlijke samenwerkingsagenda van ZN en de VNG, het door het Trimbos te ontwikkelen handvat om regionale partijen te helpen bij het tot stand komen van goede GGZ in de regio, en het ondersteuningsprogramma Opvang en Bescherming van de VNG (waarvan de aanpak van wachttijden een onderdeel is) kunnen behulpzaam zijn in dit proces.⁷⁵ De sector is hier al wel in beweging, er zijn diverse voorbeelden van lokale en landelijke initiatieven waarbij partijen samenwerken om de ketenzorg aan GGZ-cliënten en verwarde personen te verbeteren.⁷⁶

7.6

Maak procesafspraken over (aankomend) ontslag van een cliënt

Wij adviseren dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in een ontslagprotocol landelijke en regionale procesafspraken maken over hoe moet worden gehandeld bij het (aankomende) ontslag van een cliënt uit een GGZ-instelling. Daarin zou bijvoorbeeld kunnen worden vastgelegd welke stappen op welk moment door welke partijen moeten worden gezet bij beoogd ontslag van een cliënt en wat er moet gebeuren in situaties dat de voor cliënt noodzakelijke vervolgzorg/voorziening niet (tijdig) beschikbaar is. Hierbij moet ook aandacht worden besteed aan het verschil tussen een niet-voorzienbare overdrachtssituatie (bijv. cliënt kan na crisis niet naar huis) en een voorzienbare overdrachtssituatie (bijv. na langdurige en/of electieve opname). Op basis van dit protocol kunnen partijen elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheden, om ervoor te zorgen dat de cliënt daadwerkelijk en tijdig de zorg of voorziening krijgt die het meest passend is en afspraken maken over de financiële afwikkeling.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

⁷⁵ Zie ook de brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de TK d.d. 2 mei 2016: "Monitor Trimbos en advies streefcijfers ambulantisering"

⁷⁶ Zie de brief "Maatschappelijke Opvang, Geestelijke gezondheidszorg" van de minister en staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de TK.



Medisch noodzakelijke opname in de GGZ
“Over behandeling, verblijf, wonen en werken”

17 februari 2015

Bij de uitvoering van deze opdracht hebben de auteurs een groot aantal instellingen bezocht. Tijdens deze bezoeken is met veel betrokken zorgverleners en anderen gesproken. De leden van de klankbordgroep hebben ook de moeite genomen om de concept versie van het rapport nauwlettend door te lezen en van commentaar en aanvullingen te voorzien. De auteurs willen iedereen van harte bedanken voor hun openheid en betrokkenheid.

In dit rapport wordt gesproken van cliënten in de voorzieningen voor Beschermd Wonen; hierbij is de instelling niet verantwoordelijk voor de eventuele behandeling. Voor de andere typen instellingen in de GGZ wordt het woord patiënt gebruikt dat meer aansluit bij het gebruik in de huidige praktijk. Overigens betreft het in beide situaties feitelijk gewone burgers die vanwege hun psychische stoornis extra aandacht behoeven.

Disclaimer: Bij de uitvoering van al haar opdrachten heeft Tangram zorgadviseurs als uitgangspunt dat het onderzoek of advies een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg vanuit de optiek van de opdrachtgever maar ook van de cliënt/patiënt als zorggebruiker.

Referentie Zorginstituut Nederland	681/0001/2014
Auteur(s)	Dr. P.B.G. Peerenboom, drs. J. Spek, Prof. Dr. C.L. Mulder
Datum	Februari 2015
Bestandsnaam	RapportMedischVerblijfGGZ

INHOUDSOPGAVE

AFKORTINGEN	V
SAMENVATTING.....	VII
1. INLEIDING.....	1
2. DE ONDERZOEKSAANPAK	2
2.1. Schriftelijke bronnen	2
2.2. Bezochte instellingen.....	2
3. DE CONTEXT VAN HET ONDERZOEK.....	3
3.1. Wet- en regelgeving	3
3.2. De gespecialiseerde GGZ	5
3.2.1. Organisatie van de gespecialiseerde GGZ	5
3.2.2. Enkele kwantitatieve gegevens.....	6
4. VERBLIJF IN RICHTLIJNEN EN LITERATUUR.....	9
4.1. Richtlijnen	9
4.1.1. Nederlandse richtlijnen.....	9
4.1.2. Internationale vergelijking	11
4.2. Literatuur.....	12
5. VERBLIJF IN DE PRAKTIJK.....	15
5.1. Bevindingen per type instelling.....	15
5.1.1. Integrale GGZ	15
5.1.2. PUK-PAAZ	17
5.1.3. Verslavingszorg.....	18
5.1.4. Specifieke doelgroepen.....	19
5.1.5. Beschermd wonen	20
5.2. Algemene analyse	22
5.2.1. Medisch noodzakelijk verblijf.....	22
5.2.2. Zorgvernieuwing.....	24
6. DE VRAAGSTELLING	26
BIJLAGEN.....	31
Bijlage 1. Definities van gebruikte termen	33
Bijlage 2. Samenstelling projectgroep	34
Bijlage 3. Samenstelling klankbordgroep	34
Bijlage 4. Geraadpleegde websites voor richtlijnen en literatuur	35
Bijlage 5. Geraadpleegde richtlijnen GGZ.....	35
Bijlage 6. Geconsulteerde instanties en instellingen	36
Bijlage 7. Semigestructureerde vragenlijst	38
Bijlage 8. Citaten over opname criteria in Nederlandse richtlijnen	40
Bijlage 9. Kwantitatieve gegevens.....	46

AFKORTINGEN

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ART	Assertive Recovery Triad
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BW	Beschermd Wonen
Bza	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bzv	Besluit Zorgverzekering
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EBM	Evidence Based Medicine
ECT	Elektroconvulsietherapie
EPA	Ernstige Psychiatrische Aandoening
FACT	Flexibel Assertive Community Treatment
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HIC	High Intensive Care
IBS	In Bewaring Stelling
IHT	Intensive Home Treatment
LMIG	Landelijke Monitor Intramurale GGZ
LPGGZ	Landelijk Platform GGZ
MATE	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie
MDO	Multidisciplinair overleg
MO	Maatschappelijke Opvang
MPU	Medisch Psychiatrische Unit
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PGB	Persoons Gebonden Budget
POH	PraktijkOndersteuner Huisarts
PUK	Psychiatrische UniversiteitsKliniek
RAAP	Registratie- en adviessysteem voor de acute psychiatrie
RACT	Resource Group Assertive Community Treatment
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RM	Rechterlijke Machtiging
SES	Sociaal Economische Status
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
SPV'er	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VIP-team	Vroege Interventie Psychose - team

VVGN	Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WVGGZ	Wet Verplichte GGZ
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	ZorgZwaarte Pakket

* * *

SAMENVATTING

Het Zorginstituut Nederland heeft een onderzoek uitgezet naar de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf als onderdeel van de geneeskundige GGZ. Het onderzoek richtte zich op het beleid en de besluitvorming rond opname, opnameduur en ontslag in relevante richtlijnen, standaarden en wetenschappelijke literatuur, alsmede in de praktijk. Het ZIN had een vijftal specifieke vragen geformuleerd rond de criteria die in de praktijk en in de literatuur worden gebruikt voor de besluitvorming rond opname, voortduren van het verblijf en ontslag. Het onderzoek heeft zich exclusief gericht op volwassen patiënten (18 jaar en ouder, inclusief 65+) binnen de geneeskundige GGZ, inclusief de verslavingszorg. Van het onderzoek uitgesloten waren de doelgroep jongeren en de forensische psychiatrie. Voor de beantwoording van de vraagstelling zijn alle Nederlandse richtlijnen voor de GGZ gescreend en vergeleken met richtlijnen in de VS en de UK. Daarnaast zijn, met gebruikmaking van een semigestructureerde vragenlijst, ruim 50 professionals bevroegd over hun dagelijkse praktijk van opname en ontslag. Het betrof professionals werkzaam in geïntegreerde GGZ-instellingen, PAAZ'en/PUK, instellingen voor verslavingszorg en instellingen voor Beschermd Wonen. Tevens is een enkele TOPGGZ-instelling bezocht en een aantal verpleeghuizen met afdelingen gerontopsychiatrie.

Onderzoek richtlijnen en literatuur

In de geraadpleegde Nederlandse en internationale richtlijnen in de GGZ staan criteria voor opname beschreven, maar er zijn geen meetinstrumenten met harde afkappunten beschikbaar. De criteria kunnen in 4 groepen worden gerubriceerd: het plegen van nadere diagnostiek, het instellen van medicatie, de effectiviteit van klinische behandeling en het gevaarscriterium (gevaar voor zichzelf of de omgeving). Voor de duur van een opname en voor ontslag zijn geen criteria beschreven.

In de literatuur en de richtlijnen wordt gewezen op het belang een opname te voorkomen en patiënten ambulant te behandelen. Nederland is één van de koplopers in Europa wat betreft het aantal bedden per 100.000 inwoners; in Italië en de UK zijn aanzienlijk minder bedden, terwijl sprake is van gelijklopende richtlijnen. In deze landen wordt actief beleid gevoerd door het organiseren van alternatieven voor opname, het betrekken van patiënt en familie bij de behandeling en het organiseren van een zinvolle dagbesteding.

In de literatuur zijn ook studies te vinden naar het verminderen van langdurige opnames. De toestand kan dusdanig stabiliseren dat het continue medische toezicht niet meer noodzakelijk is. Bij een actieve opstelling blijkt dat een groot deel van deze patiënten door gerichte training weer naar een meer zelfstandige woonomgeving kan worden overgeplaatst.

Praktijkonderzoek

In het praktijkonderzoek bleek het benoemen van criteria voor opname, opnameduur en ontslag vaak lastig te zijn, met een relatieve uitzondering voor de bezochte verslavingsklinieken en de TopGGZ instelling. Het uitleggen van de criteria in de richtlijnen en de andere factoren die een rol spelen bij een individuele casus is geen probleem, maar de vertaling naar een algemeen model met rangorde was moeizaam. De andere elementen die bij opname een rol spelen zijn te onderscheiden in 4 clusters:

- Kenmerken van de patiënt en zijn/haar directe omgeving;
- Kenmerken van de GGZ in het woongebied van de patiënt;
- Kenmerken van de omgeving/straat/woonwijk van patiënt;
- Kenmerken van de regelgeving en heersende normen en waarden.

Bij het bepalen van de duur van de opname spelen de cultuur, de gebruikelijke werkwijze van de instelling en de regionale kaart een rol. Veel instellingen hebben de laatste jaren de gemiddelde opnameduur verkort door de invoering van concrete zorgprogramma's met een van te voren vastgestelde duur. Een nauwe betrokkenheid van zogenaamde terugkeerteams of het FACT-team dat de cliënt ambulant behandelt, bevordert een sneller ontslag. Aan de andere kant is aangegeven dat een deel van de huidige bedbezetting in de GGZ wordt veroorzaakt door een gebrek aan mogelijkheden om patiënten naar elders (Beschermd Wonen of zelfstandige huisvesting) over te plaatsen.

Gehanteerde criteria voor opname

Als basis geldt voor iedereen het hebben van een psychiatrische stoornis. Naast de boven genoemde vier criteria uit de richtlijnen spelen vrijwel altijd ook andere factoren een rol bij het besluit tot opname. Het besluit tot opname kan plaatvinden door een crisisdienst, een opnameafdeling of een FACT-team. Gelet op de regionale verschillen in opnames kan geconstateerd worden dat de weging van factoren

niet overal tot dezelfde uitkomst leidt. Deze regionale verschillen worden ook gevonden in de kwantitatieve vergelijking tussen regio's in Nederland.

Opnameduur en ontslag

De opnameduur en het besluit tot ontslag zijn sterk afhankelijk van de reden tot opname en van de instelling waar men verblijft. Voor geplande opname hebben sommige instellingen gerichte programma's die zijn afgegrensd in duur; bij opname is de ontslagdatum al bekend. Bij anderen is het ontslagbeleid vager. Bij een crisisopname hebben sommige afdelingen als uitgangspunt dat als de crisis over is, de patiënt direct terugkeert naar de oude woonomgeving. Andere instellingen zijn passiever en hanteren een model waarin patiënten verder worden gestabiliseerd en eventueel intern worden overgeplaatst naar een meer chronische behandelafdeling. Belangrijkste criteria voor ontslag zijn het afronden van de beoogde diagnostiek, het bereiken van het behandeldoel, het aanwezig zijn van een gepaste woonomgeving en het oplossen van financiële problemen. Bijna alle bezochte instellingen geven aan dat als ze kritisch kijken naar de opnameduur, er sneller ontslagen kan worden.

Het voortgezet verblijf betreft een kleine groep patiënten die behoefte heeft aan verblijf gecombineerd met behandeling. Criteria zijn het hebben van een ernstige psychiatrische stoornis met regelmatige crises en verandering van gedrag die niet goed in een groep kunnen functioneren en ook niet zelfstandig. Uitplaatsing zou tot maatschappelijk verval leiden.

De duur van opnames wordt in sommige instellingen aanzienlijk verlengd door het ontbreken van voldoende capaciteit/voorzieningen aan de achterdeur.

Ambulante behandeling en een BW-omgeving

Het betreft vrijwel altijd EPA-cliënten waarbij de psychische stoornis dusdanig onder controle is dat een vorm van een dagprogramma kan worden gevolgd, er geen gevaar is voor de omgeving en cliënten redelijk in een groep kunnen functioneren. De BW-omgeving is voorbereid op het omgaan met de gedragsproblemen, en zij biedt structuur waarin cliënten kunnen werken aan hun vaardigheden om op termijn weer zelfstandig te kunnen wonen. Het betreft niet alleen RIBW's maar ook verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Keuzemomenten

Primair wordt er een keuze gemaakt voor al dan niet klinisch behandelen (Zvw) door de GGZ-hoofdbehandelaar (bij reguliere opname), het FACT team of door de crisisdienst. Er is geen algemeen gebruikt instrument die de besluitvorming rond opname en ontslag ondersteunt. Bij ontslag wordt in het MDO besproken waar de patiënt heen gaat voor het vervolg van de behandeling. De criteria voor toekenning van BW waren tot 2015 vastgelegd in de indicatiewijzer van het CIZ. Voor de plaatsing in een BW-voorziening bestaan in veel gemeenten zogenaamde 'plaatsingsteams'. Voor het volgen van de voortgang wordt in veel BW-instellingen de zelfredzaamheidsmatrix gebruikt.

Vergelijking van literatuur en praktijk

Naast de medisch inhoudelijke criteria genoemd in de richtlijnen spelen andere factoren een belangrijke rol. De belangrijkste daarvan zijn het beschikbaar zijn van alternatieven (intensieve ambulante behandeling, kortdurende respijtzorg, e.d.), de draagkracht en de wens van familie en naasten en de druk vanuit omgeving/straat/wijk met opvattingen over wat aanvaardbaar en gebruikelijk is, en de opvattingen van professionals over recht op autonomie voor de patiënt en goed hulpverlenerschap.

Uit buitenlandse cijfers is bekend dat er een sterk (en logisch) verband is tussen het aantal bedden en het volume aan verblijf. De wijze van bekostiging en de belangen van de instelling spelen een rol om bedden al dan niet bezet te houden. Het is onbekend in hoeverre het aantal bedden verband houdt met de kwaliteit van de GGZ, het aantal agressie-incidenten of de aantallen suicides. In het buitenland lijkt meer structurele aandacht voor het landelijk uitrollen van de alternatieven die een opname kunnen voorkomen.

Alle professionals onderschrijven het proces van ambulantisering en in de meeste bezochte instellingen heeft men de afgelopen jaren de werkwijze veranderd. Van belang zijn een gecoördineerde aanpak met verdere normering, het landelijk uitrollen van het ambulante aanbod, het beschikbaar zijn van passende huisvesting en het bieden van zinvolle dagbesteding.

1. INLEIDING

Zorginstituut Nederland adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Daarbij heeft het Zorginstituut de taak de kwaliteit en het gepast gebruik van zorg te bevorderen. Voor het project “medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ” is een onderzoek uitgezet naar de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf als onderdeel van geneeskundige GGZ. Het onderzoek richt zich op het beleid en de besluitvorming rond opname en ontslag in relevante richtlijnen, standaarden en wetenschappelijke literatuur, alsmede in de praktijk. Daarbij wenst de opdrachtgever ook scherp het onderscheid tussen medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ en beschermd wonen – evt. in combinatie met ambulante behandeling - in beeld te krijgen.

Voor het onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd:

1. Wat zijn voor de doelgroep de in praktijk door de relevante beroepsbeoefenaren/professionals gehanteerde criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ? Welke criteria hanteren zij bij het bepalen van de opnameduur en of een cliënt uit de instelling kan worden ontslagen?
2. Wat zijn voor de doelgroep de in de praktijk gehanteerde criteria voor ambulante GGZ-behandeling in een andere woonsituatie, in het bijzonder beschermd wonen?
3. Hoe wordt in praktijk de afweging gemaakt bij de keuze tussen medisch noodzakelijk GGZ-verblijf en ambulante behandeling in een andere woonvorm (in het bijzonder beschermd wonen)? Wie zijn bij de afweging betrokken en hoe vindt de weging van de criteria plaats?
4. Wat zijn voor de doelgroep de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf bij geneeskundige GGZ in de relevante richtlijnen, standaarden en (wetenschappelijke) literatuur? Welke criteria staan zijn hierin vastgelegd over opnameduur en ontslag?
5. Hoe verhouden de onder 4 gevonden criteria zich tot de in praktijk gehanteerde criteria?

In bijlage 1 worden een aantal definities gegeven van termen die bij de vraagstelling zijn gebruikt.

Het onderzoek richt zich op volwassen patiënten (18 jaar en ouder) binnen de geneeskundige GGZ (waaronder de verslavingszorg). Onder volwassen patiënten worden ook ouderen (65+) verstaan. Van het onderzoek uitgesloten zijn de doelgroep jongeren en de forensische psychiatrie. Ook ouderen die een verblijfsvoorziening hebben op de AWBZ-grondslag psychogeriatric vallen buiten het onderzoek. Op basis van de onderzoeksresultaten zal het Zorginstituut Nederland een duiding uitbrengen over medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ in de Zorgverzekeringswet.

Het ZIN heeft voor de begeleiding van de onderzoekers een projectgroep ingesteld (zie bijlage 2). Het onderzoeksteam heeft voor de inhoudelijke ondersteuning van het onderzoek een klankbordgroep samengesteld met vertegenwoordigers van een aantal instellingen (zie bijlage 3). Met de klankbordgroep is bij de start gesproken over de aanpak en methodiek van het onderzoek. Tevens is een eerste concept van de rapportage besproken.

In dit rapport komen achtereenvolgens aan de orde de aanpak van het onderzoek, de context, het literatuuronderzoek, het onderzoek in de praktijk en de beantwoording van de onderzoeksvragen.

2. DE ONDERZOEKSAANPAK

Het betreft een kwalitatief descriptief onderzoek met vier onderdelen: (a) een literatuur onderzoek, (b) het opstellen van een getalsmatige oriëntatie vanuit beschikbare publicaties, (c) een praktijkonderzoek bij GGZ instellingen en (d) een vergelijking van de literatuur en andere bronnen met de bestaande praktijk.

Bij het onderzoek is niet gezocht naar een grootste gemene deler of 'gemiddelde'. De gebruikte methodiek accentueert eerder de bestaande verschillen tussen de instellingen, waarbij de 'grootte' van de instelling niet mee wordt gewogen. Het onderzoek is uitgevoerd in drie fasen:

- (1) Oriëntatie, gesprekken met stakeholders, opstellen vragenlijst, keuze te bezoeken instellingen;
- (2) Uitvoering literatuuronderzoek, bezoek instellingen, en kennisinstituten;
- (3) Opstellen rapportage.

In de praktijk waren deze drie fasen niet volledig in de tijd gescheiden. Vanwege agenda perikelen heeft het praktijkonderzoek een maand langer geduurd dan aanvankelijk gepland.

De methodiek van het onderzoek, en in het bijzonder het bezoeken van instellingen om de bestaande praktijk in kaart te brengen, had een explorerend karakter. Een concept versie van het rapport is voorgelegd aan een aantal deskundigen voor commentaar.

2.1. Schriftelijke bronnen

Dit onderdeel betreft onderzoek in geschreven teksten (wetenschappelijke literatuur, websites, protocollen, richtlijnen, enz.). Voor zover relevant zijn schriftelijke bronnen in voetnoten aangegeven. De geraadpleegde websites zijn opgenomen in bijlage 4.

- ◆ Alle richtlijnen die binnen de GGZ in Nederland worden gehanteerd zijn onderzocht op de termen: criteria, kliniek, klinisch, ontslag, opname, setting (bijlage 5). Tevens zijn de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Vereniging voor Urologie gescreend op dezelfde termen om na te gaan of opname- en ontslagcriteria bij andere medische specialismen anders zijn uitgewerkt.
- ◆ Engelstalige richtlijnen zijn gescreend op de termen: admission, hospitalization, residential, instrument, discharge, criteria). Gezocht is op de websites van het Ministry of Health of New Zealand, het National Institute for Health and Care Excellence in England, en het United States National Guideline Clearinghouse (bijlage 4).
- ◆ Literatuur is gezocht via websites van Nederlandse kennisinstituten (Trimbos Instituut, Phrenos), via de geciteerde artikelen in de Nederlandse richtlijnen, via suggesties van bezochte personen en stakeholders. Tevens is gezocht op de websites van de American Psychological Association, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in België, het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Duitsland, de Cochrane library en Pubmed (bijlage 4).
- ◆ Bij het opstellen van een overzicht van bestaande kwantitatieve data rond opnames en regionale verschillen is geput uit de rapportages van het Trimbosinstituut en Vektis en publicaties van het ministerie van VWS.

2.2. Bezochte instellingen

In overleg met opdrachtgever is een lijst van stakeholders samengesteld die zijn bezocht (bijlage 6). Belangrijk onderdeel van het onderzoek betrof het bezoeken van GGZ-instellingen. Doel daarvan was om na te gaan hoe het proces van opname en ontslag in de praktijk is georganiseerd en welke criteria de professionals hanteren bij opname, verblijf en ontslag. Hiertoe is een semigestructureerde vragenlijst opgesteld (zie bijlage 7). Deze vragenlijst vormde bij de bezoeken een zekere leidraad en agenda, maar werd afhankelijk van de lokale situatie toegepast.

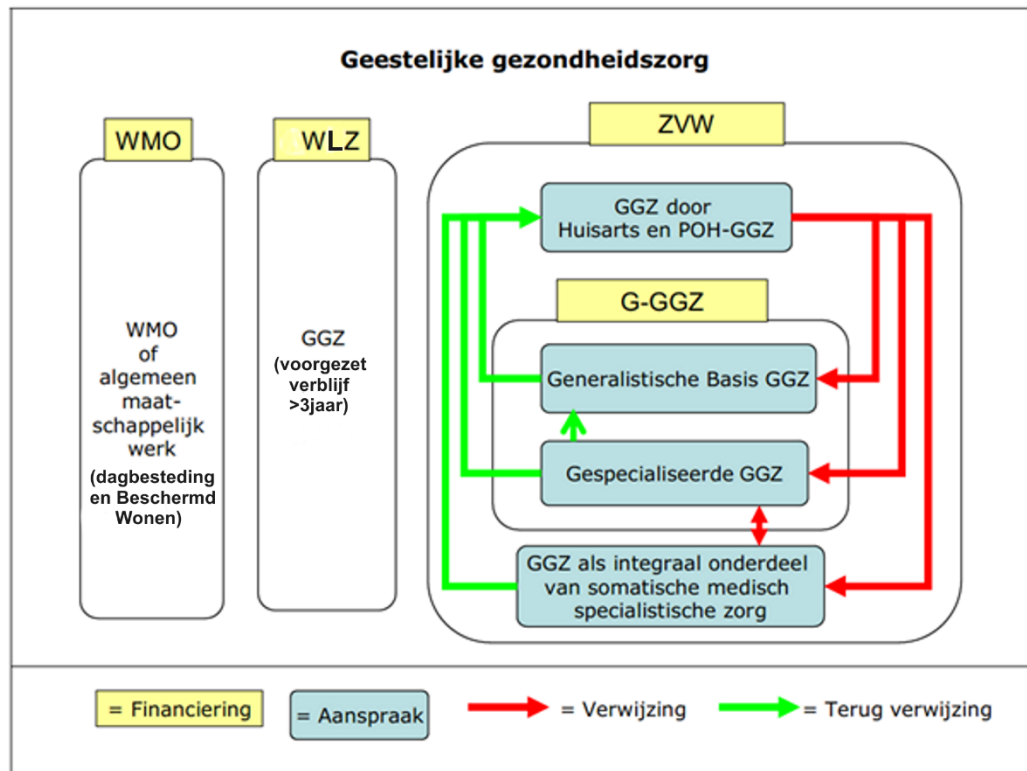
Bij de keuze van te bezoeken instellingen is rekening gehouden met een aantal factoren: regionale spreiding over Nederland, type instelling (Maatschappelijke Opvang [MO], Beschermd Wonen [BW], geïntegreerde GGZ, PAAZ/PUK, Verslavingszorg, Verpleeghuizen) en vernieuwende voorbeelden. Gezien de verwachte verschillen per regio is er, op advies van de klankbordgroep, voor gekozen om in een aantal regio's meerdere instellingen te bezoeken (Groningen, Noord-Holland, Eindhoven) om zicht te krijgen op de samenhang van voorzieningen. In bijlage 6 zijn de namen van alle bezochte instellingen en de daar gesproken professionals opgenomen.

3. DE CONTEXT VAN HET ONDERZOEK

Dit hoofdstuk bevat achtergrondinformatie over de belangrijkste wet- en regelgeving voor de GGZ en een korte beschrijving van de gespecialiseerde GGZ.

3.1. Wet- en regelgeving

Figuur 1. Opbouw van de GGZ vanaf 1-1-2015.¹



Sinds 2014 bestaat de aanspraak op GGZ in de Zvw uit vier onderdelen:

(1) Huisartsenzorg met GGZ-ondersteuning

De huisarts heeft een cruciale rol. Die signaleert, behandelt of verwijst mensen naar de generalistische basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De huisarts krijgt hierbij ondersteuning van de praktijk-ondersteuner GGZ (POH-GGZ).

(2) Generalistische basis GGZ

Vanaf 2014 is de generalistische basis-GGZ gevormd vanuit de vroegere eerstelijns GGZ en een deel van de tweedelijns GGZ. Hierin worden mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische stoornissen of mensen met stabiele chronische stoornissen behandeld. De zwaarte van de zorgvraag bepaalt welke zorg iemand krijgt.

(3) Gespecialiseerde GGZ

De gespecialiseerde GGZ richt zich op herstel of rehabilitatie van patiënten met complexe psychische stoornissen bij wie de kwaliteit van leven ernstig onder druk staat. In het bestuurlijk akkoord GGZ (2014-2017) hebben partijen afgesproken de beddenscapaciteit met een derde te reduceren ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren met ambulante zorg.² Bij medisch noodzakelijk GGZ-verblijf zal het veelal om deze zorg gaan.

De onderdelen 2 en 3 gezamenlijk worden ook wel de Geneeskundige GGZ (G-GGZ) genoemd.

¹ Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. Op weg naar een toekomstbestendige GGZ. CVZ, 10 juli 2013. Aangepast naar de situatie per 1-1-2015.

² Bestuurlijk Akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017.

(4) De GGZ als integraal onderdeel van somatisch specialistische zorg.

Naast de aanspraak in de Zvw bestaat er vanaf 1-1-2015 aanspraak op GGZ voor mensen met een psychiatrische aandoening in de WLZ en de WMO.

Zvw

Onder de geneeskundige GGZ valt de G-GGZ (artikel 2.4 Bzv), welke in duur onbeperkt is. Onder de te verzekeren prestaties valt ook verblijf in een GGZ-instelling indien dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg (artikel 2.12 Bzv). Tot 2015 was medisch noodzakelijk verblijf beperkt tot de duur van maximaal 365 dagen. Vanaf 1 januari 2015 is deze duur maximaal 1095 dagen.³ Uit artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering volgt dat niet uitsluitend artsen geneeskundige zorg kunnen verlenen, in dit verband relevant worden ook klinisch psychologen genoemd.

WLZ

Voortgezet verblijf (>3 jaar) in verband met een psychiatrische aandoening valt vanaf 2015 onder de WLZ. Criteria zijn een voorafgaande opname >1095 dagen, en de noodzaak dat behandeling in samenhang met het verblijf; de behandeling kan dus niet extramuraal/ambulant kan worden verstrekt. Het CIZ beoordeelt de aanvraag en geeft een indicatiebesluit af. Voorheen viel dit type verblijf, met als criterium 365 dagen Zvw-opname, onder de AWBZ (ZZP B)⁴.

Wmo

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van hun burgers bij de maatschappelijke participatie, ook indien zij een psychische stoornis hebben. Tevens zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke opvang (MO) en het bevorderen van verslavingszorg. Gemeenten hebben de plicht en bevoegdheid tot bemoeizorg vanuit hun verantwoordelijkheid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Vanaf 1-1-2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het beschermd wonen (BW) en de extramuraal begeleiding/dagbesteding.

Tot 2015 vielen BW en begeleiding/dagbesteding onder de AWBZ. Voor BW betrof het de functie "verblijf" (ZZP C) en de aanspraak was in duur ongelimiteerd.⁵ Criteria voor een indicatie waren onder andere dat iemand vanwege een psychische stoornis aangewezen moet zijn op een beschermende woonomgeving, en/of een therapeutisch leefklimaat, en/of permanent toezicht; en dat de noodzaak tot verblijf meer dan drie etmalen per week is. Het was mogelijk om het verblijf te realiseren middels een PersoonsGebonden Budget (PGB), waarbij de cliënt niet verblijft in een instelling voor Beschermd Wonen.

Gedwongen opname

Een andere wet die van belang is bij de opnames in de GGZ betreft de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). Iemand die een gevaar vormt voor zichzelf en/of zijn omgeving kan gedwongen worden opgenomen in een GGZ-instelling. De BOPZ geldt voor mensen met:

- ◆ een psychische stoornis of een verstandelijke beperking;
- ◆ geheugenproblemen / dementie.

Er bestaan twee vormen van gedwongen opname: de inbewaringstelling (IBS) en de verschillende rechterlijke machtigingen (RM). De IBS is een spoedprocedure waarbij de burgemeester beslist over de gedwongen opname van maximaal 34 weken. De RM is een geplande procedure die wat langer duurt, de rechter beslist hierover na een onderzoek door een onafhankelijk psychiater die de dwangopname goedkeurde. Een RM kan een half jaar tot een jaar duren. De beslissing tot beide typen opname moet worden gedaan door een onafhankelijk psychiater.

Dwangtoepassingen zijn soms onvermijdelijk wanneer het op andere manieren niet lukt om schade te voorkomen. Ambulant gaat het in de vorm van voorwaardelijke machtigingen, en klinisch door middel van dwangopname (IBS of RM), medicamenteuze dwangbehandeling en soms ook andere dwangmaatregelen zoals fixatie of separatie.

³ Deze zorg is verzekerd op basis van de artikelen 2.4 en 2.10 Besluit zorgverzekering; de duur van het verblijf is vanaf 2015 maximaal 3 jaar.

⁴ Artikel 13 Bza; het betreft de zogenaamde ZZP B's 1 t/m 7; in 2014 ongeveer 9.900 indicatiebesluiten (figuur 2, paragraaf 3.2).

⁵ Artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza); het betreft de zogenaamde ZZP C's 1 t/m 6; in 2014 ongeveer 48.000 indicatiebesluiten (figuur 2, paragraaf 3.2).

In plaats van de Wet BOPZ komen, als het parlement instemt, in de toekomst 2 afzonderlijke wetten:

- ◆ de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg voor psychiatrische patiënten (WVGGZ);
- ◆ de Wet Zorg en dwang voor mensen met een verstandelijke handicap of dementie.

De opsplitsing van de BOPZ vergroot de rechtsbescherming van de cliënt. De nieuwe WVGGZ gaat uit van (ambulant) behandelen en begeleiden en stelt de gedwongen opname niet langer centraal. Het is een patiëntvolgende regeling, waar de Wet BOPZ een locatie gebonden regeling is. Uitgangspunt van de nieuwe regeling is de keuzevrijheid van de patiënt bij het kiezen van een zorgaanbieder en de zorg die hij/zij wil ontvangen.

3.2. De gespecialiseerde GGZ

In deze paragraaf wordt de globale beschrijving gegeven hoe de gespecialiseerde GGZ is georganiseerd, samen met enkele kwantitatieve gegevens.

3.2.1. Organisatie van de gespecialiseerde GGZ

Het aanbod van de gespecialiseerde GGZ kent grote regionale verschillen met betrekking tot de manier waarop de zorg is georganiseerd. Iedere regio heeft zijn eigen historie, waarbij door specialisatie, fusies, overnames enz. een grote diversiteit aan organisaties is ontstaan. De zorg voor psychiatrische patiënten en voor verslaafden kennen een gescheiden historie. De afgelopen jaren is sprake van een toenadering en afstemming en in een aantal regio's zijn de twee typen instellingen gefuseerd. Sommige instellingen hebben ook afdelingen voor 'dubbeldiagnose' problematiek.

In totaal betreft de gespecialiseerde GGZ ongeveer 150 instellingen verdeeld over de volgende typen organisaties:

- ◆ Geïntegreerde GGZ-instellingen; historisch gezien fusies van meerdere instellingen, waaronder de vroegere RIAGG's en APZ'en. Dit type instellingen heeft in de regel verschillende onderdelen: poliklinieken, (F)ACT-teams, crisisopname, kortdurende behandelopname, langer durende behandelopname, voortgezet verblijf (ZZP B). In grotere instellingen zijn de afdelingen onderverdeeld naar onderliggende psychiatrische problematiek. Een aantal instellingen hebben ook voorzieningen voor Beschermd Wonen (BW; ZZP C). Sommige geïntegreerde GGZ-instellingen behandelen ook patiënten met verslaving.
- ◆ Instellingen voor verslavingszorg; grotere regionale instellingen, veelal ontstaan vanuit fusies. Naast afdelingen voor kortdurende opname hebben de meeste instellingen ook afdelingen voor langer durende behandelingen en voorzieningen voor BW (ZZP C). Deze instellingen hebben in de regel geen voorzieningen voor voortgezet verblijf (ZZP B).
- ◆ PAAZ en PUK, psychiatrische poliklinieken en opname afdelingen gevestigd in algemene en academische ziekenhuizen. Een deel van dit type voorzieningen functioneert als Medisch Psychiatrische Unit (MPU) voor psychiatrische patiënten met eveneens somatische problematiek. In de regel kennen dit type instellingen geen voorzieningen voor beschermd wonen of voortgezet verblijf.
- ◆ Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW), soms met meer dan 1000 plaatsen. De meeste voorzieningen zijn voor specifieke doelgroepen, jongeren, ouderen, gezinnen, al dan niet verslaafden die middelen gebruiken, enz. Sommige instellingen beheren tevens MO-voorzieningen. Naast het bieden van verblijfsaccomodaties voorzien RIBW's ook in begeleiding van zelfstandig wonende cliënten.
- ◆ TOPGGZ voorzieningen met een eigen certificatie systeem⁶; topzorg omvat diagnostiek, triage en therapeutische interventies. In de regel gericht op complexe problematiek en/of zeldzame aandoeningen (bv. eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, depressie, ADHD, angststoornissen); vaak betreft het afdelingen binnen geïntegreerde GGZ-instellingen.
- ◆ Verpleeghuizen met een afdeling gerontopsychiatrie waar ouderen met een indicatie ZZP C zijn opgenomen. Het beleid van zorgkantoren is wisselend. In sommige regio's worden verpleeghuizen alleen voor V&V-indicaties gecontracteerd, ook als sprake is van gerontopsychiatrie.
- ◆ Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en voor forensisch psychiatrische zorg (Tbs-klinieken) die allen buiten de scope van dit onderzoek vallen.

⁶ Concentratie van topzorg in de GGZ, visiedocument maart 2014 <http://www.topGGZ.nl/criteria.html>

- ◆ Een diversiteit aan kleinere klinieken voor specifieke aandoeningen of groepen (verslavingszorg, bepaalde typen behandeling en/of begeleiding).

3.2.2. Enkele kwantitatieve gegevens

In bijlage 9 zijn kwantitatieve gegevens opgenomen omtrent het aantal verblijfsplaatsen, het gebruik en de ontwikkelingen daarvan in de tijd, de verschillen tussen regio's alsook een Europese vergelijking. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen, gelet op de onderzoeksvraagstelling, behandeld.

Algemeen

In de periode 1993-2009 is het totale aantal klinische plaatsen licht gestegen. Het betreft in 2009 23.842 plaatsen voor volwassenen en ouderen. De verslavingszorg kent een toename van 1052 naar 2422 plaatsen in de beschreven periode. Het aantal verblijfsplaatsen beschermd wonen is ook sterk toegenomen en kent vanaf 2005 een versnelde stijging tot 13.994 plaatsen eind 2009.⁷

Tabel 1. Productie in dagen per type instelling over het jaar 2010.⁸

	2010	PAAZ/PUK	GGZ/BW	Gehand. Zorg	V&V	MO	Totaal
Klinische verpleegdagen GGZ	x 1 000	624	4435	60	138	31	5288
Deeltijdbehandelingen	x 1 000	210	1032	28	33	1	1304
Voortgezet verblijf incl. BH (ZZP B)	x 1 000	121	2791	20	193	0	3125
Beschermd wonen excl. BH (ZZP C)	x 1 000	42	3789	614	692	934	6071

In tabel 1 is te zien dat het grootste deel van de klinische verpleegdagen worden gerealiseerd door de geïntegreerde GGZ-instellingen, en ruim 10% door de afdelingen van ziekenhuizen (PAAZ/PUK). Het grootste deel van de intramurale plaatsen wordt gebruikt door langverblijvers (ZZP B en C), maar kortverblijvers vormen in aantal verreweg de grootste groep. Vanaf 2010 bevatten de landelijke cijfers niet meer het aantal verblijfsplaatsen maar de totale productie. Het totaal van 6.071.000 verblijfsdagen ZZP C in 2010 (figuur 1) betekent omgerekend 16.633 plaatsen bij een 100% bedbezetting.

Gegevens uit de Monitor Intramurale GGZ laten zien dat binnen de categorie van de kortdurende (Zvw-)opnamen ruim 50 % van de patiënten binnen een maand ontslagen wordt (tabellen 2a en 2b, bijlage 9). De grootste afname in volume (en dus aantallen bedden) kan gehaald worden bij de 20% langer verblijvende cliënten (>3 maanden) die gezamenlijk ongeveer 65% van de capaciteit bezetten. Geschat wordt dat ongeveer 80% van de intramurale capaciteit wordt bezet door zogenaamde EPA-cliënten.^{9,10} Meer recente cijfers laten zien dat de feitelijke intramurale capaciteit van GGZ-instellingen (Zvw financiering) in de periode 2008-2012 is gedaald van 13.080 naar 12.336 bedden.¹¹ Deze dalende trend zet zich in 2013 voort.¹² Bij de deelnemende geïntegreerde GGZ-instellingen heeft de gemiddelde opnameduur een licht dalende trend; de verblijfsduur per type aandoening kent echter een enorme variatie.¹³ Bij de deelnemende verslavingsklinieken nam het aandeel korte opnames (max. 7 dagen) zelfs toe van 11% in 2012 naar 54% in 2013.¹⁴ Deze dalende trend met betrekking tot het verblijf is echter niet gepaard gegaan met een gelijktijdige stijging van het ambulante gebruik van voorzieningen.

⁷ GGZ in tabellen 2011, Utrecht Trimbos instituut.

⁸ <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81732ned&D1=0,41-42,130-143&D2=1-9&D3=4-5&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T>

⁹ Trendrapportage GGZ 2012, Deel 1 Organisatie, structuur en financiering; Ambulantisering. Trimbos Instituut 2013

¹⁰ Delespaul Ph, en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 6, 427-438.

¹¹ GGZ in tabellen 2012, Utrecht Trimbos Instituut.

¹² LIMG, 2^e versie 2013. Trimbos Instituut 2014.

¹³ Project 14062 Praktijkvariatie ambulantisering vervolg. Vektis 2014.

¹⁴ Landelijke Monitor Intramurale GGZ, 2^e versie 2013. Trimbos Instituut 2014.

Het aantal patiënten met een ZZP B indicatie is toegenomen, maar lijkt zich de laatste 3 jaar te stabiliseren rond de 9750; recente cijfers uit de van het CIZ wijzen zelfs op een lichte daling naar 9500 patiënten.¹⁵ Dit komt overeen met de uitkomsten van de landelijke monitor intramurale GGZ die een vergelijking maakt van instellingen over de jaren 2012-2013. Meer dan de helft van de patiënten verblijft langer dan 4 jaar en de variatie van de gemiddelde verblijfsduur per instelling is gering.^{16,17} Een deel van de ZZP B productie vindt plaats in PAAZ/PUK (4%) en verpleeghuizen (6%).

De productie ZZP C is verder gestegen van 6.071.000 in 2010 tot 7.265.000 verblijfsdagen in 2012.^{18,19} Deze groei lijkt in 2013 tot stilstand te zijn gekomen.²⁰ Overigens kennen deze cijfers een grote afwijking ten opzichte van het aantal door het CIZ afgegeven indicaties (bijlage 9, figuur 2). Van de totale ZZP C productie wordt respectievelijk 10% door de sector gehandicapten gerealiseerd, 10% door V&V instellingen en 16% door MO-instellingen. De gemiddelde uitstroom van cliënten bij RIBW's is 16% per jaar; de reden van uitstroom is bij de meerderheid onbekend omdat deze niet wordt geregistreerd²¹. De gemiddelde opnameduur is 36 maanden (op basis van de gegevens van 11 organisaties) en de cliënten die uitstromen naar begeleid wonen waren gemiddeld 16 maanden in de beschermde woonomgeving. Ongeveer 30 % van de aanwezige cliënten is meer dan vier jaar opgenomen (tabel 3, bijlage 9).

In de periode 2002-2012 is het aantal onvrijwillige opnames toegenomen van 13.000 naar ruim 21.000. In diezelfde periode is het aantal voorwaardelijke machtigingen toegenomen van 30 naar 4.244 (tabel 5, bijlage 9). Dit wil zeggen dat het creëren van de mogelijkheid tot 'gedwongen' behandeling thuis niet gepaard is gegaan met een gelijktijdige afname in het aantal onvrijwillige opnames. Het blijft dan ook de vraag in hoeverre de invoering van de nieuwe WVGZ zal resulteren in een afname van het aantal gedwongen opnames.

In Europees perspectief blijkt dat Nederland in de absolute top verkeert met het aantal bedden per 100.000 inwoners. Voorts is in het merendeel van de Europese landen de beddenreductie in de afgelopen jaren aanzienlijk groter is dan in Nederland. Markant zijn onder andere de forse afname in het Verenigd Koninkrijk en Italië.²²

Regionale verschillen

Landelijk zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal en type bedden per regio. De kosten (alleen Zvw) rond verblijf in de GGZ per leeftijdscategorie per regio zijn wel beschikbaar en blijken tot een factor 3 met elkaar te verschillen.²³ Voorafgaand aan de vergelijking van regio's (op tweecijferige postcode) heeft standaardisatie plaatsgevonden waarbij de kenmerken leeftijd, geslacht, SES en urbanisatiegraad zijn meegewogen. Aangezien de tarieven per ligdag per instelling een veel kleinere variatie kennen dan een factor 3, kunnen de kosten worden beschouwd als een proxy van het aantal beschikbare intramurale plaatsen. En daar blijken dus grote regionale verschillen te bestaan.

De regionale verschillen komen ook tot uitdrukking in de opname prevalentie per regio van ABWZ-gefinancierde plaatsen (ZZP B en ZZP C). Wat betreft ZZP B bedraagt het verschil tussen laagste en hoogste regio een factor 7 in prevalentie. Ook voor de ZZP C blijkt er voor de opnameprevalentie een factor 3 tot 6 verschil te liggen tussen de regio's.

¹⁵ Op weg naar andere zorg CIZ-rapportage voor gemeenten over AWBZ-zorg voor volwassenen Nederland 1 juli 2014, 1 januari 2014, 1 juli 2013. CIZ

¹⁶ Landelijke Monitor Intramurale GGZ, 2^e versie 2013. Trimbos Instituut 2014.

¹⁷ Project 14062 Praktijkvariatie ambulantisering vervolg. Vektis 2014.

¹⁸ Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014. NZA 2014

¹⁹ Dit aantal komt overeen met 19.904 plaatsen bij een 100% bezetting.

²⁰ Landelijke Monitor Intramurale GGZ, 2^e versie 2013. Trimbos Instituut 2014.

²¹ Brancherapport RIBW Alliantie 2013.

²² Hoof F van, Vugt M van, Knispel A, Kroon H. Bedden tellen, Afbouw van de intramurale GGZ. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2012, 67 (6): 298-309. Bewerkte gegevens vanuit de oorspronkelijke bronnen: Dijk S van, Knispel A, Nuijen J. GGZ in tabellen 2010, Utrecht Trimbos-instituut 2011. En Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2008-2011, Utrecht NZa 2012.

²³ Ruiter KGC de, Groot MM de, Yerroo R ben. Analyse van de waarde van de zorg voor alcoholverslaving, angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie op basis van declaratie- en zorgzwaartegegevens. Vektis, september 2013.

De interpretatie van deze gegevens blijft lastig. De EPA vignettenstudie van Zorgverzekeraars Nederland laat een belangrijk verschil in prevalentie zien tussen gemeenten.²⁴ Ongeveer 40% van de mensen met EPA maken geen gebruik van de GGZ.²⁵ Dus ook verschillen in gedrag van de bevolking kunnen het gebruik beïnvloeden, en daarmee een van de verschillen in prevalentie verklaren dat is berekend vanuit zorgconsumptie en de aanwezigheid van voorzieningen. Kortom, meerdere variabelen spelen een rol, waaronder de prevalentie van bepaalde ziektebeelden, het gedrag van patiënten en behandelaars en de beschikbaarheid van plaatsen.

Op basis van de kwantitatieve data kan het volgende worden geconcludeerd;

1. In de periode 1993-2010 is het aantal klinische plaatsen in de GGZ licht gestegen, op onderdelen (verslavingszorg en beschermd wonen) is sprake van een grotere stijging. Het aantal ZZP-B patiënten lijkt zich te stabiliseren. Bij de geïntegreerde GGZ-instellingen is een dalende trend ingezet in de periode 2012-2013.
2. Er is sprake van een forse regionale variatie in aanbod en gebruik van klinische GGZ-voorzieningen. Ook als kenmerken als postcodegebied, leeftijd, geslacht, SES en urbanisatiegraad worden meegewogen.
3. In de verslavingszorg is, bij de aan het LMIG deelnemende instellingen, het percentage kortdurende opnames (<7d) tussen 2012-2013 toegenomen van 11% naar 54%.
4. Het aantal onvrijwillige opnames neemt jaarlijks toe, ondanks invoering van de mogelijkheid tot voorwaardelijke machtiging, waarbij de patiënt thuis gedwongen kan worden behandeld.
5. Nederland zit in de top van Europa daar waar het beddenaanbod en beddengebruik in de GGZ betreft.

²⁴ Rapportage EPA vignettenstudie, ZN mei 2014.

²⁵ Emst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van het zorggebruik. Trendrapportage GGZ 2012 deel 2B: Toegang en zorggebruik; Trimbos Instituut.

4. VERBLIJF IN RICHTLIJNEN EN LITERATUUR

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er in richtlijnen en literatuur omgegaan wordt met de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ.

4.1. Richtlijnen

4.1.1. Nederlandse richtlijnen

Deze paragraaf gaat in op de wijze waarop in de Nederlandse richtlijnen criteria voor opname en ontslag zijn beschreven. Bijlage 6 bevat een lijst met alle bestudeerde richtlijnen, en bijlage 8 een bloemlezing van relevante passages uit de richtlijnen. Het betreft voor het merendeel multidisciplinaire richtlijnen. In het kader van dit onderzoek is overigens niet gekeken op individueel patiënt niveau in hoeverre de criteria worden toegepast in de praktijk.

Criteria voor opname

In veel richtlijnen worden criteria voor opname genoemd. Een klinische opname wordt gezien als laatste redmiddel op het moment dat ambulante (dag-)behandeling onvoldoende werkt. Sterker nog, opname wordt als traumatiserend gezien en moet als het kan worden voorkomen. Daarom volgen de richtlijnen het zogeheten 'stepped care'-principe, waarbij de patiënt in de eerste plaats de zorg krijgt aangeboden die het minst intensief is en waarvan toch wordt verondersteld dat deze het hoogst haalbare behandeldoel oplevert. Het principe van 'matched care' komt ook steeds vaker voor: direct kiezen voor een meer intensieve aanpak in relatie tot het profiel van de cliënt als de verwachting is dat dit sneller tot het gewenste resultaat leidt.²⁶

De in de richtlijnen genoemde criteria voor opname kan men grofweg verdelen in vier groepen:

- [1] nadere diagnostiek;
- [2] het instellen van medicatie;
- [3] de effectiviteit van klinische behandeling;
- [4] het gevaarscriterium.

Nadere diagnostiek

In enkele richtlijnen (richtlijn depressie, richtlijn dubbele diagnose) wordt opname aanbevolen indien het ambulant niet voldoende mogelijk is tot een diagnose te komen. Opname heeft het voordeel van de mogelijkheid tot langer durende observatie in een multidisciplinaire setting, zo nodig 24-uur per dag. Ook kan opname een situatie bevorderen waarin patiënt weer tot rust komt, zeker als er verslaving en dakloosheid in het spel is, waardoor diagnostiek beter mogelijk wordt.

Het instellen van medicatie en ECT

Het doseren van psychotrope medicijnen is soms een ingewikkeld afwegen van effectiviteit en bijwerkingen. Sommige middelen kennen dusdanig ernstige bijwerkingen dat klinische observatie noodzakelijk is bij een eerste start van de behandeling om te bezien of ze gaan optreden. Dit geldt voor sommige vormen van medicatie bij onder andere depressie, psychotische en bipolaire stoornissen. De criteria hiervoor zijn nauwkeurig in de richtlijnen omschreven. Andersom geldt dit ook; bij ambulante therapie kunnen de bijwerkingen dusdanig ernstig worden dat opname is geïndiceerd (bv lithiumtherapie bij bipolaire stoornissen). De ElectroConvulsieTherapie (ECT) bij ernstige vormen van depressie of schizofrenie kan alleen klinisch worden toegepast.

De effectiviteit van de klinische behandeling

Bepaalde behandelingen dienen plaats te vinden in een gecontroleerde omgeving met continu toezicht, zorg en begeleiding. Klinische behandeling wordt onder andere genoemd in de richtlijnen voor eetstoornissen, verslavingszorg met ernstige psychiatrische comorbiditeit, hardnekkige SOLK, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

²⁶ Een project als 'housing first' is daarvan een goed voorbeeld, waarbij een dakloze cliënt direct zelfstandig wordt gehuisvest en aansluitend intensieve ondersteuning en behandeling wordt gegeven van resterende problemen. Hiermee voorkomt met een langer durend traject via MO-instellingen, opname in een GGZ-instelling, overplaatsing naar begeleid wonen en uiteindelijk zelfstandig wonen.

In de meeste richtlijnen wordt een stepped care benadering aanbevolen, waarbij ambulante behandeling de voorkeur geniet. In sommige gevallen kan intensieve kortdurende klinische psychotherapie en het verblijven in een sociotherapeutisch milieu effectiever zijn dan ambulante behandeling. De behandelintensiteit kan worden vergroot en patiënt wordt uit zijn eigen omgeving gehaald. Voorbeelden daarvan zijn sommige verslaafden en gezinnen met zeer complexe problematiek waarbij klinische opname van het hele gezin de enige mogelijkheid voor een effectieve behandeling. Het is noodzakelijk hen uit hun sociale omgeving te halen die aanzet tot middelengebruik. Na behandeling moet vaak een andere woonomgeving worden gezocht.

Het gevaarscriterium

Het gevaarscriterium is van belang voor veel opnames. Voorbeelden daarvan zijn eetstoornissen met ernstige somatische afwijkingen en detoxificatie van verslaafden. Bij gedwongen opname in het kader van de Wet BOPZ is gevaar het leidende criterium.

Bij opname in het kader van de BOPZ moet voldaan zijn aan vier criteria: (1) een (vermoeden van een) geestesstoornis, (2) gevaar, (3) een causaal verband tussen beide en (4) het ontbreken van alternatieven om het gevaar af te wenden (ultimum remedium). Het criterium gevaar wordt in de "richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling" uitgesplitst naar typen gevaar, maar er is geen objectieve maatstaf om dit gevaar te 'meten'.²⁷ Gestructureerde risicotaxatie met behulp van een instrument wordt tot nu toe in de psychiatrie ook niet zinvol geacht, aangezien de incidentie van de twee te voorspellen gebeurtenissen (gevaar voor anderen en suïcide) zo laag is, dat een instrument niet voldoende sensitiviteit of specificiteit heeft.²⁸ Voor de preventie van suïcide zijn het in gesprek gaan met cliënten en het betrekken van familie en eerstelijns van belang.²⁹ Er zijn ook geen goede risicotaxatie instrumenten voor het bepalen van de vaker voorkomende zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang als criteria voor dwangopname. Er is een reeds lang bestaande stijgende trend in het aantal opnames onder de BOPZ.³⁰ De redenen hiervoor zijn complex en betreffen mogelijk een verminderde tolerantie van de samenleving voor afwijkend gedrag, een toename van bemoeizorg en toepassing van het bestwilprincipe.

Algemeen

Er bestaat een richtlijn "psychiatrisch onderzoek"; in deze richtlijn wordt wel aandacht besteed aan de context waarin het onderzoek wordt uitgevoerd. Maar er wordt niet expliciet ingegaan op de vraag of opname noodzakelijk is, wat daarvan de toegevoegde waarde zou zijn en of een alternatieve ambulante behandeling voorhanden is. Dat betekent dat in deze richtlijn de focus (nog) niet is gericht op ambulante behandelen tenzij.³¹

Criteria voor opnameduur

Geen enkele richtlijn geeft aanwijzingen voor de opnameduur. Ook wordt in geen enkele richtlijn beschreven waarom patiënten eventueel langdurig zouden moeten worden opgenomen (ZZP B), wel dat een enkele behandeling langer dan een jaar kan duren.

Criteria voor ontslag of overplaatsing

Geen enkele richtlijn geeft criteria voor ontslag. Ook wordt in geen enkele richtlijn aandacht besteed aan de randvoorwaarden waaraan de extramurale setting moet voldoen voordat een patiënt kan worden ontslagen. Wel staan in meerdere richtlijnen criteria voor het doorsturen van patiënten naar het derde echelon. Overigens gaat een dergelijke doorverwijzing niet automatisch gepaard met opname/verblijf in de derdelijns voorziening. Het betreft hier eigenlijk altijd nadere diagnostiek, intensieve multidisciplinaire behandeling of langdurige psychotherapie. Onderstaand worden een aantal voorbeelden gegeven voor doorverwijzing:

(1) Eetstoornissen: ernstige problematiek, onvoldoende resultaat van behandeling elders, comorbiditeit.

²⁷ Opvattingen over maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing beïnvloeden dwangopname. Mulder CL, Tielens JAE, Tijdschrift voor psychiatrie 50 (2008) 4

²⁸ Evan Podolak E. Suicide risk assessment: searching for true positive. International journal of adolescent medicine and health 11/2014; DOI: 10.1515/ijamh-2015-5015

²⁹ Kerkhof AJFM, Hemert AM van, Stand van zaken Suïcidepreventie, richtlijn voor tijdige en goed georganiseerde hulp. NVTG 2013; 157:A5730, 1-6.

³⁰ Schoevaerts K, Bruffaerts R, Mulder CL, Vandenberghe J. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 45-55.

³¹ Inmiddels is een herziene versie van deze richtlijn in voorbereiding die in december 2014 voor commentaar aan betrokkenen is voorgelegd.

(2) SOLK en somatoforme stoornissen: patiënten met het profiel ‘ernstig’ betreft somatoforme stoornissen van langere duur, die al medische ingrepen hebben ondergaan en verstoorde behandelrelaties hebben (gehad). Indien de patiënt daartoe te motiveren is, kan cognitieve gedragstherapie in een derdelijns instelling met multidisciplinaire behandeling aangewezen zijn.

(3) Persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende baat hebben bij behandeling in de tweede lijn, comorbiditeit tussen As-II en As-I/As-III, zoals verslaving, ernstige depressie, bijkomende lichamelijke ziekten en gevallen waarin sprake is van andere complicerende factoren, zoals een taalbarrière of onvoldoende intellectuele vermogens.

Vergelijking met andere specialismen

De opnameduur in Nederland in algemene (niet-psychiatrische) ziekenhuizen is in de loop van de afgelopen 30 jaar gehalveerd (van 14 naar 7 dagen). Patiënten die vroeger werden opgenomen worden nu poliklinisch of in dagbehandeling behandeld. Tegelijkertijd is het aantal opnames met 60% gestegen.³² De vraag kan worden gesteld in hoeverre criteria voor opname of ontslag in richtlijnen hierop van invloed zijn geweest. Daarom zijn in het kader van het huidige onderzoek 38 richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en 25 richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Urologie gescreend met dezelfde zoektermen als de richtlijnen in de GGZ. De vraagstelling was in hoeverre bij deze somatische specialismen meer/hardere criteria gehanteerd worden rond opname en ontslag. Als uitkomst kan worden geconstateerd dat de onderzochte richtlijnen juist veel minder criteria voor opname bevatten dan de richtlijnen voor de GGZ, en ook hier worden geen criteria voor ontslag genoemd.³³ De dalende trend in opnameduur voor somatische specialismen heeft kennelijk plaatsgevonden ondanks het feit dat hiervoor in de richtlijnen geen expliciete criteria zijn geformuleerd. Factoren die mogelijk wel een rol spelen zijn de wens van de patiënt om zo kort mogelijk te worden opgenomen en anderzijds een financiële prikkel voor behandelaars/instellingen om korter op te nemen.

4.1.2. Internationale vergelijking

Naast de Nederlandse richtlijnen zijn drie richtlijnen geraadpleegd van het ministerie van gezondheid in New Zeeland, zeven richtlijnen gepubliceerd door NICE in het Verenigd Koninkrijk (UK) en vijftien richtlijnen uit de database van het United States National Guideline Clearinghouse. De opname criteria komen in grote lijnen overeen met de Nederlandse variant zowel wat betreft de GGZ in het algemeen als de verslavingszorg. In de internationale richtlijnen worden ook geen criteria voor opnameduur en ontslag beschreven. Wat in de UK echt anders is betreft de richtlijn voor de behandeling van psychoses en schizofrenie. Daar zijn recentelijk een aantal wijzigingen in aangebracht, waarbij de nadruk wordt gelegd op intensieve behandeling thuis. De in het hele land ingestelde intensive hometreatment (IHT) teams behoren de toegang tot een eventuele opname te bewaken.³⁴ Ook wordt in een aantal richtlijnen expliciet verwezen naar de verantwoordelijkheid van eerstelijns en tweedelijns zorgverleners om gezamenlijk zorgpaden te ontwikkelen. NICE heeft ook een toolkit voor het bevorderen van de terugkeer naar de oude woonsituatie³⁵. NICE werkt momenteel aan een richtlijn over de overplaatsing van patiënten naar de community care thuis situatie.³⁶

Geconcludeerd kan worden dat in de geraadpleegde Nederlandse en internationale richtlijnen in de GGZ criteria voor opname staan beschreven, maar dat er geen meetinstrumenten met harde afkappunten beschikbaar zijn waarmee professionals in de zorg hun besluit tot opname of ontslag kunnen onderbouwen. In de regel moet opname worden voorkomen; onder bepaalde omstandigheden wordt een opname medisch noodzakelijk geacht. Voor de duur van een opname en voor ontslag zijn geen criteria beschreven. Wel spelen in de UK de IHT-teams een structurele rol bij opname en ontslag.

³² Gezondheid in cijfers 2008. CBS 2008.

³³ Uitzonderingen daarop vormen de richtlijn voor schedeltrauma met criteria voor opname (gevaar!) en de richtlijn beroerte met voorwaarden voor de zorg bij ontslag.

³⁴ “Crisis resolution and home treatment teams should be the single point of entry to all other acute services in the community and in hospitals. Consider acute community treatment within crisis resolution and home treatment teams before admission to an inpatient unit and as a means to enable timely discharge from inpatient units. Crisis houses or acute day facilities may be considered in addition to crisis resolution and home treatment teams depending on the person's preference and need.” Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management Issued: February 2014 last modified: March 2014 NICE clinical guideline 178

³⁵ National Institute for mental health in England, A POSITIVE OUTLOOK, a good practice toolkit to improve discharge from inpatient mental health care, April 2007

³⁶ <http://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/GID-SCWAVE0711>

4.2. Literatuur

De conclusie uit de vorige paragraaf is dat de professionele richtlijnen medisch inhoudelijke criteria geven voor opname en geen criteria voor ontslag. Daarnaast zien we in Nederland enorme verschillen per regio. Blijkbaar bestaat er een grote variatie in 'datgene wat gebruikelijk is onder beroepsgenoten'. Het gaat niet alleen maar om de klinische noodzaak tot opname zoals omschreven in richtlijnen, maar ook om andere factoren.³⁷ De druk van naasten en omgeving, en de beschikbaarheid van bedden bleken in deze studie mede van invloed op het besluit tot opname. In een studie van Post e.a. werd aangetoond dat personen die alleen wonen en een klein sociaal netwerk hebben, vaker een dwangopname ondergaan.³⁸ Een hoger aantal ambulante behandelcontacten lijkt een verband te hebben met een lager aantal dwangopnames.³⁹

De ziektelast van psychische stoornissen is in Nederland niet erg afwijkend van andere landen in Europa⁴⁰ en ook de Nederlandse richtlijnen verschillen niet enorm van die in de UK. Waarom is er in Nederland dan zo veel meer medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ? Met die vraag is gezocht naar literatuur uit vooral het Verenigd Koninkrijk en Italië, landen waar het aantal bedden aanzienlijk lager is dan in Nederland. Deze landen komen ook van een traditie met meer bedden.

Wat zowel in Italië als in de UK opvalt, is de uitgebreide en nationaal dwingende aandacht die wordt besteed aan een integrale aanpak. EPA cliënten hebben niet alleen een psychische stoornis, maar problemen op allerlei levensterreinen, familie, omgeving, financieel, werk, enz. Essentiële, voor een deel nieuwe en recent ingevoerde elementen in hun aanpak zijn:

- Een bewuste keuze voor ambulantisering op nationaal niveau met afbouw van klinische bedden; dit was destijds in deze landen een politieke keuze;
- Sturing op samenwerking en afstemming in de zorg tussen de echelons;
- Ambulante begeleiding en behandeling door multidisciplinaire teams; op- en afschaling naar de behoefte van de patiënt;
- Patiënten worden zelf actief betrokken bij het stellen en bereiken van persoonlijke doelen;
- Nauwe samenwerking tussen de sectoren zorg en welzijn;
- Structurele organisatie van alternatieven voor opname: FACT-teams, IHT-teams, dagbehandeling, ed.
- Een sterke nadruk op invulling van de dag: dagopvang, dagbegeleiding, dagbehandeling en actieve begeleiding naar werk;
- Wanneer toch tot opname wordt besloten, veelal in geval van een crisis, blijft het ambulante team betrokken. Tegelijkertijd werkt het ambulante team aan het voorbereiden van terugplaatsing naar de oude woonsituatie;
- Opname staat in het kader van een concreet behandeldoel, niet om de cliënt te genezen, maar om de situatie weer beheersbaar te maken zodat thuis verder herstel kan volgen.
- Zorg voor adequate en betaalbare huisvesting, waardoor de opnameduur niet onnodig lang hoeft te zijn, met name huisvesting in de sociale sector en beschermd wonen.

Overigens bestaan er ook in Italië aanzienlijke regionale verschillen, is de monitoring van de kwaliteit van zorg een punt van aandacht en zijn er geen financiële analyses bekend over de vermindering van de kosten van de beddenreductie.^{41,42}

³⁷ Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 56(2005)4, 452-457.

³⁸ Post LFM van der, Mulder CL, e.a. Social support and risk of compulsory admission: Part IV of the Amsterdam study of acute psychiatry. *Psych.Services* 63(2012)6, 577-583.

³⁹ Post LFM van der, Mulder CL, e.a. Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam study of acute psychiatry. *Psych.Services* 60(2009)11, 1543-1546.

⁴⁰ Nederland scoort 3013 op een range van 2546-4015 Standard Disability Adjusted Life Years.

<http://data.euro.who.int/healthatlas/DiseaseBurdenDALY/atlas.html>

⁴¹ Amaddeo F, Grigoletti L, Montagni I. Mental health care financing in Italy, current situation and perspectives. *J.Nervous and Mental disease* 202(2014)6, 464-468.

⁴² Picardi A, Lega I. e.a. Monitoring and evaluating the Italian Mental Health System, the Progetto Residenze study and beyond. *J.Nervous and Mental Disease* 202(2014)6, 451-459.

Meerdere studies verwijzen naar het verminderen van kosten en/of het verbeteren van de kwaliteit van zorg door het inzetten van IHT en FACT teams.^{43,44,45} Een vergelijkende studie in Australië, Italië (beide landen met veel minder bedden) en Nederland laat zien dat een actieve community care aanpak de duur van een eventuele opname kan verkorten. Ook bleek er een zekere aanwijzing dat community care het aantal opnames vermindert.⁴⁶ In het Verenigd Koninkrijk blijkt er in meerdere studies een positief effect van ambulante crisisinterventie op het voorkomen van opname.⁴⁷ Een Nederlandse studie naar de effecten van FACT laat een gemitigeerd beeld zien. Er is een beter bereik van de doelgroep, met meer mensen in zorg. Er wordt meer ambulant behandeld, maar het totaal aantal bedden en opnames is niet gedaald. De totale kosten lijken niet te dalen.⁴⁸ Een probleem bij meerdere studies is de duur van de onderzochte periode die vaak te kort is. In de regio van GGZ Noord-Holland Noord is het aantal bedden aanzienlijk gedaald in een periode van 10 jaar; de klinische capaciteit is ook lager dan het gemiddelde in Nederland^{49,50}. Een belangrijke les die daaruit kan worden getrokken is, dat de introductie van FACT niet automatisch gepaard gaat met een beddenreductie, maar dat een actief beleid tot beddenreductie noodzakelijk is. Daarnaast laat de ervaring in Noord Holland zien dat ook jaren na de introductie van de FACT er nog steeds een afname is van het aantal klinische opnames. De uitstroom naar een ambulante voorziening van een aantal langdurige ZPP-B cliënten behoort tot de mogelijkheden.⁴⁸ Van belang is een geïntegreerde aanpak die niet alleen gericht is op behandeling maar ook op dagbesteding, werk, wonen en sociale inclusie.

In Engeland is studie gedaan naar de effecten om patiënten die al langer zijn opgenomen weer te rehabiliteren. Belangrijke aanzet daartoe is de studie van Leff e.a. geweest, waarbij langdurig opgenomen patiënten naar een meer normale woonsituatie zijn teruggekeerd. De psychiatrische symptomen en het sociale gedrag van cliënten bleken niet veel gewijzigd, maar desondanks was het mogelijk om deze cliënten vaardigheden te leren om begeleid te wonen.⁵¹ Wel wordt gewezen op het belang van een goede voorbereiding en begeleiding bij overplaatsing.⁵²

Leff toonde ook aan dat er een groep cliënten is waarvan wordt ingeschat dat het moeilijk is hen terug te plaatsen in de maatschappij. Maar ook bij deze groep werd na 5 jaar een aanzienlijke teruggang in problematisch gedrag geconstateerd en kon 40% alsnog worden teruggeplaatst naar een normale woonomgeving.⁵³ Cliënten waren meer tevreden met de zorg en de herwonnen vrijheid, de kwaliteit van de leefomgeving was beter en er was een verbetering in de sociale relaties.

In een systematisch review van de literatuur is nagegaan welke elementen van belang zijn voor herstel van cliënten. Het betreft naast evidence based behandel methoden ook onder andere de leefomgeving, de relatie tussen patiënt en hulpverlener en het betrekken van de familie bij de hulpverlening.⁵⁴ Overigens zijn er weinig studies gedaan naar het effect van de opnameduur op de uitkomst; de weinige studies zijn al ouder en niet erg overtuigend.⁵⁵

⁴³ David P. J. Osborn DPJ, Lloyd-Evans B, e.al. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *BJP* 2010, 197:s41-s45.

⁴⁴ Lötscher K, Stassen HH, Hell D, Bridler R. Community-based crisis home programme. Cost-efficient alternative to psychiatric hospitalization. *Nervenarzt*. 2009, 80(7):818-26.

⁴⁵ Malone D, Marriott S, e.al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illness and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3, Art.No. CD000270.

⁴⁶ Sytema S, Burgess P, Tansella M. Does Community Care Decrease Length of Stay and Risk of Rehospitalisation in New Patients With Schizophrenia Disorders? A Comparative Case Register Study in Groningen, the Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy. *Schizophrenia Bulletin* 2002, 28(2), 273-281.

⁴⁷ Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of systematic reviews* 2012, Issue 5, art.no. CD001087.

⁴⁸ Haan Jde, Ruiters Gde, e.al. Onderzoek naar de meerwaarde van de inzet van Functie Assertive Community Treatment (FACT) Verkennende analyse van de invloed van FACT in de regio op basis van declaratie-gegevens. KPMG Plexus, Vektis, Definitieve versie 1.0, 12 september 2012.

⁴⁹ GGZ Noord-Holland Noord vergeleken met landelijke cijfers; peiljaar 2008. HHM april 2010.

⁵⁰ GGZ Noord-Holland Noord Business case FACT 2014.

⁵¹ LEFF J, TRIEMAN N, KNAPP M, HALLAM A. The TAPS Project; a report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin* (2000), 24, 165-168

⁵² Farhall J, Trauer T e.al. Minimizing Adverse Effects on Patients of Involuntary Relocation From Long-Stay Wards to Community Residences. *Psychiatric Services* 54:1022-1027, 2003

⁵³ Trieman N & LEFF J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community; TAPS Project 44 *Brit.J.ofPsych.*(2002), 181, 428-432

⁵⁴ Taylor TL, Killaspy H, e.al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9(2009)55. doi:10.1186/1471-244X-9-55

⁵⁵ Babalola O, Gormez V, e.al. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, issue 1, Art.no. CD000384

In Nederland is een studie gedaan naar het deinstitutionaliseren van cliënten, met name van RIBW's.⁵⁶ Deze studie gaat in op de overeenkomsten tussen beschermd wonen (BW)- en begeleid zelfstandig wonen (BZW) cliënten in Nederland en Engeland. Het lijkt erop dat een groot deel van de residentiele cliënten zou kunnen overstappen naar een zelfstandige woonsituatie. RIBW's hebben in de regel een rehabilitatie aanpak waarbij zij relatief succesvol zijn bij het vergroten van de maatschappelijke participatie van hun cliënten. In deze studie wordt het belang geconstateerd van de persoonlijke relatie tussen hulpverlener en cliënt waarbij naar een gezamenlijk geformuleerd doel wordt toegevoerd. Veel nadruk ligt ook op een zinvolle daginvulling.

Recentelijk heeft het ZIN een studie gedaan naar de verslavingszorg.⁵⁷ In dat rapport wordt geconcludeerd dat klinische behandeling in de regel niet effectiever is dan ambulante behandeling. Er bestaat ook weinig vergelijkend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van klinische ten opzichte van ambulante cognitieve gedragstherapie.

Uit de geraadpleegde literatuur kan worden geconcludeerd dat:

1. Een klinische opname is een laatste vluchtplaats als het thuis niet meer kan. Het bestaan van alternatieven voor opname en het actief werken aan maatschappelijke participatie en maatschappelijke acceptatie kunnen het aantal opnames doen afnemen, zonder dat dit leidt tot maatschappelijk verval.
2. In de internationale literatuur worden geen criteria gegeven ten aanzien van opnameduur en ontslag.
3. De afname van het aantal bedden in de UK en Italië heeft plaatsgevonden ondanks het feit dat meetinstrumenten met harde afkappunten voor opname en voor de duur van het verblijf ontbreken. Politieke en maatschappelijke overwegingen speelden een veel belangrijkere rol.
4. Het voortgezet verblijf in de GGZ kan afnemen indien er een geïntegreerde aanpak bestaat met actieve participatie van de psychiatrische cliënt zelf en zijn/haar omgeving; het uitgangspunt moet zijn het leren omgaan met de beperking, met nadruk op wonen, leven en werken in de normale maatschappij.

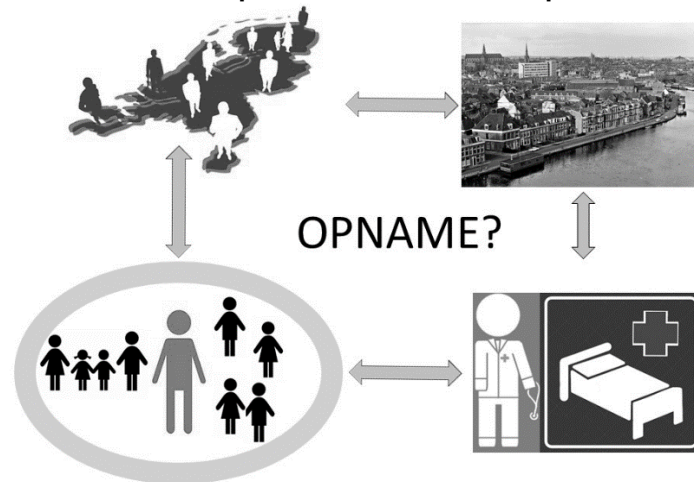
⁵⁶ Charlotte de Heer-Wunderink. Successful community living: a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care. Uitgave in de RGOC-reeks, nummer 31, 2012, Groningen

⁵⁷ Polman PI & Visser ECM. Verslavingszorg in beeld; Alcohol en Drugs. ZIN oktober 2014.

5. VERBLIJF IN DE PRAKTIJK

Dit hoofdstuk bevat een weerslag van de uitgevoerde bezoeken aan ruim 25 instellingen waarbij met meer dan 50 professionals is gesproken over de uitvoering van de dagelijkse praktijk. Welke criteria voor opname en ontslag spelen er in de praktijk en wie zijn daarbij betrokken? Bij de bezoeken is gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst met het verzoek relevante factoren te scoren (bijlage 7). De elementen in deze vragenlijst zou men kunnen categoriseren in 4 hoofdgroepen, zoals gevisualiseerd in figuur 2.

Figuur 2. Elementen die kunnen meespelen in het besluit tot opname



Het betreft respectievelijk (1) de patiënt en zijn/haar directe omgeving (familie, steunsysteem), (2) de individuele behandelaar of het opnameteam, het gebruikelijke behandelbeleid en de regionale zorgkaart (bedden, ambulante alternatieven); (3) de straat en buurt/stad van patiënt (maatschappelijke oordeel); (4) landelijke richtlijnen en wetgeving.

In paragraaf 5.1 worden per type instelling de resultaten van de gevoerde gesprekken beschreven. Paragraaf 5.2 bevat een aantal meer algemene bevindingen en conclusies.

5.1. Bevindingen per type instelling

Tijdens de interviews bleek het beantwoorden van vragen omtrent criteria voor opname, opnameduur en ontslag vaak lastig te zijn, met een relatieve uitzondering voor de bezochte verslavingsklinieken en de TopGGZ instelling. Men kon behoudens het noemen van een complex van factoren eigenlijk moeilijk een rangorde aanbrenen. Het uitleggen van de gehanteerde criteria bij een individuele casus is geen probleem, maar de vertaling naar een gemiddelde of een rationele rangorde is moeizaam. De bevindingen in de hieronder volgende paragrafen per type instellingen geven derhalve niet veel informatie omtrent de criteria, maar veelmeer over de elementen die het beleid voor opname en ontslag in de praktijk beïnvloeden. In paragraaf 5.2. wordt aansluitend een meer algemeen beeld geschetst.

5.1.1. Integrale GGZ

Het betreft veelal regionaal georiënteerde instellingen met in ieder geval ambulante en klinische capaciteit. Allen hebben capaciteit voor langdurig verblijf (ZPP B) en een aantal ook capaciteit voor beschermd wonen (ZPP C). Een aantal instellingen hebben ook afdelingen voor verslavingszorg.

Opname

Verwijzers zijn zeer divers en verschillen per type afdeling. Het kunnen zijn huisartsen, FACT-teams, andere klinieken binnen de psychiatrie of verslavingszorg, PAAZ of PUK, BW-voorziening, de politie, enz. Wie er besluit tot opname hangt af van de situatie van de cliënt en de regio. Soms zijn dat verpleegkundigen van een FACT-team of een IHT-team, in andere regio's de crisisdienst, een onafhankelijke psychiater of de 'opnamecoördinator' van de afdeling. Het betreft formeel in alle gevallen een psychiater of klinisch psycholoog. Bij sommige instellingen is een vooraf opgesteld concreet behandeldoel

een voorwaarde (instellen medicatie, nadere diagnostiek, behandeling van de crisis), anderen gaan daar soepeler mee om. Citaat:

“Vroeger werd iemand eerst opgenomen, en daarna stelde de kliniek een plan op. Nu nauw overleg met het ambulante behandelteam. Er moeten concrete doelen zijn. Afspraken worden met cliënt en thuisfront besproken. De verwijzer moet een plan hebben en overleggen met patiënt die het behandel-doel onderschrijft.”

In veel instellingen kent met het zogenaamde ‘Bed op Recept’ (BOR): de cliënt kan op grond van afspraken in zijn behandelplan kortdurend worden opgenomen en neemt daartoe dus zelf het besluit. Door goede afspraken met BW-instellingen of door BW-plaatsen in eigen beheer, hebben enkele instellingen de mogelijkheid gecreëerd tot een tijdelijke, kortdurende opname, waarbij het FACT team de regie houdt. Dit vermindert het aantal klinische opnames.

Een aantal crisisdiensten (Rotterdam, Amsterdam, Apeldoorn) werken met een registratie- en advies-systeem voor de acute psychiatrie (webRAAP: <http://www.webraap.nl/>) waarvan één van de functies is het geven van advies voor opname of IBS. In de praktijk blijken bepaalde variabelen (vooral of het systeem het thuis nog aankan, of er een bed beschikbaar is en de mate van gevaar voor anderen) een hoge voorspellende waarde te hebben voor (dwang)opname.⁵⁸

Opnameduur

De manier waarop bij crisisopname wordt gewerkt verschilt aanzienlijk; in sommige instellingen duurt een crisisopname maximaal 3 dagen en daarna gaat de patiënt in principe weer naar huis. Op andere afdelingen is die periode 2 of 4 weken of 2 maanden. Veel hangt af van de manier waarop de behandeling is gestructureerd. Is de doelstelling alleen het beheersbaar maken van de crisis of ook verdere diagnostiek en behandeling. Deze bevinding sluit aan bij de grote verschillen in gemiddelde opnameduur per instelling.⁵⁹ Citaat:

“Onze vroegere ‘hotelfunctie’ hebben we sinds 2 jaar radicaal omgegooid. We hebben nu een klinisch zorgpad acute zorg met doelgericht werken. De crisisopname zelf is maximaal 3 dagen. Daarna patiënten weer naar huis, of er moet een concreet behandelgoal zijn: voor diagnostiek en/of behandeling is de opname maximaal 5-6 weken. Onze gemiddelde opnameduur is nu ongeveer 25-30 dagen. Dat was vroeger 2 à 3 maal zo lang.”

Op gesloten afdelingen wordt in de regel meer volgens het medische model gewerkt gericht op symptomatisch herstel. De regie wordt waar nodig overgenomen. Op open afdelingen wordt meer volgens het herstelgerichte model gewerkt, waarbij het gaat om functioneel herstel in dagelijks, sociaal en maatschappelijk functioneren.

High & Intensive Care (HIC), is een nieuw concept voor kortdurende klinische opname. Een gedachtegoed dat momenteel door diverse GGZ partners gezamenlijk ontwikkeld wordt. Centraal staat het terugdringen van dwang en drang met de aandacht gericht op het herwinnen van de eigen regie van de cliënt (<http://hic-psy.nl/>).

Interne doorplaatsing van patiënten van een crisisafdeling naar een afdeling voor behandeling is in de regel geen probleem. De duur van die behandeling verschilt aanzienlijk. De meeste afdelingen hantieren een eigen standaard die varieert van een paar weken tot een paar maanden. Daarnaast zijn er afdelingen voor chronisch verblijf met langduriger behandelingen, dat kan uitlopen in ‘voortgezet verblijf’ gefinancierd door de AWBZ/Wlz.

De doorplaatsing naar 3^e lijnsvoorzieningen, waaronder TOPGGZ voorzieningen, is soms een groot probleem (verstandelijk gehandicapten, persoonlijkheidsstoornis, eetstoornis, ed.). De criteria daarvoor staan vermeld in de richtlijnen.

Ontslag

Voor een aantal patiënten is het essentieel dat zij uitstromen naar een voorziening voor Beschermd Wonen. Zij kunnen de behandeling weliswaar ambulant volgen, maar de voorwaarde daarvoor is dat er goede begeleiding bestaat. Patiënt heeft gedragsproblemen en is te weinig zelfredzaam. De BW biedt een gestructureerde omgeving met dagritme waardoor gedragsstoornissen beter hanteerbaar zijn. De BW heeft zo een brugfunctie tussen patiënt en zijn/haar omgeving. Zonder BW kan de patiënt niet worden ontslagen.

⁵⁸ Mulder C. L., Koopmans, G. T. & Lyons, J. L. (2005) The admission process untangled. Determinants of indicated versus actual admission in emergency psychiatry. *Psychiatric Services*, 56, 45 452-457.

⁵⁹ Project 14062 Praktijkvariatie ambulantisering vervolg. Vektis 2014.

Een groot probleem is in sommige regio's de doorplaatsing van patiënten naar een Beschermd Woonomgeving of eigen (betaalbare) huisvesting. Voor sommige voorzieningen bestaan lange wachtlijsten (tot jaren!) en kan het gaan om honderden patiënten van één instelling. Twee instellingen gaven aan dat het bij de patiënten voor voortgezet verblijf gaat om meer dan 50% van de patiënten. Bij GGZ-instellingen met eigen BW-voorzieningen lijkt doorplaatsing minder problematisch dan in de regio's waar dit zelfstandige organisaties zijn. In andere regio's zijn helemaal geen wachtlijsten.

Algemeen

Over het nut van ROM-meting wordt wisselend gedacht. Sommigen gebruiken het voor het volgen van de vooruitgang in samenspraak met de patiënt.⁶⁰ De HONOS geeft inzicht in de ernst van de pathologie, de woonomstandigheden, de sociale relaties, agressie naar anderen, e.d. Dit wordt door een aantal behandelaren als positief ervaren. Anderen zijn er eigenlijk op tegen en de score, als die al wordt afgenomen, wordt niet gebruikt, behoudens voor de verantwoording naar de zorgverzekeraar. Het lijkt van belang de doelstelling van het gebruik van ROM expliciet te formuleren.⁶¹ Voor de besluitvorming rond opname of ontslag wordt het huidige ROM niet gebruikt.

Bij de ambulante behandeling van patiënten speelt een specifieke aanpak met (F)ACT-teams⁶² een belangrijke rol (www.f-actnederland.nl). (F)ACT staat voor (flexible) assertive community treatment. Een multidisciplinair team werkt intensief met de cliënt en andere belangrijke personen uit zijn of haar omgeving samen. Het voornaamste doel van (F)ACT is om patiënten zo dicht mogelijk in hun eigen leefomgeving met continuïteit te begeleiden, behandelen en ondersteunen. Een (F)ACT-team richt zich niet alleen op het verminderen van de psychische klachten, maar ook op onderwerpen als wonen, werken, financiën, sociale relaties en vrijetijdsbesteding. Het betreft een gestandaardiseerde methode met een eigen certificatie systeem voor de doelgroep Ernstig Psychiatrische Patiënten (EPA)⁶³. Nog niet in alle regio's zijn (F)ACT-teams operationeel. In 2012 werd het percentage EPA dat nog niet door een (F)ACT team werd begeleid geschat op 80%.⁶⁴ Een variant van het (F)ACT betreft een verregaande structurele betrokkenheid van de cliënt en zijn/haar familie en naasten (de resource groupe) bij het team (RACT: <http://www.ract.nl/>). Bij instellingen met functionele FACT teams zijn de behandeldoelen bij opname concreet geformuleerd en het ontslag wordt structureel gezamenlijk voorbereid.

5.1.2. PUK-PAAZ

Het betreft Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en Psychiatrische Universiteits klinieken. De meeste klinieken hebben een afdeling crisisopname, maar de PUK in Groningen niet. Wel hebben ze allen afdelingen voor wat langer durende behandelingen; meestal tot maximaal een aantal maanden. In uitzonderlijke gevallen duurt de behandeling langer dan een jaar. Dit type instellingen heeft géén voorzieningen voor voortgezet verblijf.

Patiënten komen van de huisarts, andere GGZ-instellingen en vanzelfsprekend van het aanpalende ziekenhuis inclusief de afdeling Spoedeisende Hulp. Sommige PAAZ'en hebben een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) waar patiënten worden behandeld die zowel een ernstige psychiatrische als een ernstige lichamelijk aandoening hebben.

In het kader van het onderzoek zijn 5 instellingen bezocht, waarvan één PUK. Er is een grote variatie in type functies en afdelingen, waardoor het niet goed mogelijk is over dit type instelling algemene uitspraken te doen. Toch hierbij een enkele indruk aangaande de ziekenhuisafdelingen:

- ◆ De roep om ambulantisering wordt onderschreven. De PAAZ'en hebben in de regel geen eigen FACT-teams. Ook is de samenwerking met FACT-teams van een derde partij niet overal geïnstitutionaliseerd.

⁶⁰ Vanhaecht K, Panella M, Zelm Rvan e.al. Hoe ROM ondersteunt bij keuze voor EPA-zorgpaden, behandeling en rehabilitatie combineren. MGZ 69(2014)3, 24-31.

⁶¹ Hafkenscheid A, Os Jvan. Naar een deugdelijke ROM. MGZ 69(2014)1, 20-28.

⁶² A = assertive; de zorg wordt actief, outreachend aangeboden ('bemoeizorg'), hulpverleners trekken er op uit; C = community; thuis, op straat, in de wijk; T = treatment; behandeling, begeleiding, ondersteuning bij herstel. Er bestaan twee typen teams: de pure ACT-teams zoals die in Amerika zijn ontwikkeld; het aantal patiënten per team is klein met een intensieve aanpak; ACT-teams bevinden zich met name in de grote steden. Bij FACT worden de principes van ACT toegepast maar aangepast aan omgevingsfactoren, waaronder grotere afstanden.

⁶³ Stichting Centrum Certificering ACT en flexibele ACT: <http://www.ccaf.nl/> ACT geeft een meer intensieve vorm van begeleiding en behandeling. Bij FACT bestaat er een grotere variatie in intensiteit.

⁶⁴ Ambulantisering. Trendrapportage GGZ 2012, Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Trimbos Instituut 2012.

- ◆ Op de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) van een PAAZ worden patiënten met zowel een psychiatrische stoornis en een lichamelijke aandoening behandeld. Voor de MPU's zijn recentelijk veldnormen vastgesteld met een beschrijving van het type patiënten.⁶⁵
- ◆ Redenen voor opname zijn onder andere diagnostiek, instellen medicatie, gevaar (IBS), comorbiditeit, psychische stoornissen bij somatische aandoeningen, ECT, e.d.
- ◆ De dynamiek in termen van korte intensieve behandeling in een algemeen ziekenhuis, straalt af op de werkwijze van een PAAZ, waar in de regel ook sprake is van korte intensieve trajecten. Het MDO heeft in wisselende frequentie plaats, afhankelijk van de situatie van patiënt.
- ◆ Er bestaan géén specifieke instrumenten met criteria voor opname of ontslag.
- ◆ Overplaatsing naar collega geïntegreerde GGZ-instellingen of naar TOPGGZ instellingen is niet altijd eenvoudig, waardoor patiënten soms onnodig lang een bed bezetten.

5.1.3. Verslavingszorg

De bezochte instellingen hebben allen ambulante behandel poliklinieken en klinische opname afdelingen. Chronische afdelingen met patiënten die langer dan een jaar zijn opgenomen, komen niet voor (ZZP B). Wel beheren sommige instellingen huizen voor Beschermd Wonen in eigen beheer (ZZP C). Dit onderzoek heeft zich beperkt tot een viertal grotere regionaal georiënteerde instellingen. Recentelijk heeft het Zorginstituut Nederland een rapport uitgebracht met een meer compleet overzicht van de verslavingszorg in Nederland.⁶⁶

Alle alcohol- en drugsgerelateerde richtlijnen benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde screening- en assessmentinstrumenten. De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een instrument dat in alle bezochte instellingen wordt gebruikt om de zorgzwaarte en zorgtoewijzing te bepalen. Daarbij worden drie dimensies in ogenschouw genomen: ernst van de verslaving, ernst comorbide psychopathologie en ernst van de sociale desintegratie. Er komen steeds meer (effectieve) psychologische en farmacologische interventies beschikbaar voor verslavingsbehandeling. Het programma Resultaten Scoren heeft hier in belangrijke mate aan bijgedragen.

Opname

Als triage instrument wordt de MATE gebruikt. Deze wordt afgenomen bij de intake, bij cliënten in zorgprogramma's iedere 6 maanden, en bij chronische patiënten minimaal eenmaal per jaar. De behandeling is opgebouwd rond zorgpaden met diverse zorgprogramma's naar mate van de zelfstandigheid van de cliënt, gescoord in MATE: zorgpad 1+2: basis GGZ; zorgpad 3: specialistische GGZ; zorgpad 4: opname.

De indicatie tot opname wordt in een gestructureerd proces gesteld door een verslavingsarts of een psychiater, dan wel door het Centraal Indicatie Overleg (CIO) waarin een verslavingsarts, een SPV'er en een klinisch psycholoog zitting hebben. Slechts incidenteel wordt hiervan afgeweken. De criteria voor opname uit de richtlijnen voor medisch noodzakelijk verblijf worden gevolgd, zoals een matig tot hoog risico op intoxicatie of ernstige onthoudingsverschijnselen; of met een matig tot slechte biomedische toestand van de cliënt die voor een detoxificatie komt of in crisis verkeerd.

In één bezochte regio bestaat een wachtlijst voor detoxificatie en wordt gevreesd voor een verdere afname van het aantal bedden.

In de sector bestaat het 'Bed op Recept' (BOR): de abstinente cliënt kan op grond van afspraken in zijn behandelplan maximaal 72 uur worden opgenomen om een terugval te voorkomen. Bij opname dient het behandelplan niet aangepast te worden.

Een criterium voor opname kan zijn de psychiatrische comorbiditeit die bij een hoog percentage wordt geconstateerd (>70%). Voor diagnostiek en behandeling wordt in de regel goed samengewerkt met geïntegreerde GGZ-instellingen.

Slechts bij een kleine minderheid is het weghalen van de patiënt uit zijn milieu de enige mogelijkheid voor een effectieve behandeling.

Opnameduur

Sinds enige jaren is de manier van behandelen in de bezochte instellingen drastisch gewijzigd. Ten eerste ligt de nadruk op ambulante behandeling. Een kleine minderheid van de patiënten wordt opgenomen. Gedwongen opnames komen vrijwel niet voor. De opnames kan men globaal in 3 soorten onderverdelen:

⁶⁵ Veldnormen medisch psychiatrische units. NVvP, juni 2014.

⁶⁶ Polman PI & Visser ECM. Verslavingszorg in beeld; Alcohol en Drugs. ZIN oktober 2014.

- a. Korte opnames voor detoxificatie, voornamelijk als cliënten ambulant bewezen niet verder komen. Duur standaard 5 à 7 dagen. Maximaal 21 dagen, mede afhankelijk van comorbiditeit. Nabehandeling ambulant met cognitieve gedragstherapie, individueel of in groep.
- b. Zo nodig nabehandeling intramuraal 6-12 weken. Dit door een aanvullend programma van o.a. sociale vaardigheden, cognitieve gedragstherapie, zelfcontrolevaardigheden en andere ondersteunende therapievormen.
- c. Enkele opnames duren langer tot maximaal een jaar. Dit betreft vooral mensen die langdurig verslaafd zijn. Deze krijgen groepstherapie. Patiënten moeten een nieuw emotioneel leven opbouwen. De tweede groep betreft verslaafde gezinnen met kinderen die een detoxificatie programma volgen en gezamenlijk een nieuw leven moeten opbouwen.

Citaat:

“De cultuuromslag is een paar jaar aan de gang. Een enorme verandering, waar de omgeving ook in getraind moet worden. De externe druk is goed, want we zijn er nog niet. Vroeger namen wij standaard iemand op voor 9 maanden. Nu worden de meeste patiënten na een detoxificatie binnen twee weken ontslagen. Er moet een bijzondere reden zijn voor een langere opname.”

Ontslag

Regelmatig beëindigen patiënten op eigen verzoek de opname, vaak al binnen enkele dagen. Sommige patiënten hebben behoefte aan langdurig BW. Normale RIBW's accepteren dit soort cliënten vaak niet. Daarom beheren de verslavingszorg instellingen ook BW-voorzieningen.

De ervaring is dat ook na jaren beschermd wonen sommigen toch weer zelfstandig kunnen wonen. Het oude casemanagement is omgezet naar het 'FACT-plus model', waarbij verslavingsdisciplines onderdeel zijn van het team. In sommige regio's functioneren gemengde FACT-teams (GGZ-verslaving).

Conclusie

Concluderend bestaat er tussen de bezochte instellingen een redelijk uniforme aanpak gebaseerd op de vernieuwde landelijke richtlijnen met concrete behandeldoelen en programma's en het ambulant begeleiden van patiënten. De gemiddelde opnameduur is de laatste jaren, door invoering van de nieuwe werkwijze, drastisch verlaagd. Dit is in lijn met de toename van het percentage kortdurende verblijven (paragraaf 3.2.2).

5.1.4. Specifieke doelgroepen

In het kader van dit onderzoek hebben wij een aantal instellingen bezocht die zich richten op bepaalde type cliënten of stoornissen: gerontopsychiatrie en TOP GGZ-instellingen.

Gerontopsychiatrie

In meerdere regio's zijn er verpleeghuizen die oudere patiënten met psychiatrische problemen opnemen. Het betreft soms ouderen met een ZZP C indicatie. In andere regio's koopt het zorgkantoor alleen V&V ZZP's in. Het betreft opnames vanuit de ambulante ouderenpsychiatrie, maar ook oudere ZZP B cliënten die vanuit een geïntegreerde GGZ-instelling worden overgenomen. Bij een ZZP C indicatie hebben de ouderen vaak een lopende ambulante DBC-GGZ. De kernredenen voor de ZZP C indicatie is de continue mogelijkheid van terugval, waardoor meer intensieve vormen van begeleiding en behandeling noodzakelijk zijn. Het vraagt wel een aparte expertise van de verpleeghuizen, waarbij in sommige gevallen een SPV'er van de GGZ-instelling periodiek deelneemt aan het MDO. Andere redenen voor opname kan de veiligheid van de oudere zelf zijn. Als het gaat om de veiligheid voor de omgeving krijgt een cliënt een ZZP B indicatie. De doelgroep heeft geen perspectief op zelfstandige huisvesting; er is weinig verloop. Naast overlijden kan uitstroom plaatsvinden vanwege dementie, omdat een cliënt niet meer te handhaven is op een open afdeling.

In sommige regio's wordt dementie gezien als GGZ problematiek. In Noord-Holland bestaat er een apart psychiatrisch ziekenhuis inclusief een toelating voor de BOPZ; gefinancierd vanuit GGZ DBC's. Het ziekenhuis is bedoeld voor diagnostiek en/of start van de behandeling van 'moeilijke dementen'. Het betreft altijd tijdelijke opnames, gemiddeld 48 dagen. Vaak betreft het patiënten met frontotemporale dementie met gedragsproblemen, comorbiditeit in de vorm van cardiovasculaire problematiek, diabetes, floride psychiatrie, e.d. De 'normale' dementie wordt ambulant behandeld en als het niet meer gaat in een verpleeghuis (ZZP V&V). Het is hier niet de plaats om een discussie te voeren over de plaats van dementie binnen de GGZ of de ouderenzorg. Wel kan worden geconstateerd dat er in Nederland divers met deze problematiek wordt omgegaan. En deze diversiteit kan invloed hebben op regionale verschillen in aantallen opnames en op het ontwikkelen van een regiovisie.

TOP GGZ klinieken

In Nederland bestaan er momenteel 34 TOPGGZ afdelingen, waarvan er één is bezocht in het kader van dit onderzoek. Vanuit literatuur en websites kan worden gezegd dat het klinieken betreft met gespecialiseerde intensieve behandeling; overigens worden sommige patiënten ook ambulante behandeld. De doelgroep betreft patiënten met ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) zoals schizofrenie en aanverwante stoornissen, bipolaire stoornissen, autisme spectrum stoornissen, verslaving, dubbel diagnoses en borderline persoonlijkheidsproblematiek. Verwijzers zijn divers: bijv. FACT-teams, GGZ-instellingen, PAAZ'en, enz. Iedere kliniek hanteert zijn eigen criteria voor opname. In de regel gaat het om patiënten bij wie de diagnostiek problemen geeft of patiënten die in de gespecialiseerde GGZ elders zonder voldoende resultaat zijn behandeld. Bij opname is de duur gemaximeerd en de ontslagdatum wordt al bij opname aan de patiënt meegedeeld. Daarna gaat de patiënt naar een vervolgplek ofwel de plek van herkomst.⁶⁷

De klinieken hebben specifieke functies op het terrein van ingewikkelde zorg, innovatie, onderzoek en nieuwe interventies in de klinische patiëntenzorg, e.d. De ontwikkeling van dit type klinieken past bij de trend dat meer algemene GGZ-afdelingen sluiten en de resterende afdelingen zich meer en meer specialiseren in bepaalde stoornissen.

5.1.5. Beschermd wonen

Dit betreft een doelgroep waarbij medisch noodzakelijk verblijf in het kader van de geneeskundige GGZ (Zvw) niet aan de orde is. Beschermd wonen (ZZP C) wordt door meerdere typen instellingen geleverd, waaronder een aantal geïntegreerde GGZ-instellingen, verpleeghuizen, verslavingsklinieken en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze paragraaf richt zich op de instellingen die als primaire doelstelling hebben Beschermd Wonen en ambulante woonbegeleiding. Meerdere instellingen beheren ook voorzieningen in het kader van de Maatschappelijke Opvang (MO).

De BW-instellingen zijn zelf niet verantwoordelijk voor een eventuele behandelcomponent van hun cliënten. Overigens is gelijktijdige extramurale behandeling door de specialistische GGZ bij 70% van de cliënten aan de orde.

De manier van huisvesten is gevarieerd. Van collectief wonen in groepen, met veel centrale voorzieningen, tot individuele huisvesting in de wijk met slechts een centraal coördinatiepunt.

Instroom

De indicatie voor BW werd tot 2015 afgegeven door het CIZ. In de AWBZ waren voor de ZZP C indicatiecriteria geformuleerd. Het betreft de noodzaak, op psychiatrische grondslag, voor een beschermde woonomgeving en toezicht. De bescherming richt zich primair op de cliënt zelf, niet op zijn omgeving of de maatschappij. Een eventueel noodzakelijke behandeling kan ambulante worden gegeven. Naast de algemene criteria van het CIZ kennen alle voorzieningen ook hun eigen criteria en doelgroepen zoals bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, middelengebruik, mate van zelfstandigheid en behoefte aan begeleiding. Hiermee wordt getracht groepen te vormen met enige homogeniteit. Overigens wordt door de bezochte instellingen aangegeven dan het vrijwel altijd cliënten betreft die voldoen aan de criteria voor EPA.⁶⁸

Instellingen geven aan dat meer dan de helft van de cliënten instroomt aansluitend aan een opname in de psychiatrie; een kleiner percentage wordt intern doorgeplaatst, komt uit de Maatschappelijke Opvang of uit de eerstelijns.⁶⁹ Voor het grote cohort dat vanuit de GGZ naar BW instroomt, geldt dat er in eerste instantie sprake was van medisch noodzakelijk verblijf en dat na stabilisatie/klachtenreductie over wordt gegaan naar BW (veelal in combinatie met extramurale GGZ-behandeling). In sommige regio's wordt gewerkt met een zogenaamd 'veldtafel' model waarbij vanuit diverse instellingen gezamenlijk een besluit wordt genomen wat de beste plek is voor een cliënt.

⁶⁷ Kruytzer J, Mogendorff E. Concentratie van topzorg in de ggz Visiedocument

⁶⁸ Dat ligt ook voor de hand gezien de definitie van EPA (zie Delespaul Ph, en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 6, 427-438.). In de Vignettenstudie van ZN worden ook alle BW-cliënten tot de EPA-groep gerekend (Rapportage EPA vignettenstudie, ZN mei 2014).

⁶⁹ Dit komt overeen met de gegevens uit de Utopia studie Charlotte de Heer-Wunderink Successful community living: a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care. Proefschrift 2012.

Verblijfsduur

Veel instellingen hebben de afgelopen jaren meer systematiek gebracht in de begeleiding van hun cliënten. Er wordt gericht gestuurd op het bereiken van doelen in samenspraak met de cliënt. Een van de methodieken daarbij is het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Een door professionals in de geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang, het welzijnswerk en sociale teams veelgebruikte methodiek om cliënten te ondersteunen bij herstel van autonomie, zelfredzaamheid en participatie. Het betekent een belangrijke cultuuromslag. In de regel wordt het als erg positief ervaren omdat het voor cliënten op termijn een beter perspectief biedt. Jongeren wennen sneller aan de nieuwe aanpak; voor ouderen die al jarenlang beschermd wonen is het soms lastig. Voor nieuwe cliënten geldt: 'U komt hier tijdelijk wonen. Inschrijving bij een woningbouwvereniging is verplicht'. Bij de nieuwe cultuur hoort het verplicht opstaan en 'iets doen'. Dat kan zijn dagbesteding, sport, vrijwilligerswerk, opleiding of betaald werk. De afbouw van de Sociale Werkvoorziening door gemeenten wordt met zorg gezien.

Citaat:

"We hebben nu huisregels (opstaan, aankleden, ed.). Patiënten moeten er aan wennen. Ook een checklist met een behandelgoal. Transparant, patiënt weet wat er moet gebeuren. De patiënt neemt ook deel aan MDO."

In het merendeel van de bezochte instellingen is er een nauw contact tussen het team van de instelling en de behandelaar uit de GGZ. Behandelaren nemen periodiek deel aan het MDO. De GGZ stelt een signaleringsplan op waardoor de begeleiders de signalen kunnen herkennen als het niet goed gaat met een cliënt. Echter, dit is niet overal het geval. Er zijn ook BW-instellingen waarbij de begeleiders niet op de hoogte zijn en/of contact hebben met de GGZ-behandelaren.

Er is een categorie cliënten die langdurig verblijft. De groep wordt kleiner, maar een deel is overgeërfd van de GGZ. Hen zelfstandig laten wonen zou leiden tot verwaarlozing en maatschappelijk verval.

Ontslag

Factoren die van belang zijn voor uitstroom zijn het hebben van een sociaal netwerk en een zinvolle dagbesteding.

Voor wat betreft het ontslagbeleid is een belangrijk knelpunt in veel regio's de doorstroom naar zelfstandig wonen. Er zijn veel te weinig woningen in de sociale huursector beschikbaar met soms wachttijden van jaren. Sommige gemeenten hanteren strenge criteria voor sociale huurwoningen waardoor een deel van de uitstroom stopt.⁷⁰ In sommige voorzieningen betreft het meer dan 50% van de cliënten die wacht op zelfstandige huisvesting.

Instellingen worden creatief in het verzinnen van oplossingen voor het gebrek aan plaatsen en een meer geleidelijke overgang naar zelfstandige huisvesting. Voorbeelden daarvan zijn de zogenaamde 'kamerwoningen' en 'omklapwoningen' waarbij de instelling in eerste instantie huurt en indien alles goed gaat de cliënt in tweede instantie het huurcontract overneemt.

Algemeen

Een aantal instellingen heeft de afgelopen jaren een ware transformatie ondergaan. Genoemd worden zorginnovatie met de introductie van zorgpaden; meer doen met hetzelfde budget (dus meer cliënten bereiken); processen verbeteren; betere methodiek van begeleiden (concretere doelen stellen gericht op activering); een beter functiegebouw met integratie van functies; de invoering van telecommunicatie met beeldverbinding bij begeleid wonen, waardoor cliënten eerder zelfstandig kunnen wonen, enz.

De doelstelling om meer te ambulantisieren wordt door iedereen onderschreven. Vanuit concreet uitgewerkte doelen wordt samen met cliënten gewerkt aan meer zelfstandigheid met als uiteindelijke doel zelfstandige huisvesting. Samenwerking met de ambulante GGZ-behandelaar is essentieel. Er blijft een categorie cliënten die al langdurig verblijft en waarvoor uitplaatsing langzaam gaat. Anderzijds is er een groep cliënten die praktisch hun hele leven zullen zijn toegewezen op BW.

⁷⁰ Criteria: stabiel functioneren, financiën op orde (schuldsanering volgens de criteria van de gemeente, wat soms niet werkt), dagbesteding aanwezig.

5.2. Algemene analyse

In deze paragraaf wordt een analyse gemaakt van de gevonden uitkomsten. Het bevat een globale interpretatie waarom medisch verblijf in de praktijk noodzakelijk wordt geacht en door welke factoren het wordt beïnvloed.

5.2.1. Medisch noodzakelijk verblijf

Individen hebben psychiatrische aandoeningen, maar de gedragsveranderingen die mensen hierdoor vertonen hebben grote gevolgen voor de interactie van dit individu met zijn sociale omgeving. Het gevolg is dat niet alleen de ernst van de psychiatrische stoornis van belang is bij het besluit tot opname, maar ook het effect van het gedrag op de omgeving en de mate waarin de omgeving daarmee kan omgaan of hierop reageert. Opname in een GGZ-instelling staat in de Zvw omschreven als medisch noodzakelijk verblijf. Het gaat daarbij niet alleen om medisch-inhoudelijke criteria, maar waar nodig ook om andere zorggebonden criteria. Dit sluit aan bij de bevinding uit de interviews dat voor opname een psychiatrische stoornis een noodzakelijke voorwaarde is, maar dat andere aspecten een rol spelen bij de besluitvorming.

Richtlijnen

De richtlijnen zoals die zijn opgesteld gaan over de psychiatrische stoornis en beschrijven de reden tot opname vooral vanuit de optiek van het individu. De 'ernst van de psychiatrische stoornis' in het merendeel van de richtlijnen niet geclassificeerd.⁷¹ Bij gebrek aan classificatie naar de 'ernst' van de stoornis en/of de mate waarin het evenwicht tussen individu en de omgeving is verstoord, is het niet mogelijk opnames en afdelingen te vergelijken. Overigens behoorde het beoordelen van de effectiviteit van behandeling zoals verwoord in de richtlijnen, geen onderwerp van dit onderzoek en dat geldt ook het mogelijke verschil in effectiviteit tussen klinische behandeling en ambulante behandeling. In de richtlijnen wordt de nadruk gelegd op het zo veel mogelijk ambulant behandelen, en alleen opnemen als het niet anders kan. Dit uitgangspunt wordt door de geïnterviewde professionals van harte onderschreven. De praktijk wijst uit dat de professionals wel dezelfde criteria uit de richtlijnen hanteren (gevaar, diagnostiek, instellen medicatie en effectiviteit), maar dat dit door wisselende omstandigheden toch tot een verschillende uitkomst leidt bij de individuele patiënt.

Gevaar

Bij gedwongen opname speelt het gevaarscriterium een dominante rol. Ook het gevaarscriterium is echter niet een variabele die puur bepaald is door individuele gedragingen/pathologie, maar het gevaar manifesteert zich altijd in een bepaalde omgeving en het is de interactie tussen die omgeving en de patiënt die veelal bepaalt of een stoornis leidt tot gevaarlijk gedrag (gevaar voor zichzelf of voor anderen). Risicotaxatie instrumenten voor de inschatting van de mate van gevaar (suïcide, gevaar voor anderen, zelfverwaarlozing, maatschappelijke teloorgang) zijn (nog) niet beschikbaar voor de dagelijkse praktijk en het is de vraag in hoeverre dit soort risicotaxatie instrumenten daadwerkelijk toegevoegde waarde hebben voor het inschatten van risico's en het nemen van beslissingen tot opname bij individuele patiënten.

Rol omgeving

Bij alle opnames is de belangrijkste factor het verstoorde evenwicht tussen de patiënt en diens omgeving. Wat een acceptabele 'ziektelast' voor de omgeving is wordt nergens beschreven of gekwantificeerd. De interactie tussen patiënt en omgeving is van grote invloed op de mate waarin de patiënt en/of zijn omgeving last heeft van de stoornis. Voldoende sociale contacten, een rustige omgeving en een zinvolle daginvulling zijn van groot belang bij het stabiliseren van het gedrag van de psychiatrische patiënt en het vinden van evenwicht. Meerdere geïnterviewde personen geven aan dat het waarschijnlijk mogelijk is om veel opnames, die wij nu als medisch noodzakelijk ervaren, te voorkomen zijn als er veel meer accent wordt gelegd op het ambulant bereiken en instandhouden van een stabiel evenwicht (creëren van voldoende sociale steun en zinvolle dagbesteding/werk).

Het besluit tot opname

Het besluit tot opname wordt dus genomen door de behandelaar/het behandelteam die een afweging maakt ten aanzien van de mate van verstoring van het evenwicht tussen de patiënt en diens omge-

⁷¹ Uitzondering daarop is bv de richtlijn over eetstoornissen.

ving, het risico bij niet opnemen (gevaarscriterium) en de verwachting dat een opname tot een daadwerkelijke verbetering van de situatie kan leiden (opname doel). Hieronder zijn de factoren die van invloed zijn op deze keuze tot opname gerubriceerd naar analogie van figuur 2 (blz. 15).

Kenmerken van de patiënt en de zijn/haar directe omgeving

- De voorgeschiedenis: eerdere opname voorspelt volgende opname.
- De ernst van de symptomen (incl. eventuele verslaving, verstandelijk beperking en overige comorbiditeit).
- Het gevaar voor zichzelf of voor anderen; bij een IBS of RM is dit criterium altijd aan de orde. Dit gevaar voor zichzelf kan overigens bij een opname niet altijd worden uitgebannen.
- De motivatie voor ambulante/klinische behandeling.
- De beschikbaarheid van een sociaal netwerk (familie, vrienden, burenen).
- De veerkracht van familie/naasten in de omgang met de patiënt.
- Het hebben van eigen huisvesting.

Kenmerken van de GGz in het woongebied van de patiënt

- De inhoud van richtlijnen en protocollen; de medische noodzaak tot klinische behandeling volgens de richtlijnen en te verwachten resultaat (ECT, instellen MAO-remmers, enz.).
- Het aantal en de beschikbaarheid van open/gesloten bedden in de regio; het beschikbaar zijn van bedden dwingt niet tot het zoeken naar alternatieven.
- De capaciteit en de te leveren kwaliteit van extramurale zorg; de inzetbaarheid en capaciteit van FACT team, IHT team, opname vervangende dagbehandeling, ed.
- De mogelijkheid van een tijdelijke plaatsing in een beschermde woonomgeving.
- Het hebben van een ambulante behandelteam en/of andere betrokken professionals.
- De eventueel gemaakte afspraken in het kader van een Bed Op Recept.
- De mate van geneigdheid van behandelaars om alternatieve oplossingen te zoeken en de eventuele druk van naasten/anderen om patiënt te doen opnemen, te weerstaan. Een opname is soms de weg van de minste weerstand.
- De ervaring van de psychiater en zijn persoonlijke werkwijze, alsmede de gebruiken in de regio.

Kenmerken van de omgeving/straat/woonwijk van patiënt

- De mate waarin burenen en straat overlast ervaren.
- De wens/druk van de omgeving dat de patiënt wordt opgenomen.

Kenmerken van de regelgeving en heersende normen en waarden

- De wetgeving rond dwangopname.
- De zorg om later (bij een calamiteit⁷²) te worden aangesproken (management, IGZ, aansprakelijkheid, ...) bv. wanneer een patiënt zich suïcideert / een ander wat aandoet / overlast veroorzaakt, terwijl niet tot opname is overgegaan.
- De heersende opvattingen onder behandelaars, psychiaters, politie, advocaten, en rechters over recht op autonomie van de patiënt en de plicht tot goed hulpverlenerschap. Wanneer professionals/politie/advocaten/rechters autonomie van de patiënt belangrijker vinden dan de plicht tot goed hulpverlenerschap zullen zij minder geneigd zijn om over te gaan tot een dwangopname.

Dit betekent dat er enerzijds patiënten worden opgenomen die voldoen aan de criteria zoals beschreven in de richtlijnen, maar anderzijds dat er patiënten worden opgenomen, waarbij andere elementen een grotere rol spelen.

Opnameduur

Is men eenmaal opgenomen dan bepalen vooral het behandelprogramma en de mogelijkheden voor nazorg de opnameduur. Er bestaan grote verschillen in de manier van werken. Sommige crisisafdelingen nemen kortdurend op met als enige doel het beheersen van de crisis; patiënt vertrekt vaak binnen enkele dagen weer naar zijn oude woonomgeving. Andere instellingen hebben een minder gericht programma waar de patiënt tot maximaal 2 maanden verblijft. Tussen de afdelingen voor langer durende opnames bestaan ook grote verschillen; hoe gestructureerder het programma, hoe korter de opname. In veel instellingen heeft men de afgelopen twee jaar de werkwijze drastisch gewijzigd waardoor de gemiddelde opnameduur aanzienlijk is afgenomen.

⁷² Overigens komen calamiteiten in een intramurale setting ook met enige regelmaat voor.

Ontslag

Het belangrijkste knelpunt is het ontbreken van een aansluitende voorziening (interne doorplaatsing of verwijzing naar elders) en vooral het ontbreken van passende huisvesting (BW of zelfstandige huisvesting). Een substantieel deel van de langer opgenomen patiënten wacht op een plek elders. In sommige regio's bestaan wachtlijsten van enkele jaren voor bepaalde BW-voorzieningen of sociale huurwoningen.

In een aantal regio's speelt ook het aanwezig zijn van beperkte ambulante behandelcapaciteit. Sommige zorgverzekeraars weigeren verdere uitbreiding mede omdat het onduidelijk is wat gemeenten op dit terrein gaan (mee-)financieren rond de maatschappelijke participatie. In bepaalde regio's speelt het gebrek aan voldoende professionals om de ambulante capaciteit uit te breiden.

Kortom, de zoektocht naar objectiveerbare en in de praktijk eenduidig toegepaste criteria voor opnamebeleid in de GGZ is complex en multifactorieel bepaald, gelet op het aantal en de aard van de overige variabelen. Anderzijds is juist veel winst te boeken in de verblijfsduur door beïnvloeding van deze omgevingsfactoren (aantallen bedden, beschikbare alternatieven voor opname, ambulante zorg, inzet netwerken en voorzieningen voor dagbesteding/werk).

5.2.2. Zorgvernieuwing

Bij het bezoek aan de sector vallen de vele initiatieven tot zorgvernieuwing op. Het betreft niet direct de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf, maar de initiatieven zijn wel van invloed op het aantal opnames en de duur daarvan: structurering van de opname-indicatie, verkorting van de opnameduur, het ontwikkelen van ambulante alternatieven en het bevorderen van de uitstroom van langdurig opgenomen patiënten. Veel van de initiatieven komen voort uit het groeiende inzicht dat patiënten zo veel mogelijk ambulante in hun eigen omgeving moeten worden behandeld.

De opname-indicatie

De richtlijnen bevatten medisch inhoudelijke criteria voor opname; in de praktijk spelen andere elementen een belangrijkere rol. Waarschijnlijk zijn zorgstandaarden meer aangewezen als instrument om te omschrijven wie er wat doet op welk moment. De ontwikkeling daarvan in de GGZ wordt momenteel energiek ter hand genomen via het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Een ander vraagstuk betreft het ontwikkelen van instrumenten die de professionals kunnen ondersteunen bij het nemen van het besluit tot opname. Een voorbeeld daarvan is het webRAAP voor de acute psychiatrie. Het gebruik van een instrument bij de beslissing tot een acute (dwang)opname kan een zekere uniformiteit in handelwijze bevorderen en regio's onderling vergelijkbaar maken.

Ambulante alternatieven

Een belangrijk element bij de besluitvorming tot opname betreft het aanwezig zijn van alternatieven. Voorbeelden daarvan zijn FACT-teams, IHT⁷³, VIP-teams (Vroege Interventie Psychose) en dagbesteding. In sommige regio's wordt ook gewerkt met tijdelijke opnames in de vorm van een soort 'respijtzorg' in een BW-voorziening.

Bij de Maatschappelijke Opvang wordt momenteel in veel gemeenten geëxperimenteerd met een ander type begeleiding van GGZ-cliënten 'housing first'. Het is een veelbelovende aanpak die onlangs is geëvalueerd.⁷⁴ Mogelijk is dit in de toekomst van invloed op het aantal opnames, vooral van dakloze patiënten.

Geconstateerd wordt dat deze alternatieven niet landelijk zijn uitgerold en dat er op nationaal niveau geen sturing aan wordt gegeven. Zonder een alternatief wordt opname al snel 'medisch noodzakelijk' omdat thuisblijven maatschappelijk niet verantwoord is.

De opnamecultuur

Veel geïnterviewden geven aan dat men jarenlang van bovenaf te horen kreeg dat de bedden gevuld moesten blijven en ook met de intrede van de DBC-systematiek in de GGZ veranderde dat niet. In de

⁷³ De Intensive Home Treatment/Intensieve Behandeling Thuis (IHT of IBT)-teams richten zich vooral op kortdurende crisis bij mensen met een meer enkelvoudige problematiek. Recentelijk is een landelijk platform opgericht (<http://www.i-ht.nl/>). Inzet van een IBT-team kan opname voorkomen.

⁷⁴ Wewerinke, D., Al Shamma, S., Wolf, J. Housing first: principes en praktijken. Impuls Nijmegen 2014.

bekostiging liggen de prikkels tot het verminderen van opnames en verpleegdagen of bij RIBW's verblijfsdagen omgekeerd: opnemen is over het algemeen gunstiger dan ambulante behandelen. Termen die werden genoemd om de oude situatie aan te duiden: "hangmat"; "hotelfunctie"; "klinisch wonen". Vanuit die traditie is het een forse omslag om daadwerkelijk te ambulantiseren, zeker als je daaraan toevoegt de vastgoed-problematiek bij het verminderen van het aantal bedden. In het merendeel van de bezochte instellingen vindt momenteel deze omslag plaats. De voorlopers zijn al meerdere jaren aan de slag, maar sinds 2013 zijn er grote veranderingen doorgevoerd in de meeste bezochte instellingen. Een opname wordt veel meer programmatisch georganiseerd met concreet geformuleerde doelstellingen in het behandelplan, in de tijd bepaald. In meerdere instellingen heeft dit geleid tot een aanzienlijke verkorting van de gemiddelde opnameduur.

Het ontslag

Het voortgezet verblijf is in de meeste instellingen een apart probleem. Erkend wordt dat een groot deel van deze patiënten naar een BW omgeving kan, maar in sommige regio's bestaan lange wachtlijden. Bij navraag in twee instellingen is geschat dat minder dan de helft van de huidige ZZP-B patiënten ook in de toekomst is aangewezen op dit type verblijf. Dit komt mede vanuit het beleid uit het verleden, waardoor sommige patiënten al zeer lang zijn gehospitaliseerd. Recentelijk is voor dit type patiënten een nieuwe aanpak ontstaan, de Assertive Recovery Triad (ART). Het vraagt om een vernieuwend creatief proces waarbij toch mogelijk een aantal patiënten weer meer zelfstandig kunnen wonen.

Regionale afstemming

De ontwikkeling van ambulante alternatieven en de wachtlijsten voor passende huisvesting doen de vraag rijzen naar regionale afstemming, planning en financiering. Het belang daarvan wordt door meerdere auteurs en organisaties onderschreven.^{75,76} Meerdere geïnterviewde personen geven aan dat de concurrentie tussen zorgverzekeraars, die allen hun eigen criteria bij de inkoop hanteren, en het toezicht van de Autoriteit Consument & Markt, niet bevorderend werken om tot afstemming te komen.

Een andere reden om regionaal af te stemmen betreft het type probleem. Psychiatrische stoornissen zijn vaak voor langere tijd of gedurende een heel leven aanwezig. Geïnterviewden geven aan dat de psychiatrie hier onvoldoende op is ingericht door de diverse transitie in zorg (jeugdzorg – huisarts/POH – basis GGZ – specialistische GGZ – Top GGZ). Het afbouwen van bepaalde voorzieningen kan tot gevolg hebben, dat je dezelfde doelgroep weer elders aantreft (waterbed fenomeen). Een aantal MO-instellingen signaleert een recente toename in clientèle met floride psychiatrie. Wordt dit veroorzaakt door de afbouw van bedden elders zonder tegelijkertijd voldoende ambulante capaciteit op te bouwen? Dwars hierop staat dat sommige gemeenten het aantal crisisplekken in de MO aan het afbouwen zijn.

⁷⁵ Couwenbergh C, Weeghel Jvan. Over de Brug, plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Phrenos 2014.

⁷⁶ Hoof F, Knispel A. Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning Een internationale vergelijking van overheidsbeleid. mgv.boomtijdschriften.nl/artikelen/gv-0-0-9.htm september 2013.

6. DE VRAAGSTELLING

Voor het onderzoek zijn door opdrachtgever een vijftal vragen geformuleerd. Deze worden achtereenvolgens in dit hoofdstuk behandeld.

1. A. Wat zijn voor de doelgroep de in praktijk door de relevante beroepsbeoefenaren/professionals gehanteerde criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ?

Opname

De criteria voor medisch noodzakelijk verblijf zijn vastgelegd in de richtlijnen. Als basis geldt voor iedereen het hebben van een psychiatrische stoornis. Bij opname gaat het in de regel om 4 criteria: (1) het plegen van nadere diagnostiek, (2) het instellen van medicatie, (3) de effectiviteit van de behandeling en (4) gevaar.

Afhankelijk van het type instelling kan één van deze 4 criteria dominant zijn voor het besluit tot opname. Voorbeelden daarvan zijn:

- ◆ Het gevaarscriterium speelt sterk bij crisisopname in PAAZ'en en geïntegreerde GGZ instellingen. Overigens bestaat er voor de geïntegreerde GGZ-instelling een verplichting tot opname als sprake is van een opname middels een BOPZ maatregel.
- ◆ De criteria als nadere diagnostiek, de instelling van medicatie, ECT en de effectiviteit van de behandeling spelen vooral bij geplande opnames bij PAAZ'en en geïntegreerde GGZ-instellingen. Bestaande comorbiditeit, extreem moeilijke patiënten en dubbeldiagnose problematiek zijn aanvullende criteria om eerder tot opname over te gaan.
- ◆ In de verslavingszorg is het gevaarscriterium (detoxificatie) en de effectiviteit van de behandeling (cognitieve gedragstherapie) een belangrijke rol. De instellingen werken met een meetinstrument (de MATE) en principes van stepped en matched care worden toegepast.
- ◆ Bij de MPU is naast de psychiatrische stoornis tegelijkertijd sprake van een somatische aandoening die opname noodzakelijk maakt.

Naast de medische criteria uit de richtlijnen spelen vrijwel altijd ook andere factoren een rol bij het besluit tot opname. Hierbij zijn de volgende clusters te onderscheiden:

- Kenmerken van de patiënt en zijn/haar directe omgeving;
- Kenmerken van de GGz in het woongebied van de patiënt;
- Kenmerken van de omgeving/straat/woonwijk van patiënt;
- Kenmerken van de regelgeving en heersende normen en waarden.

Er wordt geen landelijk eenduidig model (beslisboom) gehanteerd, dat sturing geeft aan het al dan niet opnemen. Voor bepaalde patiënten is een opname noodzakelijk vanwege de medische criteria in de richtlijnen; bij veel opnames spelen echter andere argumenten een rol die door de professionals worden gewogen.

Voor een specifieke groep met kans op suicide of zelfverwaarlozing/maatschappelijke teloorgang bestaat er geen goed risicotaxatie instrument dat geschikt is voor de dagelijkse praktijk en het ondersteunen van beslissingen bij individuele patiënten. Indicatiestelling tot opname gebeurt op basis van diverse psychiatrische (medische) en maatschappelijke (sociale) factoren, en soms ook omdat beschikbare voorzieningen om de problematiek in de thuissituatie op te lossen ontbreken. Er kan ook besloten worden tot opname wanneer het maatschappelijk niet aanvaardbaar wordt gevonden om iemand in zijn eigen situatie te laten.

Het besluit tot opname kan plaatsvinden door een crisisdienst, een opnameafdeling of een FACT-team. In de regel is daar in ieder geval een psychiater of een klinisch psycholoog of een verslavingsarts bij betrokken. Gelet op de regionale verschillen in opnames kan geconstateerd worden dat de weg van factoren niet overal tot dezelfde uitkomst leidt. De geïnterviewde professionals herkennen deze mogelijke diversiteit.

1. B. Welke criteria hanteert men bij het bepalen van de opnameduur en of een cliënt uit de instelling kan worden ontslagen?

De opnameduur en het besluit tot ontslag zijn sterk afhankelijk van de reden tot opname en het type instelling waar men verblijft.

Geplande opname

De bezochte verslavingszorginstellingen, de TopGGZ instelling (persoonlijkheidsstoornissen) en een aantal geïntegreerde GGZ-instellingen hebben gerichte behandelprogramma's die nadrukkelijk zijn afgegrensd in de duur. Bij opname is de ontslagdatum al bekend. De duur van de opname wordt bepaald door de duur van het te volgen programma (diagnostiek, behandeling) en men is er zeker van dat patiënt weer terug kan naar zijn oude woonsituatie.

Bij een deel van de bezochte instellingen is het ontslagbeleid vager zonder harde criteria. Patiënt wordt opgenomen en de duur van de opname hangt af van het individuele oordeel van de hoofdbehandelaar of het MDO. Meerdere factoren spelen dan een rol zoals het effect van de behandeling, het al dan niet kunnen terugkeren naar de oude woonomgeving of het beschikbaar zijn van een vervolgplaats.

Crisisopname

Hier bestaat een grote diversiteit. Sommige afdelingen hebben een actief ontslagbeleid en het uitgangspunt is dat als de crisis over is, de patiënt direct terugkeert naar de oude woonomgeving. Zij zetten actief een terugkeerteam in of er is blijvende betrokkenheid van het FACT team bij opname en ontslag.

Andere instellingen zijn passiever en hanteren een model waarin patiënten verder worden gestabiliseerd en eventueel intern worden overgeplaatst naar een meer chronische behandelafdeling. Belangrijkste criteria voor ontslag zijn het afronden van de beoogde diagnostiek, het bereiken van het behandeldoel, het aanwezig zijn van een gepaste woonomgeving en het oplossen van financiële problemen.

Voortgezet verblijf >3 jaar

Dit is een groep patiënten die behoefte heeft aan verblijf gecombineerd met behandeling. Het betreft een kleine groep, waarvan er op termijn toch een aantal dusdanig gestabiliseerd zijn dat uitstroom naar BW of zelfstandig wonen mogelijk is. Criteria voor dit verblijf zijn het hebben van een ernstige psychiatrische stoornis zoals als continue en ernstige psychotische symptomen die het gedrag sterk negatief beïnvloeden, zeer ernstige negatieve symptomen of desorganisatie, ernstig autisme. Het gaat om patiënten met regelmatige crises en verandering van gedrag; een tekort aan initiatief en overzicht en vermindering van de uitvoerende functies. Vaak betreft het een opname via rechterlijke machtiging. Kenmerken zijn onder andere dat ze niet goed in een groep kunnen functioneren en ook niet zelfstandig. Ze geven veel last voor hun omgeving. Het bij elkaar blijven van behandeling en verblijf is essentieel. Uitplaatsing zou tot maatschappelijk verval leiden.

Momenteel verblijven er in de geïntegreerde GGZ-instellingen ook patiënten onder deze noemer, die kunnen uitstromen maar waarvoor nog geen alternatieve verblijfsplaats beschikbaar is.

Bijna alle bezochte instellingen geven aan dat als ze kritisch kijken naar de opnameduur, er sneller ontslagen kan worden. Hier wordt gewezen op het doorbreken van ingesleten gebruiken en gewoonten (lef om te ontslaan), maar ook op het ontbreken van voldoende capaciteit/voorzieningen aan de achterdeur.

2. Wat zijn voor de doelgroep de in de praktijk gehanteerde criteria voor ambulante GGZ-behandeling in een andere woonsituatie, in het bijzonder beschermd wonen?

De criteria voor ambulante behandeling in een BW-omgeving zijn gelegen in de actuele status van de psychische stoornis en het functioneren van de cliënt. Het betreft vrijwel altijd EPA-cliënten waarbij de psychische stoornis dusdanig onder controle is dat een dagprogramma kan worden gevolgd, er geen gevaar is voor de omgeving en cliënten redelijk in een groep kunnen functioneren. De behandeling kan ambulant worden gegeven onder voorwaarde dat er sprake is van een vorm van begeleiding in een beschermde woonomgeving. Deze omgeving is voorbereid op het omgaan met de gedragsproblemen, en zij biedt structuur waarin cliënten kunnen werken aan hun vaardigheden om op termijn weer zelfstandig te kunnen wonen. Waar voorhanden, zijn het vaak de FACT teams die cliënten behandelen en ook participeren in het MDO van de BW-instelling.

Overigens betreft het BW niet alleen RIBW's maar ook verpleeghuizen waar ouderen met psychiatrische problematiek verblijven (gerontopsychiatrie) en plaatsen voor verstandelijk gehandicapten. Voor

gemeenten is recentelijk een wegwijzer ontwikkeld.⁷⁷

3. Hoe wordt in praktijk de afweging gemaakt bij de keuze tussen medisch noodzakelijk GGZ-verblijf en ambulante behandeling in een andere woonvorm (in het bijzonder beschermd wonen)? Wie zijn bij de afweging betrokken en hoe vindt de weging van de criteria plaats?

De keuze tussen medisch noodzakelijk verblijf en ambulante behandeling in een andere woonvorm wordt als zodanig eigenlijk niet gemaakt. Primair wordt er een keuze gemaakt voor al dan niet klinisch behandelen (Zvw) door de GGZ-hoofdbehandelaar (bij reguliere opname), het FACT team of door de crisisdienst. Er is geen algemeen gebruikt instrument die de besluitvorming rond opname en ontslag ondersteunt. Voor het volgen van een patiënt wordt in veel algemene GGZ-instellingen de HONOS gebruikt en in instellingen voor verslavingszorg de MATE. Als tijdens diagnostiek of behandeling blijkt dat zelfstandig wonen een brug te ver is, kan door de GGZ-instelling/behandelaar een aanvraag voor BW worden opgesteld. Bij deze aanvraag is de GGZ hoofdbehandelaar/het FACT-team (ambulant) of het MDO (bij opname) van de afdeling betrokken. Sommige opgenomen patiënten kunnen alleen worden ontslagen onder voorwaarde dat er een BW-voorziening beschikbaar is.

Het merendeel van de BW-cliënten komt uit een intramurale GGZ-setting of een MO-instelling (dakloosheid) en behoort tot de groep EPA-cliënten. Tijdens het beschermd wonen, wordt het overgrote deel van de cliënten tegelijkertijd ambulant behandeld binnen de gespecialiseerde GGZ en bestaat er een nauwe afstemming tussen behandelaren en het BW-team. De criteria voor toekenning van BW waren tot 2015 vastgelegd in de indicatiewijzer van het CIZ. Voor de plaatsing in een BW-voorziening bestaan in veel gemeenten zogenaamde 'plaatsingsteams' waarin wordt overlegd over de beste plek voor de individuele cliënt. Indien de BW-voorziening in eigen beheer is van de geïntegreerde GGZ-instelling of de verslavingszorg instelling dan wordt hierover intern beslist. Voor het volgen van de voortgang wordt in veel BW-instellingen de zelfredzaamheidsmatrix gebruikt. Overigens komt het ook voor dat een cliënt vanuit een BW-omgeving opgenomen wordt in een GGZ-instelling vanwege te ernstige gedragsproblematiek.

Geconstateerd kan worden dat de doelgroepen voor een ZPP B en ZPP C verschillend zijn, maar dat in de huidige praktijk een overlap bestaat. In 2009 kwam PWC tot dezelfde conclusie.⁷⁸ In het verleden was het voor de geïntegreerde GGZ-instellingen niet zo noodzakelijk om patiënten over te plaatsen. De afgelopen jaren zijn bij de bezochte instellingen soms hele groepen ZPP B patiënten overgeheveld naar een BW-voorziening (ZPP C). Dit proces van overheveling wordt belemmerd door de lange wachtlijsten bij sommige BW-voorzieningen.

4. Wat zijn voor de doelgroep de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf bij geneeskundige GGZ in de relevante richtlijnen, standaarden en (wetenschappelijke) literatuur? Welke criteria staan zijn hierin vastgelegd over opnameduur en ontslag?

De van toepassing zijnde Nederlandse richtlijnen geven, op basis van puur medische overwegingen, slechts voor een aantal situaties criteria of aanwijzingen voor opname. Afhankelijk van het type stoornis gaat het om nadere diagnostiek, het instellen van bepaalde, meer complexe medicatie, de effectiviteit van klinische behandeling ten opzichte van ambulante behandeling en het gevaarscriterium. De criteria voor opname genoemd in de Nederlandse richtlijnen zijn vrijwel identiek aan de richtlijnen in de UK en de VS. In de UK wordt wel nadrukkelijker gewezen op de behandeling van schizofrenie en psychoses in de thuissituatie en de inzet van hometeams. Noch in Nederland, noch in de literatuur zijn algemeen gebruikte instrumenten bekend met harde afkappunten voor het besluit tot opname. De richtlijnen bevatten geen criteria voor de duur van het verblijf noch voor het moment van ontslag.

In de literatuur wordt gewezen op het belang een opname te voorkomen en patiënten ambulant te behandelen. Nederland is één van de koplopers in Europa wat betreft het aantal bedden per 100.000 inwoners; in Italië en de UK zijn aanzienlijk minder bedden. In deze landen wordt actief beleid gevoerd

⁷⁷ Wegwijzer naar ondersteuning Wmo voor mensen met psychische problemen/aandoeningen. Phrenos, AnderssonElffersFelix, januari 2015.

⁷⁸ Onderscheid B- en C-pakketten niet uniform gehanteerd; Verslag van een onderzoek naar verschillen tussen zorgzwaartepakketten met en zonder behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. PWC 2009.

door het organiseren van alternatieven voor opname, het betrekken van patiënt en familie bij de behandeling en het organiseren van een zinvolle dagbesteding. Het aangrijpingspunt voor de vermindering van het verblijf is dus niet zozeer het aanscherpen van de individuele criteria voor opname maar meer het beïnvloeden van de omgevingsfactoren waarin patiënten leven.

In de literatuur zijn ook studies te vinden naar het verminderen van langdurige opnames. De toestand kan dusdanig stabiliseren dat het continue medische toezicht niet meer noodzakelijk is. Bij een actieve opstelling blijkt dat een groot deel van deze patiënten door gerichte training toch weer naar een andere woonomgeving (in Nederland: BW en begeleid zelfstandig wonen) kunnen worden overgeplaatst. Een actieve begeleiding van de omgeving van een patiënt is daarbij van groot belang.

5. Hoe verhouden de onder 4 gevonden criteria zich tot de in praktijk gehanteerde criteria?

In het onderzoek is geen dossier onderzoek op patiënt niveau uitgevoerd. De professionals geven aan dat bij medisch noodzakelijk verblijf zowel de in de richtlijnen geformuleerde criteria een rol spelen, als ook andere elementen. Zij onderschrijven het belang om zo veel als mogelijk ambulant te behandelen omdat dit op termijn beter is voor de patiënten. De voorzichtig dalende trend in klinische capaciteit en in de gemiddelde duur van de opnames wijst er op dat de praktijk langzaam aan het verschuiven is.

De medisch inhoudelijke criteria genoemd in de richtlijnen (behoefte aan diagnostiek, de mate van gevaar voor zichzelf of derden, effectiviteit van de behandeling, instellen medicatie) bepalen mede het besluit tot opname, maar soms zijn andere factoren meer doorslaggevend.

Het betreft:

1. Het beschikbaar zijn van alternatieven (intensieve ambulante behandeling, kortdurende respijtzorg).
2. De motivatie van de patiënt voor opname; de draagkracht en de wens van familie en naasten en de druk vanuit omgeving/straat/wijk met opvattingen over wat aanvaardbaar en gebruikelijk is.
3. De opvattingen van professionals over recht op autonomie en goed hulpverlenerschap.

Bij het bepalen van de duur van een opname speelt de cultuur van de instelling een belangrijke rol met het al dan niet hanteren van concrete zorgprogramma's en het van te voren afspreken van de duur van de opname.

Uit buitenlandse cijfers is bekend dat er een sterk (en logisch) verband is tussen het aantal bedden en het volume aan verblijf. De wijze van bekostiging en de belangen van de instelling spelen een rol om bedden al dan niet bezet te houden. Een deel van de huidige bedbezetting in de GGZ wordt veroorzaakt door een gebrek aan mogelijkheden om patiënten naar elders (BW of zelfstandige huisvesting) over te plaatsen.

Het is onbekend in hoeverre het aantal bedden verband houdt met de kwaliteit van de GGZ, het aantal agressie-incidenten of de aantallen suïcides. In landen zoals Engeland en Italië, waar het aantal bedden fors lager is dan in Nederland, is een dalende trend te zien met betrekking tot het aantal suïcides en is het aantal suïcides ook lager dan in Nederland.⁷⁹ Het zijn voorbeelden van landen waar de ambulantisering sterk politiek gedreven was en gepaard is gegaan met de nadruk op het beschikbaar komen van alternatieven voor opname en op een actieve ondersteuning van cliënt en zijn/haar omgeving. In Nederland is de situatie bij de bezochte instellingen divers.

⁷⁹ Scowcroft E. Suicide statistics report 2014; including data for 2010-2012. Samaritans, march 2014. OECD library. Health at a glance Europe 2012. Health status, suicide 1995-2010.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Definities van gebruikte termen

De vraagstelling is geformuleerd vanuit de wet- en regelgeving en de gehanteerde definities sluiten daarbij aan.

Medisch noodzakelijk

Het juridische kader voor verblijf in verband met GGZ-zorg wordt binnen de Zvw gevormd door artikel 2.12 Besluit zorgverzekering (Bzv) en artikel 14 van de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- Artikel 2.12 Bzv: "Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat *medisch noodzakelijk is* in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 (zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden)".
- Artikel 14 Zvw: uit dit artikel volgt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg (...) "slechts op basis van *zorginhoudelijke* argumenten wordt beantwoord". Dit betekent dat behalve medisch-inhoudelijke criteria, waar nodig ook andere *zorggebonden* criteria een rol kunnen spelen voor de vraag of verzekerde op bepaalde zorg is aangevoelen. Bijvoorbeeld het oordeel van een verpleegkundige over de thuissituatie van een cliënt.

Behandeling

Activiteiten gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is – naast het behandelen van de stoornis – het leren omgaan met de(gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover de interventie is gestructureerd, programma-tisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel. Hieronder vallen ook begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling vormen. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandel-doel te bereiken, worden aangestuurd door de hoofdbehandelaar en terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Begeleidende activiteiten die een niet-geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist, moeten worden gerekend tot de functie begeleiding in de AWBZ.

Verblijf

Het betreft een opname in een instelling; het kan ook een gedwongen opname zijn. Bij verblijf kan de regie (deels) overgenomen zijn door de instelling waar men verblijft.

Geneeskundige GGZ

In artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat niet uitsluitend artsen geneeskundige zorg kunnen verlenen, in dit verband relevant worden ook klinisch psychologen genoemd.

Ambulante behandeling

Het betreft psychiatrische behandeling die niet noodzakelijkerwijs gepaard hoeft te gaan met verblijf als bedoeld in de Zvw, maar die aan cliënt kan worden geboden in een zelfstandige of beschermde woonsituatie. In het onderzoek betreft het ook vormen van 8 of 16 uren dagbehandeling, waarbij de cliënt thuis slaapt.

Beschermd wonen

Het betreft wonen *in een accommodatie van een instelling* met daarbij behorend toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. NB Vanaf 2015 valt deze voorziening onder de Wmo.

Zelfstandig wonen

Het betreft wonen waarbij de cliënt *zelfstandig eigenaar/huurder* is van zijn/haar woonvoorziening. Er is géén toezicht. Wel kan dit wonen gepaard gaan met vormen van begeleiding.

Bijlage 2. Samenstelling projectgroep

Sandra Weghaus-Reus, projectleider (ZIN)
Ineke van der Voort-van Beusekom (ZIN)
Carina Parmentier (ZIN)
Charlotte Gubbels (ZIN)
Peter Bob Peerenboom (Tangram)
Jan Spek (Tangram)

Bijlage 3. Samenstelling klankbordgroep

Yvonne Moolenaar (GGZ-Nederland)
Eta Mulder (RIBW-alliantie)
Jeroen van Waarde (NVvP)
Paul Betgem (NIP)
Judith van den Berg (V&VN)
Nic Vos de Wael (LPGGZ)
Peter Bob Peerenboom (Tangram)
Jan Spek (Tangram)
Niels Mulder (Tangram / ESPRI)

Bijlage 4. Geraadpleegde websites voor richtlijnen en literatuur

- ◆ NVvP: <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>
- ◆ Ned.Ver.voor Neurologie: <https://www.neurologie.nl/publiek/beroepsinformatie/richtlijnen/nvn-richtlijnen>
- ◆ Ned.Ver.voor Urologie: <http://www.nvu.nl/en-us/kwaliteit/richtlijnen/actuelerichtlijnen.aspx>
- ◆ Nieuw Zeeland: <http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>
- ◆ Engeland National Institute for Health and Care Excellence: <http://www.nice.org.uk/guidance-menu/conditions-and-diseases/mental-health-and-behavioural-conditions>
- ◆ United States National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov/browse/by-topic-detail.aspx?id=6208&ct=1>
- ◆ American Psychological Association: <http://psycnet.apa.org/>
- ◆ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in België <https://kce.fgov.be/nl>
- ◆ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Duitsland <https://www.iqwig.de/>
- ◆ Trimbosinstituut: http://www.trimbos.nl/publicaties?q=trendrapportage&page=25&sort=date_desc&year=
- ◆ Phrenos: <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/publicaties/>
- ◆ Vektis: <http://www.vektis.nl/index.php/component/search/?searchword=GGZ&searchphrase=all&Itemid=107>
- ◆ Cochrane: <http://www.cochrane.org/search/site/mental%20services>
- ◆ Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=mental+services+admission+indicators>

Bijlage 5. Geraadpleegde richtlijnen GGZ

- ◆ MDR depressie, addendum ouderen; versie 1.0
- ◆ Landelijk Basisprogramma Depressie (Trimbos)
- ◆ Landelijk Basisprogramma Eetstoornissen (Trimbos)
- ◆ In gesprek over dwangstoornis (NVvP)
- ◆ In gesprek over psychotherapie (NVvP)
- ◆ MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag Versie 1.0
- ◆ MDR SOLK en somatoforme stoornissen Versie 1.0
- ◆ MDR Angststoornissen (3^e revisie, 2013) Versie 1.0
- ◆ MDR Depressie (3^e revisie, 2013) Versie 1.0
- ◆ MDR eetstoornissen Versie 1.0
- ◆ MDR familiaal huiselijk geweld Versie 1.0
- ◆ MDR persoonlijkheidsstoornis Versie 1.0
- ◆ Richtlijn Dubbele Diagnose Versie 1.0
- ◆ MDR schizofrenie 2012 Versie 2.0
- ◆ MDR Stoornissen in het gebruik van alcohol 2009
- ◆ Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, herziening 2009
- ◆ Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling, 2008
- ◆ Richtlijn Bipolaire stoornissen, NVvP, Versie 2.0, 2008
- ◆ Richtlijn consultatieve psychiatrie, NVvP 2008
- ◆ Richtlijn delier voor volwassenen en ouderen, NVKG, 2013
- ◆ Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, 2013
- ◆ Richtlijn dubbele diagnose, versie 1, 2008
- ◆ MDR Opiaatverslaving, 2013
- ◆ Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen, 2004

Bijlage 6. Geconsulteerde instanties en instellingen

Algemeen

- ◆ GGZ Nederland: Yvonne Molenaar, beleidsadviseur
- ◆ RIBW-alliantie: Eta Mulder, secretaris bestuur
- ◆ Federatie Opvang: Rina Beers, senior beleidsmedewerker
- ◆ Verenso: Frans Roos, directeur; Carry Stroosnijder, beleidsmedewerker; Monique Bogaerts, adviseur
- ◆ V&VN: Ivonne van der Padt, voorzitter sectie SPV
- ◆ CIZ: Aletta Willems, beleidsadviseur; Hette van der Ende, kwaliteitsmedewerker
- ◆ Ypsilon: Bert Stavenuiter, directeur; Frits Dorleijn, lid
- ◆ Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ: Sebastiaan Baan, plv. programmaleider
- ◆ NIP: Rob Wiewel, beleidsadviseur; Paul Betgem, psycholoog
- ◆ NVvP: Aartjan Beekman, voorzitter; Noortje Sax, directeur
- ◆ Centrum voor Consultatie en Expertise: Tom van Son, coördinator; Alice Padmos, regiodirecteur West en portefeuillehouder GGZ
- ◆ LPGGZ: Niv Vos de Wael, onderzoeker en beleidsmedewerker
- ◆ VVGN: Ad van Hoek, secretaris; Peter Vossenbergh, voorzitter
- ◆ Verzekeraars: Sacha Heijnen, beleidsadviseur GGZ a.i. ZN, Rico Bastiaans inkoper VGZ, Debbie Brink, zorginhoudelijk adviseur GGZ VGZ, Tanja Leenen beleidsadviseur zorginkoop GGZ Achmea
- ◆ Hogeschool Arnhem Nijmegen: Bauke Koekkoek, lector
- ◆ Gemeente Apeldoorn: Antonie de Vlieger, projectmanager begeleiding; André Zents, accountmanager WMO
- ◆ Phrenos: Jaap van Weeghel, directeur wetenschap; Chrisje Couwenbergh, stafmedewerker onderzoek en beleid

Zorginstellingen

- ◆ Novadic Kentron: Ernst Franzek, psychiater; Peter Greeven, hoofd research & development; Rolf Geurts, voorzitter indicatiecommissie
- ◆ RIBW Zaanstreek, Waterland, West-Friesland: Ria von Bönnighausen tot Herinkhave-Visser, bestuurder; Esther de Boer, locatiewaard
- ◆ RIBW Zaanstreek, Waterland, West-Friesland: Leontine Daalder, begeleider; Lamers Visser, manager zorg
- ◆ Kessler Stichting: Marleen Bergen, sectormanager
- ◆ Kessler Stichting: Michiel Oord, begeleider; Wim van Lierop teammanager; Sabine Schouten, zorgcoördinator; Diana van de Berg, begeleider
- ◆ Lentis Groningen: Surja Nannan Panday, psychiater; Marloes Vermanen, teamleider Winschoten; Bonnie Ermers, psychiater crisisafdeling; Reitze Enderlé, manager klinieken
- ◆ UMCG Groningen: Myriam Harfterkamp, psychiater; Maartje Rutgers, opnamecoördinator
- ◆ Geriant: Jan Vuister, directeur
- ◆ Verslavingszorg Noord Nederland: Ingrid Willems, psychiater manager zorg
- ◆ HVO Querido: Louise Olij, hoofd stafbureau
- ◆ HVO Querido: Pamela Noorman, instroomfunctionaris; Charlotte Wilson, zorgcoördinator; Robert Bernhard, zorgcoördinator; Patricia Gravemaker, beleidsadviseur; Hester Stokkel, projectmanager
- ◆ GGNet Apeldoorn: Gerard van Winsum, manager crisisopname en intensieve behandeling; Alex Lustgraaf, psychiater
- ◆ Kwintes: Jan Willem van Zuthem, bestuurder; Gerda Weitenkamp, manager
- ◆ De Nieuwpoort Alkaar: Theo Winder, locatiemanager; GGZ NHN: Petra Blekkink, regionmanager ouderenpsychiatrie
- ◆ GGNet Warnsveld: Eddy Adolfsen, directeur specifieke zorg
- ◆ PAAZ Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht: Marees Derksen, psychiater
- ◆ PAAZ Rijstate Arnhem: Michael Mulder, psychiater; Boudewijn de Pont, psychiater
- ◆ GGNet: Ester van Gaalen, manager RGC klinieken
- ◆ Lister Utrecht: Jan Berndsens, bestuurder
- ◆ Mondriaan Heerlen; Philippe Delespaul, psycholoog
- ◆ Pamijer Rotterdam: Petra van der Schaaf, beleidsadviseur

- ◆ GGNet, RGC Doetinchem; Remco Uenk, opnamecoördinator; Kok Wai Tang, psychiater
- ◆ Yulius Dordrecht: Arthur van Gool, psychiater
- ◆ Yulius Dordrecht: Anja Gosker, directeur behandelzaken, psychiater; Kees Oosterwijk, psychiater
- ◆ GGZ Eindhoven: Roelof Kleppe, directeur behandelzaken, psychiater
- ◆ Emergis Goes: Marianne Stijnman
- ◆ Antes Rotterdam: Ben van de Wetering, psychiater lid raad van bestuur
- ◆ Altrecht Willem Arntsz: Jiska Brinkman, manager; Martijn Klein-Gebbink, psychiater
- ◆ GGZ Friesland: Charlotte Smits, hoofd Divisie Herstel en Behandeling; Jos Keizer, hoofd Divisie Urgent en Intensief
- ◆ De Viersprong Halsteren: Pierre Sebregts en Stiene van Limbergen, klinisch psychologen
- ◆ Archipel Eindhoven: Anouk van Tiel, gezondheidszorg psycholoog; Leontine Bollen, specialist ouderengeneeskunde
- ◆ GGZ NHN: René Keet, psychiater, directeur behandelzaken

Bijlage 7. Semigestructureerde vragenlijst

Vragenlijst Onderzoek medische noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ

Vooraf: De vragenlijst wordt gehanteerd in verschillende instellingen of organisaties (o.a. instellingen voor geneeskundige GGZ als in instellingen voor beschermd wonen). Sommige vragen zijn voor de een of ander minder of niet van toepassing.

Instelling:

Datum bezoek:

Afdeling / team:

Gesproken met: _____, functie(s): _____

Opname

1. Welk type klinische/verblijfs-afdelingen heeft de instelling (acuut/chronisch)?
2. Welke disciplines zijn bij het besluit tot opname/verblijf betrokken?
3. Welke discipline autoriseert uiteindelijk de opname/het verblijf?
4. Wat voor type aandoeningen hebben de patiënten?
5. Hoe is de verhouding vrijwillig – gedwongen?
6. Geven bestaande richtlijnen en protocollen voldoende houvast om een besluit tot opname te onderbouwen?
7. Wordt er gebruik gemaakt van specifieke instrumenten voor de indicatiestelling tot opname/verblijf? Indien toepasselijk per type cliënt.
8. Is er een onderscheid te maken tussen patiënten die vrijwillig voor behandeling worden opgenomen in een algemene GGZ-instelling en dan wel in een Beschermd Wonen (BW) omgeving, gecombineerd met ambulante behandeling? Zo ja, wat is dan dat onderscheid?

Criteria die naast de ernst van het toestand/aandoening mogelijk een rol spelen bij het besluit tot opname

In welke mate spelen de volgende elementen een rol bij het besluit tot opname/verblijf?

Svp scoren van 0 tot 7: (0) = speelt nooit een rol; (7) = speelt een doorslaggevende rol.

criterium	Score naar belang
Patiënt is een gevaar voor zichzelf	
Patiënt is een gevaar voor de omgeving	
Angst voor een juridische claim	
Ernstige verwaarlozing thuis	
De mate van zelfredzaamheid	
Het ontlasten van de mantelzorg / familie	
De noodzaak tot klinische observatie	
De aard van de medische zorg (bv instellen medicatie of bepaalde infrastructuur)	
De mate van somatische comorbiditeit	
De wens van de patiënt om te worden opgenomen	
Lege bedden in de instelling	
De effectiviteit van klinische behandeling t.o.v. ambulante behandeling	
Het afwezig zijn van extramurale behandelmogelijkheden (FACT team, IBT e.d.)	
Andere criteria, namelijk	
-	
-	
-	

Verblijf en ontslag

Wie opent de DBC en hoe is deze hoofdbehandelaar betrokken bij de behandeling?

9. Wie is eerste aanspreekpunt voor de patiënt/familie?
10. Waar gaan de patiënten van deze afdeling heen na ontslag?
11. Wat is de gemiddelde opnameduur (op uw afdeling, respectievelijk voor de patiënt indien deze wordt doorgeplaatst naar een andere klinische afdeling)?
12. Bieden richtlijnen/protocollen voldoende houvast om het besluit tot ontslag te onderbouwen?

13. Hoe wordt bepaald of patiënt weer naar huis kan en/of overgeplaatst kan worden naar een andere afdeling? In hoeverre wordt hierbij een scoringsinstrument gebruikt of vastomlijnde criteria?
14. Wie besluit(en) er dat een patiënt weer naar huis mag dan wel naar elders wordt overgeplaatst?

Criteria die naast de ernst van het toestand/aandoening mogelijk een rol spelen bij het besluit tot ontslag

In welke mate spelen de volgende elementen een rol bij het besluit tot opname/verblijf?
Svp scoren van 0 tot 7: (0) = speelt nooit een rol; (7) = speelt een doorslaggevende rol.

Criterium	Score naar belang
Patiënt is een gevaar voor zichzelf	
Patiënt is een gevaar voor de omgeving	
De kans op juridische gevolgen (claim)	
De mate van zelfredzaamheid	
De mogelijkheden van de mantelzorg / familie	
Een beddentekort	
De effectiviteit van klinische behandeling t.o.v. ambulante behandeling	
Het aanwezig zijn van extramurale behandelmogelijkheden (FACT team, IBT e.d.)	
Het ontbreken van huisvesting of een plaats naar de afdeling waarheen patiënt wordt overgeplaatst	
Vrijwillig opgenomen patiënt besluit zelf op te stappen	
Ander criteria, namelijk:	
-	
-	
-	

Tenslotte

1. Wat zouden de gevolgen voor het opname- en ontslagbeleid zijn indien u met een substantieel lager aantal bedden zou moeten werken?
2. Heeft u behoefte aan strakkere criteria en/of instrumenten om het besluit tot opname of ontslag te nemen?

Bijlage 8. Citaten over opname criteria in Nederlandse richtlijnen

Richtlijn depressie

De reden voor een klinische opname bijvoorbeeld, is in de praktijk niet zozeer de ernst van de depressie, maar vaak de eerder genoemde somatische gevolgen en/of het beperkte sociale netwerk. Het inzetten van gespecialiseerde verzorging kan in veel gevallen dagbehandeling of een klinische opname voorkomen (depressie).

Of en bij welke ouderen met een depressie dagbehandeling of een psychiatrische opname effectief is, is voor zover bekend niet direct onderzocht. Uiteraard is uit veel onderzoek naar opgenomen ouderen bekend bij hoeveel ouderen bij ontslag sprake is van herstel (of respons), maar er is geen onderzoek gepubliceerd waarin een groep ouderen na randomisatie ambulante of (dag)klinisch werden behandeld.

Een acute tweedelijns klinische opname vindt in principe alleen plaats wanneer er sprake is van een crisissituatie die ambulante niet kan worden gehanteerd. Reguliere klinische opname kan geïndiceerd zijn wanneer sprake is van geringe draagkracht, uitputting en/of demoralisering van het steunsysteem. Andere indicaties zijn: noodzaak voor intensieve observatie; instellen van medicatie, complicaties bij medicatie, bescherming bij suïcidaliteit of therapieresistentie. Daarnaast wordt doorverwezen in het geval van noodzaak tot electroconvulsie therapie (ECT) of zeer specialistisch onderzoek in de derde lijn (depressie, eetstoornissen).

Richtlijn eetstoornissen

De klinische behandeling van eetstoornissen in Nederland varieert momenteel van behandeling op algemene somatische afdelingen waar psychiatrische consultatie mogelijk is, tot opname in gespecialiseerde psychiatrische klinieken waar somatische consultatie voorhanden is.

Voor de behandeling van patiënten met anorexia nervosa wordt in de literatuur wereldwijd een breed scala aan mogelijkheden beschreven, van 'altijd poliklinisch' tot 'bij voorkeur klinisch'. Gedwongen behandeling wordt vrijwel alleen geïndiceerd bij ernstige, levensbedreigende anorexia.

Publicaties over de beslissing om van een eventuele poliklinische behandeling van de somatische aspecten naar een klinische somatische behandeling over te stappen, zijn niet gevonden. Klinische psychotherapie vormt een belangrijk onderdeel van de klinische behandeling. Naast de specifiek psychotherapeutische activiteiten vindt men ook dat het sociotherapeutische milieu onder klinische psychotherapie valt. Klinische psychotherapie is gericht op het normaliseren van het eetpatroon, gewichtsherstel en abstinentie van eetbuien en purgeergedrag.

Een stepped-care-model waarbij patiënten eerst geïndiceerd worden voor een minder intensieve ambulante behandeling, waarna indien nodig gekozen wordt voor secundaire en tertiaire zorg, lijkt een logische keuze en wordt zowel in de APA- als de NICE-richtlijnen aanbevolen. Daarbij worden in beide richtlijnen verschillende keuzecriteria gehanteerd. Zo bevelen de APA-richtlijn aan om opname te overwegen bij een BMI < 17,5 en vóórdat de situatie deels irreversibel verslechterd is, en lijkt de NICE-richtlijn meer gericht op zoveel mogelijk voorkomen van opnames.

Het is gewenst een patiënt met anorexia nervosa of boulimia nervosa op te nemen op een interne (kinder)afdeling wanneer er sprake is van:

- terminale ondervoeding met bradyfrenie en spierzwakte;
- hypokaliëmie (< 2, of < 3,5 met ECG-afwijkingen);
- suspecte anamnese voor - of aangetoonde hypoglykemieën.

Herstelcriteria:

- ◆ herstel van het eetgedrag,
- ◆ herstel van gewicht en de lichamelijke gevolgen
- ◆ (menstruatiecyclus),
- ◆ herstel van de lichaamsbeleving
- ◆ herstel van de zelfwaardering.
- ◆ herstel van sociale contacten

Richtlijn suïcide

1. Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)
Na een suïcidepoging

Laat de patiënt bij voorkeur opnemen na een suïcidepoging indien:

- ◆ de patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
- ◆ de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
- ◆ voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
- ◆ er een persisterend plan of persisterende intentie is;
- ◆ de patiënt spijt heeft dat hij of zij nog leeft c.q. de spanning is toegenomen;
- ◆ de patiënt een man is van middelbare leeftijd of ouder, met een nieuwe psychiatrische aandoening,
- ◆ nieuw suïcidaal gedrag of alcoholafhankelijkheid en impulsiviteit;
- ◆ de patiënt weinig ondersteuning heeft (inclusief het ontbreken van huisvesting);
- ◆ er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen of weigering van hulp;
- ◆ er een psychiatrische stoornis is met een metabole, toxische, infectieuze etiologie waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is.

Bij suïcidegedachten

Laat de patiënt bij voorkeur opnemen bij suïcidegedachten indien:

- ◆ er een specifiek suïcideplan is met hoge letaliteit;
- ◆ er een sterke doodswens is;
- ◆ er sprake is van vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en/of stress.

2 Mogelijk opnemen

Na een suïcidepoging

- ◆ psychose of een andere ernstige psychiatrische aandoening;
- ◆ suïcidepogingen in de voorgeschiedenis, vooral als die ernstig waren;
- ◆ een lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
- ◆ een beperkt steunsysteem (inclusief het ontbreken van huisvesting);
- ◆ een onwerkzame ambulante of deeltijdbehandeling;
- ◆ gebrek aan medewerking aan een ambulante of deeltijdbehandeling;
- ◆ ontbrekende arts-patiëntrelatie of geen toegang tot ambulante voorzieningen;
- ◆ de noodzaak van deskundige observatie, medisch onderzoek of diagnostisch onderzoek waarvoor een gestructureerde setting nodig is.

Zonder suïcidepoging:

- ◆ er aanwijzingen zijn uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese voor een hoog suïciderisico en een recente, acute toename van het risico.

In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, of bij 'acuut op chronisch suïcidaal gedrag', waarbij psychiatrische opname geïndiceerd kan zijn, voegt opname bij chronisch suïcidaal gedrag weinig toe aan wat ambulant of dagklinisch kan worden geboden. De ongewenste neveneffecten kunnen groot zijn: verlies van maatschappelijke rollen, schaamte, stigma, een steeds hogere drempel voor reïntegratie, en bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis een escalerende strijd over autonomie en grenzen. Bij verhoogde dreiging is (tijdelijke) intensivering van de ambulante zorg een goed alternatief: in de vorm van Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg zoals die vanuit fact-teams wordt geboden.

Richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen

In ernstige gevallen kan opname in een derdelijns instelling en multidisciplinaire behandeling aangewezen zijn. De toepassing van een meer intensieve psychologische behandeling, zoals klinische opname, moet worden gelimiteerd tot de categorie patiënten met hardnekkige klachten.

Over organisatie van zorg (stepped care, disease-management, effectiviteit van dezelfde therapie uitgevoerd door verschillende disciplines of in verschillende settings) bestaat vrijwel geen onderzoek.

Richtlijn angst

Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen, vanwege de mogelijke bijwerkingen zoals orthostase en het instellen op een tyraminebeperkt dieet.

Bij dreigend stagneren van de behandeling of therapieresistentie wordt geadviseerd de behandeling te intensiveren, zo mogelijk in een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting (dagklinisch, klinisch).

Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen

Er zijn aanwijzingen dat langerdurende dagklinische en langerdurende klinische psychotherapie niet verschillen in effectiviteit. Klinische psychotherapie is een effectieve behandeling voor diverse, ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep is van mening dat klinische psychotherapie pas moet worden geïndiceerd wanneer ambulante en/of dagklinische psychotherapie onvoldoende effectief is gebleken.

Het is aannemelijk dat langerdurende dagklinische psychotherapie en step-down klinische psychotherapie kosteneffectiever zijn dan langerdurende, puur klinische psychotherapie.

Er zijn verschillende typen persoonlijkheidsstoornissen te onderscheiden die in de derde lijn behandeld worden:

- ernstige persoonlijkheidsstoornissen in het A-, B- of C-cluster die onvoldoende baat hebben bij behandeling in de tweede lijn;
- comorbiditeit tussen As-II en As-I/As-III, zoals verslaving, ernstige depressie, bijkomende lichamelijke ziekten;
- gevallen waarin sprake is van andere complicerende factoren, zoals een taalbarrière of onvoldoende intellectuele vermogens.

De werkgroep is van mening dat, in geval van crisis met impulsief en suicidaal gedrag, kortdurende opname met een vooraf overeengekomen doelstelling de voorkeur heeft boven een langdurende opname.

Richtlijn dubbele diagnose

Ten aanzien van de vraag of de behandeling van dubbele diagnose klinisch (residentieel) dan wel ambulant dient plaats te vinden, zijn een aantal opmerkingen te maken. De laatste jaren is de nadruk bij behandelen in psychiatrie en verslavingszorg meer bij de ambulante behandelingen komen te liggen. Naast organisatorische argumenten (bijvoorbeeld financiële of logistieke) spelen hierbij zorginhoudelijke afwegingen een rol. Bij het behandelen van dubbele diagnosepatiënten is er sprake van het ingrijpen in het dagelijks leven van de patiënt en dat voor langere tijd. Ambulante behandelingen kunnen daarbij het normale leven van de patiënt verbeteren of intact houden. Daarnaast is het voor de doelgroep vaak moeilijk om de weg naar de zorg te vinden en voor de behandelaars is het ingewikkeld om in contact te komen met de dubbele diagnosepatiënten. Intensieve outreachende zorg kan in deze gevallen de drempel verlagen. In de literatuur is met betrekking tot deze vraag wel evidentie te vinden. Ambulante behandeling en begeleiding lijkt even effectief en in sommige gevallen zelfs te verkiezen boven klinische behandeling. Daarentegen zijn er ook argumenten aan te dragen voor klinische zorg. Binnen de professionele omgeving is er ruimte om de patiënt langere tijd te observeren indien de diagnose dat vereist. Daarnaast biedt de klinische behandeling een stabiele omgeving waar de patiënt zich geheel kan richten op zijn eigen herstel en is de therapietrouw vaak groter dan in een ambulante setting. Dakloze dubbele diagnosepatiënten hebben bijvoorbeeld erg veel baat bij een klinisch programma zoals een therapeutische gemeenschap.

Algemene aanbeveling: Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.

Richtlijn schizofrenie

Clozapine dient te worden gestart volgens een apart protocol, vanwege initiële, soms ernstige orthostatische hypotensie, en onder wekelijkse controle van het aantal granulocyten in het bloed vanwege de kans op agranulocytose. Bij voorkeur wordt de behandeling de eerste twee weken gegeven binnen de setting van een dagbehandeling of eventueel tijdens een klinische opname. Men kan coöperatieve patiënten echter ook ambulant instellen.

Op grond van klinische ervaring, maar door het zeldzaam zijn niet ondersteund door klinische trials, blijkt dat ECT als onderdeel van klinisch management (onder andere klinische opname, herstellen van de vocht- en elektrolytenbalans, behandelen van spierrigiditeit) van maligne katatonie en het maligne neurolepticasyndroom levensreddend kan zijn.

Acute dagbehandeling is een goed, kosteneffectief alternatief voor een acute opname in een relevant percentage (33%-45%) van de gevallen. Er zijn geen negatieve effecten vastgesteld voor effectiviteit en neveneffecten.

Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol

Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudingsinsulten, dient intramurale opname bij een verslavingszorginstelling plaats te vinden. Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een Algemeen Ziekenhuis moeten plaatsvinden.

Intramurale detoxificatie is aangewezen indien:

1. er sprake is van een hoge BAC score (>1,5), de patiënt een geïntoxiceerde indruk maakt en het alcoholgebruik jarenlang dagelijks dan wel periodiek destructief genoemd kan worden;
2. alcoholgebruik wordt gecombineerd met een of meer andere psychoactieve middelen;
3. er bij eerdere detoxificaties delirante verschijnselen en/of insulten optraden;
4. er sprake is van een slechte lichamelijke conditie (bijvoorbeeld: De patiënt leeft op alcohol en heeft de laatste weken niet meer gegeten of er is een lichamelijke ziekte);
5. de zelfzorg slecht is of er verwacht wordt dat de therapietrouw slecht zal zijn;
6. er meerdere niet-succesvolle ambulante detoxificaties zijn geweest of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen of er snel een terugval is opgetreden;
7. er comorbide psychiatrische ziektebeelden bestaan waarvan verwacht wordt dat deze de uitkomst van een detoxificatie negatief zullen beïnvloeden of waarvan is gebleken dat deze dat al hebben gedaan;
8. er sprake is van een alleenstaand persoon of van iemand die het laatste half jaar geen contact heeft gehad met niet gebruikende personen in de directe sociale omgeving;
9. er een wens is van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie.

Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid.

Ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en ernstige afhankelijkheid zijn criteria voor klinische behandeling in de richtlijnen van de American Society of Addiction Medicine (ASAM, 2001)

Bij circa 3% van de chronische alcoholisten ontstaan hallucinaties, meestal auditief, en/of wanen, vaak met ziekelijk achterdochtige inhoud (achtervolging, ontrouw, benadeling). De behandeling is bij voorkeur klinisch, met antipsychotische medicatie, die in de meeste gevallen na enkele maanden kan worden uitgesloten. Hernieuwd alcoholmisbruik leidt niet zelden tot recidieven.

Gezien het levensbedreigende karakter van alcoholafhankelijkheid in een vergevorderd stadium zouden de mogelijkheden voor gedwongen opname, die de BOPZ biedt, beter moeten worden benut. Opname is geïndiceerd bij:

- mensen met een ernstige acute intoxicatie;
- een onthoudingsdelier;
- onthoudingsinsulten.

Residentiële behandeling is geïndiceerd voor patiënten die niet voldoen aan de klinische criteria voor ziekenhuisopname, maar van wie de leefgewoonten en sociale interacties hoofdzakelijk zijn gaan draaien om het gebruik van bepaalde middelen, die in onvoldoende mate beschikken over sociale en beroepsmatige vaardigheden en die niet kunnen terugvallen op sociale ondersteuning van niet-gebruikers om zich in een poliklinische setting te kunnen onthouden van het gebruik van bepaalde middelen. Bij dergelijke patiënten worden op de lange termijn over het algemeen betere resultaten behaald wanneer ze een residentiële behandeling ondergaan van ten minste drie maanden.

Richtlijn bipolaire stoornis

Lithium: Bij ernstige verschijnselen en/of bloedspiegel > 2,0 mmol/l kan ziekenhuisopname, infuusbehandeling en zelfs hemodialyse nodig zijn.

Richtlijn delier

Bij een zeer ernstig delier waarbij ook forse agitatie of bewegingsdrang op kan treden met onverantwoord weglooptgedrag tot gevolg en waarbij de zorg voor de patiënt zelf of voor anderen in gevaar komt, kan een kortdurende overplaatsing naar een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (GAAZ), indien aanwezig, overwogen worden, ondanks het mogelijk negatief effect op verandering

van vertrouwde omgeving (Ahmed et al., 2010). Als alternatief voor niet anders afwendbaar gevaar ten gevolge van de gedragsproblematiek kan plaatsing in een psychiatrische setting overwogen worden.

Richtlijn opiaatverslaving

Klinische behandeling in de vorm van een therapeutische gemeenschap (tg) dient slechts overwogen te worden als niet-klinische en andere klinische behandelvormen onvoldoende hebben geholpen.

Intramurale ontgiftiging is aangewezen als:

- jarenlang heroïne en/of methadon wordt gebruikt met in het laatste jaar dagelijks meer dan 1 gram heroïne of meer dan 60 mg methadon;
- de hele dag door heroïne en/of methadon wordt gebruikt en het dagelijks leven draait om het verwerven van deze middelen;
- het gebruik wordt gecombineerd met een of meerdere psychoactieve middelen;
- hevige ontwenningverschijnselen zich eerder hebben voorgedaan;
- de lichamelijke conditie slecht is of als er sprake is van zwangerschap of een lichamelijke ziekte die naar verwachting de ontgiftiging negatief zal beïnvloeden of dat in het verleden heeft gedaan;
- de zelfzorg slecht is;
- na eerdere ontgiftiging snel terugval opgetreden is, twee eerdere ambulante ontgiftigingen niet succesvol waren, of intramurale ontgiftigings moeizaam zijn verlopen of voortijdig zijn afgebroken;
- een psychiatrisch toestandbeeld naar verwachting het resultaat van de ontgiftiging negatief zal beïnvloeden of dat in het verleden al heeft gedaan;
- er nauwelijks niet-gebruikende sociale contacten zijn;
- de wens bestaat voor een intramurale ontgiftiging.

Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling

De Wet Bopz kent verschillende maatregelen om gevaar af te wenden, ieder met eigen criteria.

1. In de eerste plaats zijn er mogelijkheden om het gevaar af te wenden zonder dat een gedwongen verblijf noodzakelijk is:

- de voorwaardelijke machtiging (de patiënt blijft buiten de kliniek zolang het goed gaat; indien noodzakelijk kan de machtiging dwangopneming inhouden); als eis geldt hier dat door naleving van voorwaarden het gevaar ambulant kan worden afgewend;
- en in zekere zin ook de zelfbindingsmachtiging: er bestaat een subjectief gevaarcriterium, de betrokkene stelt zelf de verklaring op onder welke omstandigheden hij opgenomen wil worden en eventueel onder dwang behandeld wil worden (is dan dus bereid), en er moet een causaal verband bestaan tussen stoornis en gevaar.

2. In de tweede plaats zijn er de vier maatregelen die daadwerkelijk tot opname en verblijf in de kliniek leiden:

1. de lastgeving door de burgemeester tot inbewaringstelling, eventueel gevolgd door de rechterlijke machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling (ibs); voorwaarden: (a) gevaar, (b) een ernstig vermoeden dat de stoornis gevaar veroorzaakt, (c) het gevaar is onmiddellijk dreigend, en is de reden waarom de gang naar de rechter niet kan worden afgewacht, (d) het gevaar kan niet op een andere wijze dan door de dwangopneming worden afgewend, (e) de betrokkene is niet bereid tot vrijwillig verblijf.
2. de voorlopige rechterlijke machtiging, eventueel gevolgd door de rechterlijke machtiging tot voortgezet verblijf; hiervoor gelden ook alle criteria.
3. de rechterlijke machtiging op eigen verzoek: de betrokkene stemt in met gedwongen opname en het tevoren vastgesteld behandelingsplan;
4. de observatiemachtiging, welke ook door de rechter wordt verleend: er moet sprake zijn van een stoornis, met ernstig vermoeden dat de stoornis gevaar voor de betrokkene doet veroorzaken en dat de betrokkene niet bereid is tot vrijwillig verblijf.

Nadat de dwangopneming is gerealiseerd, kent de Wet Bopz verschillende vormen van dwang in de kliniek:

- dwangbehandeling;
- toepassing van middelen of maatregelen;
- beperking van bepaalde vrijheden.

Overzicht gevaarcriteria volgens de Wet Bopz:

1 Gevaar voor de patiënt zelf is het gevaar dat de betrokkene:

- zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen;
- maatschappelijk te gronde gaat;
- zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
- met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.

2 Gevaar voor een of meer anderen:

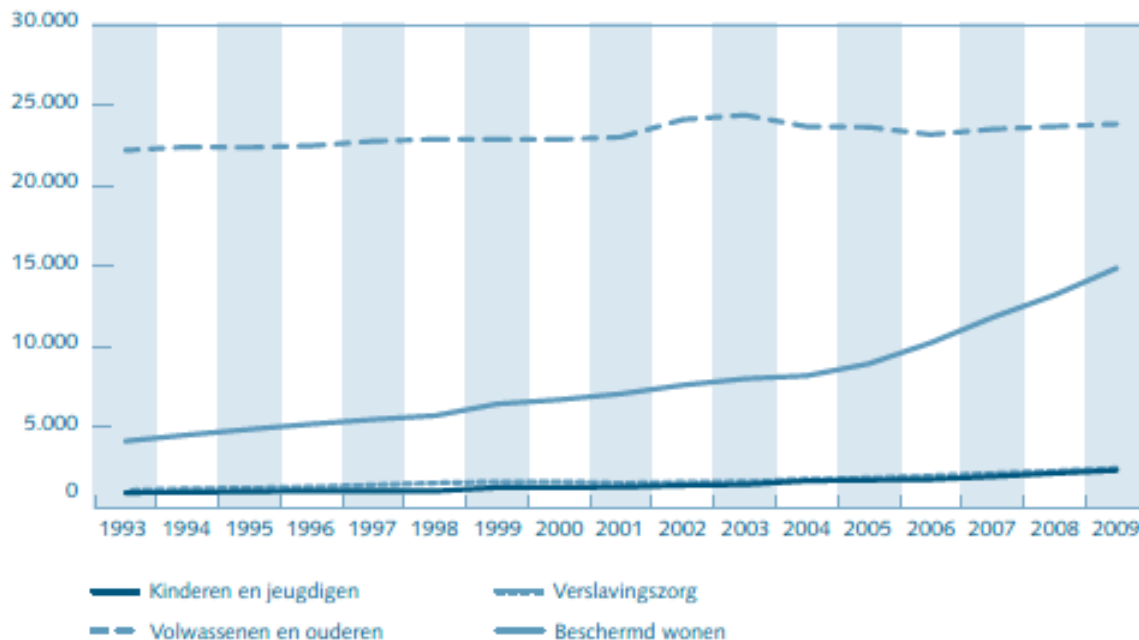
- gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
- gevaar dat de betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen;
- gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.

3 Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Bijlage 9. Kwantitatieve gegevens

In deze bijlage wordt een aantal kwantitatieve gegevens gepresenteerd die een indruk geven over het aantal verblijfplaatsen, het gebruik en de ontwikkelingen daarvan in de tijd. In figuur 1 is het verloop te zien van het aantal opname plaatsen in Nederland over de jaren 1993-2009.

Figuur 1. Psychiatrische opname- en verblijfplaatsen in Nederland 1993-2009⁸⁰.



Het totale aantal klinische bedden is licht gestegen. Het betreft in 2009 23.842 plaatsen voor volwassenen en ouderen. Het aantal plaatsen voor kinderen en jeugd is meer dan verdubbeld (van 904 in 1992 naar 2293 in 2009); de verslavingszorg kent een toename van 1052 naar 2422 plaatsen in de beschreven periode van 16 jaar. Het aantal verblijfplaatsen beschermd wonen is ook sterk toegenomen en kent vanaf 2005 een versnelde stijging.

Tabel 1. Productie in dagen per type instelling over het jaar 2010.⁸¹

	2010	PAAZ/PUK	GGZ/BW	Gehand. Zorg	V&V	MO
Klinische verpleegdagen GGZ	x 1 000	624	4435	60	138	31
Deeltijdbehandelingen	x 1 000	210	1032	28	33	1
Voortgezet verblijf incl. BH (ZZP B)	x 1 000	121	2791	20	193	0
Beschermd wonen excl. BH (ZZP C)	x 1 000	42	3789	614	692	934

In tabel 1 is te zien dat het grootste deel van de klinische verpleegdagen worden gerealiseerd door de geïntegreerde GGZ-instellingen, en ruim 10% door de afdelingen van ziekenhuizen (PAAZ/PUK). Een deel van de ZZZ B productie vindt plaats in PAAZ/PUK (4%) en verpleeghuizen (6%). Van de totale ZZZ C productie wordt respectievelijk 10% door de sector gehandicapten gerealiseerd, 10% door V&V instellingen en 16% door MO-instellingen.

Het grootste deel van de intramurale plaatsen wordt gebruikt door langverblijvers (ZZP B en C), maar kortverblijvers vormen verreweg de grootste groep. Gegevens uit de Monitor Intramurale GGZ laten zien dat binnen de categorie van de kortdurende (ZVW-)opnamen ruim 50 % van de patiënten binnen een maand ontslagen wordt (tabel 2). Daartegenover staat dat binnen het langdurig verblijf (AWBZ) ruim 30 % van de aanwezige cliënten meer dan vier jaar is opgenomen (tabel 3). De doorstroom is in

⁸⁰ GGZ in tabellen 2011, Utrecht Trimbos instituut.

⁸¹ <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81732ned&D1=0,41-42,130-143&D2=1-9&D3=4-5&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T>

de voorzieningen voor BW bij verslavingszorginstellingen overigens aanmerkelijk groter dan bij de RIBW's.

Tabel 2a. Verblijfsduur uitgestroomde intramurale ZVW-patiënten in %⁸²

	1 tot 7 dagen	8 tot 30 dagen	31 tot 90 dagen	91 tot 168 dagen	168 tot 252 dagen	252 tot 265 dagen	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	20,9	30,1	28,9	11,7	4,9	3,5	100
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	13,0	25,9	27,2	20,7	10,7	2,5	100
Verslavingszorginstelling	13,1	33,3	24,1	17,8	7,9	3,8	100
Totaal	20,1	30,2	28,5	12,4	5,3	3,5	100

Tabel 2b. Verblijfsduur uitgestroomde intramurale Zvw-cliënten in percentages, deelnemers LMIG 2013⁸³

	1 t/m 7 dagen (%)	8 t/m 30 dagen (%)	31 t/m 90 dagen (%)	91 t/m 180 dagen (%)	181 t/m 365 Dagen (%)	Totaal (%)
Totaal	27	28	24	12	8	100

Tabel 3. Verblijfsduur aanwezige intramurale AWBZ-cliënten op peildatum in %⁷⁹

	<1 jaar	1 tot 2 jaar	2 tot 4 jaar	> 4 jaar	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	17,2	19,7	18,2	44,9	100
RIBW	22,4	14,8	22,3	40,6	100
Verslavingszorginstelling	36,3	41,3	18,6	3,9	100

Van Hoof e.a. vergelijken het aantal opname- en verblijfsplaatsen in Nederland met een aantal andere landen in Europa (tabel 4). Zowel van Hoof als de OECD in haar recente studie over de GGZ in Nederland komen tot de conclusie dat Nederland koploper is in het aantal bedden.⁸⁴

⁸² Landelijke monitor intramurale GGZ, eerste meting 2012. Utrecht TrimboS 2013.

⁸³ Landelijke monitor intramurale GGZ, tweede meting 2013. Utrecht TrimboS 2014.

⁸⁴ Forti A, Nas C, e.a. Mental health analysis profiles the Netherlands. OECD Health Working Paper No. 73. Paris, 2014.

Tabel 4. Psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen per 100.000 inwoners 1980-2009.⁸⁵

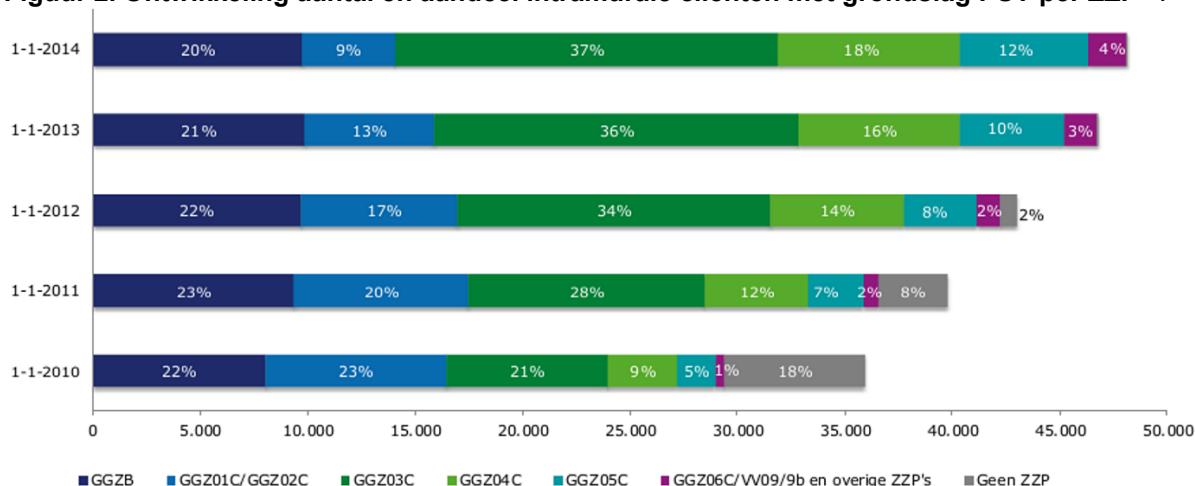
Land	Rang 1980	Bedden 1980 (rang)	Bedden 1990	Bedden 2000	Bedden 2005	Bedden 2009	Rang 2009
Finland	1	400	230	103	93	80	8
Ierland	2	395	263	142	96	77	9
Zweden	3	324	170	63	48	48	13
België	4	245	191	179	1
Frankrijk	5	240	180	107	96	91	6
Zwitserland	6	220	170	120	106	101	4
Verenigd Koninkrijk	7	200	130	93	74	61	10
Noorwegen	8	192	89	70	100	86	7
Denemarken	9	183	95	76	65	58	12
Nederland	10	170	178	156	141	139	2
Tsjechië	11	147	140	113	110	103	3
Italië	12	144	83	15	13	11	15
Griekenland	13	140	120	97	87	80	8
Kroatië	14	138	142	104	94	93	5
Oostenrijk	15	130	118	74	74	77	9
Spanje	16	110	71	52	46	41	14
Portugal	17	100	88	68	64	59	11

Uit de cijfers van tabel 4 blijkt dat in het merendeel van de Europese landen de beddenreductie aanzienlijk groter is dan in Nederland. Markant zijn onder andere de forse afname in plaatsen in het Verenigd Koninkrijk en Italië. De daling van plaatsen per 100.000 inwoners is in Nederland niet veroorzaakt door een afname in aantal bedden (figuur 1), maar door een toename van het aantal inwoners. De forse stijging van het aantal plaatsen Beschermd Wonen (figuur 1) heeft zich in de afgelopen jaren voortgezet. Hierover zijn nog geen definitieve productie gegevens voorhanden, maar het aantal door het CIZ afgegeven indicaties geeft hiervan een voorlopige indruk (figuur 2). Het blijkt dat in de periode 2010-2014 het aantal ZZP C indicaties met zorgzwaarte 3-6 zeer sterk is toegenomen. Het aantal ZZP B indicaties is ook toegenomen, maar lijkt zich de laatste 3 jaar te stabiliseren rond de 9750; recente cijfers van het CIZ wijzen zelfs op een lichte daling naar 9500 patiënten.⁸⁶

⁸⁵ Hoof F van, Vugt M van, Knispel A, Kroon H. Bedden tellen, Afbouw van de intramurale GGZ. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2012, 67 (6): 298-309. Bewerkte gegevens vanuit de oorspronkelijke bronnen: Dijk S van, Knispel A, Nuijen J. GGZ in tabellen 2010, Utrecht Trimbos-instituut 2011. En Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2008-2011, Utrecht NZa 2012.

⁸⁶ Op weg naar andere zorg CIZ-rapportage voor gemeenten over AWBZ-zorg voor volwassenen Nederland 1 juli 2014, 1 januari 2014, 1 juli 2013. CIZ

Figuur 2. Ontwikkeling aantal en aandeel intramurale cliënten met grondslag PSY per ZZP⁸⁷.



Overigens bestaat er een aanmerkelijk verschil tussen het aantal door de NZA gerapporteerde verblijfsplaatsen (rond de 15.000)⁸⁸ en het aantal geldige indicaties in 2010 (rond de 28.000). Dit verschil kan deels verklaard worden door lange wachlijsten bij de RIBW's en door mensen die wel een indicatie hebben maar daarvan geen gebruik maken. Daarnaast wordt het verschil mogelijk veroorzaakt door cliënten die in de statistiek van de NZA niet zijn meegeteld, maar met een ZZP verblijven in Verpleeghuizen (enkele duizenden⁸⁹), in MO-instellingen, of diegenen die de zorg thuis hebben georganiseerd met een Volledig Pakket Thuis of een PGB⁹⁰. Vanaf 2010 lopen het aantal verblijfsplaatsen en het aantal indicaties alleen maar verder uit elkaar. Het aantal verblijfsplaatsen van leden van GGZ Nederland schommelt in 2012 rond de 13.000 en het aantal indicaties ZZP C rond de 40.000.⁹¹ Deze toename van het aantal indicaties staat in schril contrast met de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord om het aantal plaatsen te verminderen.

De gemiddelde uitstroom van cliënten bij RIBW's is 16% per jaar; de reden van uitstroom is bij de meerderheid onbekend omdat deze niet wordt geregistreerd⁹². De gemiddelde opnameduur is 36 maanden (op basis van de gegevens van 11 organisaties) en de cliënten die uitstromen naar begeleid wonen waren gemiddeld 16 maanden in de beschermde woonomgeving.

Het blijft overigens lastig de beschikbare cijfers te interpreteren voor de doelgroep van dit onderzoek (volwassenen en ouderen). De meeste statistieken maken geen onderscheid naar leeftijdscategorieën. Wel is bekend dat van de ZZP B en C's het maximaal 4% jongeren onder de 18 jaar betreft; een laag percentage omdat de meeste jongeren nog bij hun ouders inwonen.

Regionale verschillen

Reeds in 2012 signaleerde het Trimbos instituut in haar jaarlijkse trendrapportage dat er grote regionale verschillen bestaan. Recentelijk zijn door Vektis twee rapportages opgesteld rond deze verschillen. De eerste betreft een studie met declaratiegegevens omtrent kwaliteit en kosten van de tweedelijns GGZ die onder de Zvw valt.⁹³ Voorafgaand aan de vergelijking van regio's (op tweecijferige postcode) heeft standaardisatie plaatsgevonden waarbij de kenmerken leeftijd, geslacht, SES en urbanisatiegraad zijn meegewogen.

⁸⁷ CIZ Trendrapportage 2013. Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013

⁸⁸ GGZ in tabellen 2011, Utrecht Trimbos instituut.

⁸⁹ Kwartaalmonitor CIZ 4^e kwartaal 2011.

⁹⁰ Ab van der Torre, Ingrid Ooms, Mirjam de Klerk: Het persoonsgebonden budget in de AWBZ: monitor 2012. (SCP)

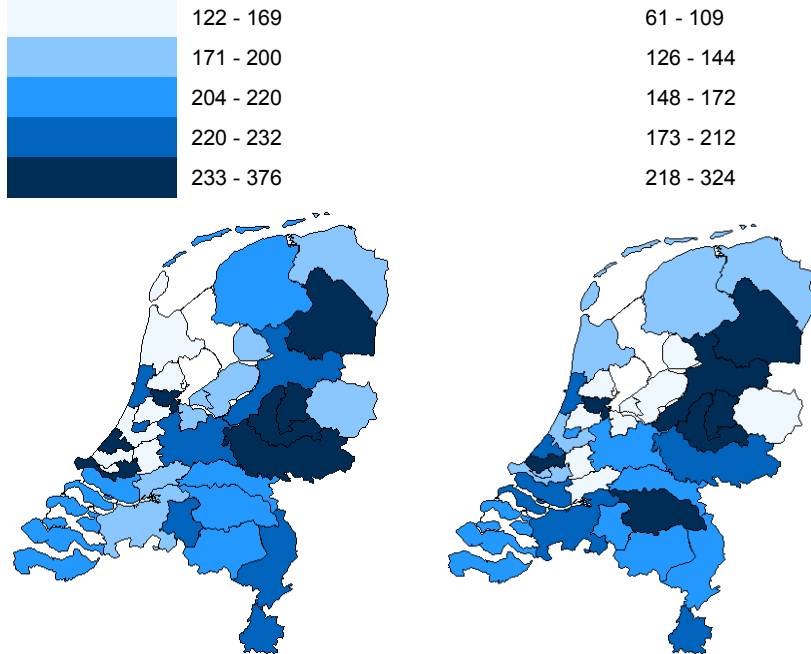
⁹¹ Sector rapport GGZ 2012, GGZ Nederland mei 2014.

⁹² Brancherapport RIBW Alliantie 2013.

⁹³ Ruiter KGC de, Groot MM de, Yerroo R ben. Analyse van de waarde van de zorg voor alcoholverslaving, angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie op basis van declaratie- en zorgzwaartegegevens. Vektis, september 2013.

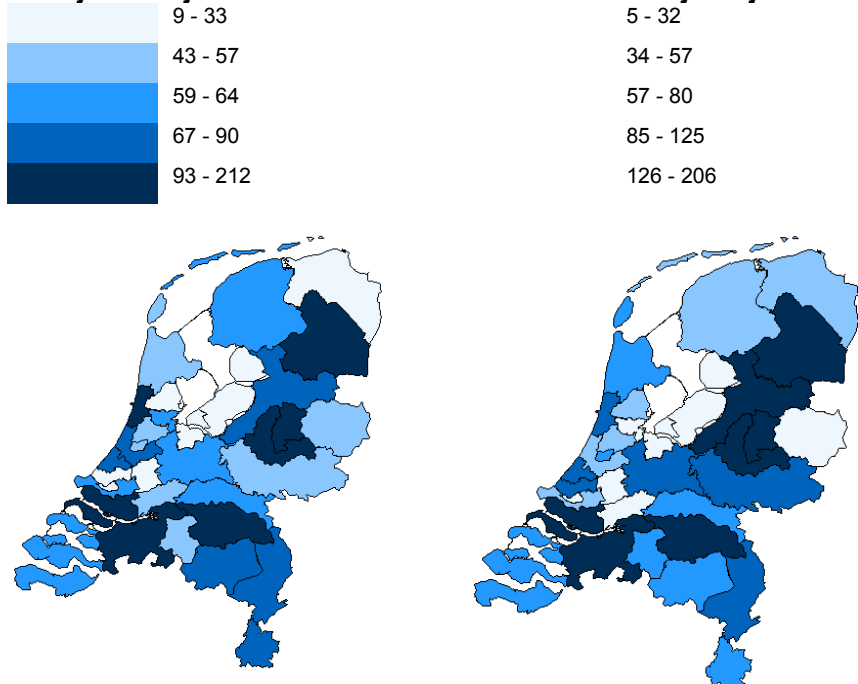
Figuur 3 Geeft de vergelijking van kosten rond verblijf in de GGZ per leeftijdscategorie. Deze kosten per regio kunnen wel een factor 3 met elkaar verschillen. Ongetwijfeld spelen hierin verschillen in tarifiering een rol, maar de grootste variatie komt vanwege het aantal verblijfsplaatsen. De verblijfskosten zijn daarmee een proxy van de productie van verblijfsdagen.

Figuur 3. Verblijfskosten per verzekerde per jaar in euro's
Leeftijd 18-65 jaar **Leeftijd 65 jaar en ouder**



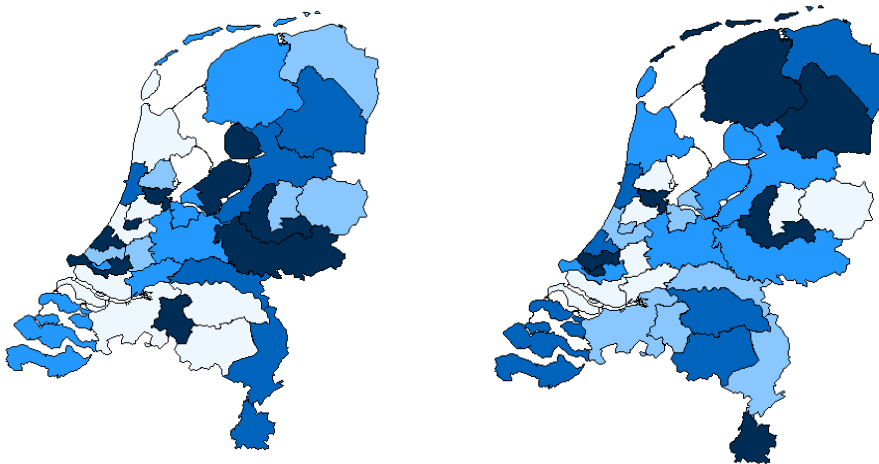
De regionale verschillen komen ook goed tot uitdrukking in de opname prevalentie per regio van ABWZ-gefinancierde plaatsen (ZZP B en ZZP C).

Figuur 4. Opnameprevalentie per 100.000 inwoners per regio ZZP B
Leeftijd 18-65 jaar **Leeftijd 65 jaar en ouder**



Wat betreft ZZP B bedraagt het verschil tussen laagste en hoogste regio een factor 7 in prevalentie. Aangezien het bezettingspercentage voor dit type plaatsen hoog is (>97%) is de prevalentie een goede maat voor het aantal bedden (figuren 4).

Figuur 5. Opnameprevalentie per 100.000 inwoners per regio ZZP C
Leeftijd 18-65 jaar **Leeftijd 65 jaar en ouder**

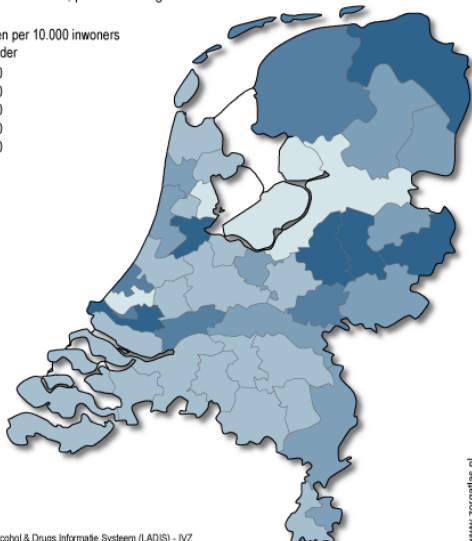
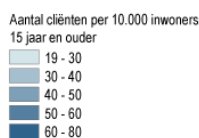


Ook voor de ZPP C blijkt er voor de opnameprevalentie een factor 3 tot 6 verschil te liggen tussen de regio's (figuur 5). Hierbij speelt het beschikbaar zijn van voorzieningen een rol, omdat de cliënten in een RIBW meestal zijn ingeschreven op de vestigingsplaats van de instelling. Regio's met weinig BW-voorzieningen hebben daardoor automatisch een lagere score.

Verdere analyse van de gegevens laat zien dat er voor ZPP B ook verschillen zijn in de gemiddelde verblijfsduur per patiënt per kalenderjaar (gemiddelde 282 dagen, st.deviatie 39 dagen). Voor de ZPP C-instellingen is de variatie van de verblijfsduur groter (gemiddeld 203 dagen per patiënt per kalenderjaar, st.dev. 101).

Kortom, het lijkt zeer waarschijnlijk dat de grote variatie in kosten voor verblijf per regio in belangrijke mate worden veroorzaakt door de variatie aan hoeveelheid bedden per 100.000 inwoners. Nadere analyse moet uitwijzen wat hiervan de oorzaken zouden kunnen zijn. Vanzelfsprekend kan het zijn dat er verschillen zijn in de prevalentie van bepaalde ziekten of stoornissen. Een voorbeeld daarvan wordt gegeven in figuur 5.

Verslavingszorg 2013
ingeschreven cliënten, per mo/vb-regio



Bron: Landelijk Alcohol & Drugs Informatie Systeem (LADIS) - IVZ

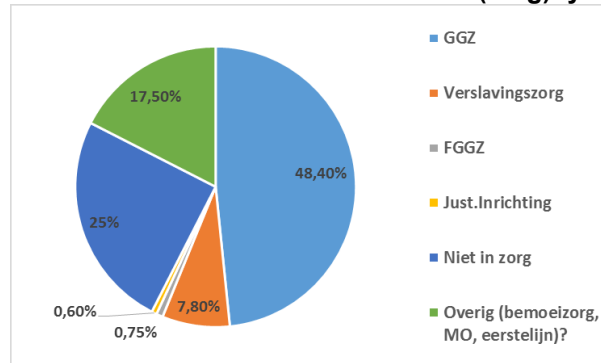
www.zorgdata.nl

Figuur 6. Variatie in prevalentie van verslavingen per regio

Het aantal ingeschreven patiënten voor verslavingszorg varieert aanzienlijk per regio, met een factor 3. Belangrijke vraag blijft dan of er in deze regio's meer verslavingen zijn (verschil in prevalentie), of dat verslaafden eerder en/of meer gebruikt maken van zorg?

Ook de EPA vignettenstudie van Zorgverzekeraars Nederland laat een belangrijk verschil in prevalentie zien tussen gemeenten.⁹⁴ Ongeveer 40% van de mensen met EPA maken geen gebruik van de GGZ.⁹⁵ Dus ook verschillen in gedrag van de bevolking kunnen het gebruik beïnvloeden, en daarmee een van de verschillen in prevalentie verklaren dat is berekend vanuit zorgconsumptie en de aanwezigheid van voorzieningen.

Figuur 7. Verdeling van mensen met EPA over verschillende (zorg)systemen.⁸⁹



Alle gegevens overziende kan worden geconcludeerd dat er aanzienlijke regionale verschillen bestaan in aantal bedden en in aantal opnames. Het is momenteel niet mogelijk deze verschillen te corrigeren voor de prevalentie per regio van de diverse psychische stoornissen. De verschillen zijn echter dusdanig groot, dat het niet aannemelijk is dat alleen epidemiologische factoren een verklaring zijn.

Gedwongen opname

In de afgelopen jaren is er een toename te zien in BOPZ-maatregelen, waarbij de toename in voorwaardelijke machtiging er uit springt (tabel 5). Kennelijk wordt er ook ambulant hoe langer hoe meer van de BOPZ gebruik gemaakt.

Tabel 5. Aantal onvrijwillige opnamen 2002-2012.⁹⁶

	2002	2008	2009	2010	2011	2012
IBS	6.867	6.610	7.340	7.422	7.458	7.377
RM	6.245	9.703	11.558	12.495	13.232	13.978
Voorlopige machtiging	3.349	4.712	5.495	5.690	5.837	5.937
Machtiging voortgezet verblijf	2.276	2.712	3.195	3.455	3.620	3.705
Voorwaardelijke machtiging	30	2.187	2.755	3.272	3.689	4.244
Machtiging op eigen verzoek	90	63	112	77	86	92
Observatiemachtiging		29	1	1		
Zelfbindingsmachtiging				5	3	1
Totaal aantal onvrijwillige opnamen (exclusief voorwaardelijke machtiging)	13.112	16.313	18.898	19.917	20.690	21.355

De toekomstige Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) sluit aan bij deze ontwikkeling. Het aantal IBS'en lijkt zich te stabiliseren. Het is opmerkelijk dat de stijging van de voorwaardelijke machtigingen niet gepaard gaat met een daling van de dwangopnames. Er zijn dus geen aanwijzingen dat het meer toepassen van ambulante dwang (voorwaardelijke machtiging) leidt tot een daling van het aantal dwangopnames. Ook uit een drietal buitenlandse studies blijkt dit niet. De premisse dat meer ambulante dwang zou moeten leiden tot minder dwangopnames, zoals beoogd in de WVGGZ, is dus in tegenspraak met bovenstaande bevindingen.

Terwijl het aantal onvrijwillige opnames stijgt, vermindert tegelijkertijd het aantal dwangmaatregelen tijdens opname. Het landelijk beleid streeft naar een vermindering hiervan. Om het aantal en soort intramurale dwangtoepassingen goed te registreren is in 2008 een apart registratiesysteem opgezet

⁹⁴ Rapportage EPA vignettenstudie, ZN mei 2014.

⁹⁵ Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van het zorggebruik. Trendrapportage GGZ 2012 deel 2B: Toegang en zorggebruik; Trimbos Instituut.

⁹⁶ De tabel heeft betrekking op onvrijwillige opnames in intramurale instellingen voor GGZ, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Vrijwel alle onvrijwillige opnames werden gerealiseerd in GGZ- instellingen. Bron: Bopzis-4 (2002) en Raad voor de Rechtspraak (2008-2012).

(ARGUS). De cijfers van Argus wijzen uit dat, indien men eenmaal is opgenomen, de kans op separatie in de periode 2008-2012 is afgenomen van 15,7% naar 6,5% en dat ook de duur met ongeveer 50% is afgenomen.⁹⁷

⁹⁷ Janssen W., Noorthoorn E., e.al. Zes jaar Argus, Vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ in 2012 en ontwikkelingen ten opzicht van voorgaande jaren. Altrecht e.a. , mei 2014.

Bijlage 2

Reactie gemeente Apeldoorn in afstemming met een instelling voor Beschermd Wonen en een instelling voor Verslavingszorg.

Algemeen

Het document geeft duidelijk weer hoe diffuus de zorg binnen de diverse beleidsterreinen (Zvw/ Wlz en Wmo) is en stelt impliciet de vraag in hoeverre de keuze voor (soms heel langdurig) behandelen medisch goed onderbouwd is/ wordt. Of is het de macht der gewoonte. In onze regio zien we dat ambulante vormen van het werken met een voorwaardelijke machtiging (nog) niet geleid hebben tot een daling van gedwongen opnames. Dit was wel de verwachting.

De indruk bestaat dat dit rapport een aanzet is om vraagtekens te zetten bij de vaak langdurige behandeltermijnen klinisch, maar ook vanuit Fact. Fact teams groeien, een logisch gevolg van afbouw van de klinische bedden, maar de vraag die er achter lijkt te zitten is: kan de afbouw van de klinische uitstroom ook richting ambulante zorg zonder behandeling gepaard gaan? Want dan ontstaat er pas echt een grote verschuiving, immers die vorm van ambulante zorg is Wmo gefinancierd.

Meer in het algemeen zien we als gemeente een verschuiving van intramuraal naar ambulant en van behandeling naar begeleiding en meer aandacht voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel. Daarbij is vooral de gemeente aan zet. Inhoudelijk en vanuit cliëntperspectief een goede en gewenste richting. Echter, vanuit financieel perspectief zijn er ook zeer grote risico's. Deze beweging gaat vooralsnog niet gepaard met een verschuiving van financiële middelen van Zvw/Wlz naar Wmo of participatiewet. Vanuit gemeente Apeldoorn pleiten wij er voor om hier expliciet vervolgonderzoek naar te doen. Om goede ondersteuning te kunnen bieden moet een verschuiving van ondersteuning gepaard gaan met een verschuiving van financiële middelen.

Rollen en taken van betrokken hulpverlening zijn vaak niet duidelijk en (woon)begeleiding wordt regelmatig vanuit behandeling niet gezien wordt als een volwaardig gesprekspartner. Er zou meer gedacht kunnen worden in trajecten waarin tijdig de gemeente en andere instellingen betrokken worden. Als voorbereiding op plaatsing, maar zeker ook om te zorgen voor een goed vangnet. Er is vooral behoefte aan onderlinge afstemming en transparantie.

Andere ontwikkeling die we signaleren is dat de vermaatschappelijking van zorg belemmerd wordt door de woningcoöperaties. Deze stellen allerlei eisen waaraan cliënten moeten voldoen om in aanmerking te kunnen komen voor een huurwoning. Mensen die in een instelling wonen kunnen niet meer rechtstreeks reageren op woningen. Maar alleen via de opstapconstructie. Je hebt daardoor niet de vrije keuze voor een woning, je moet accepteren wat je wordt aangeboden. Je bent verplicht om begeleiding te accepteren ook al is dat misschien niet nodig vanuit de problematiek. Als de conclusie is dat je onvoldoende begeleidbaar bent loop je het risico om uit de woning gezet te worden.

De verslavingszorg geeft een positief afwijkend beeld te zien ten aanzien van indicatiestelling en verblijfsduur in klinieken en ander verblijf. Dit wordt in de notitie herkend en genoemd, maar in de conclusies wordt dit niet of onvoldoende meegenomen.

Pagina 19 : acht u dit een goede samenvatting van goede GGZ?, heeft u aanvullingen?

In de verslavingszorg kan inderdaad geredeneerd worden dat de zorg zoveel mogelijk is gebaseerd op zorgstandaarden in de zin van: fasering in proces van behandeling, ambulante zorg is uitgangspunt waarbij opname alleen plaatsvindt indien geïndiceerd en vereist, richtlijnen, protocollen of beschreven 'good practises'.

Elke individuele cliënt heeft een behandelplan afgestemd op behoefte en mogelijkheden van de cliënt. De cliënt wordt betrokken, de familie is lastig omdat in een groot aantal gevallen in de herstelfase blijkt dat familiebanden ernstig zijn beschadigd. Bij de herstelgerichte aanpak ontbreekt het begrip 'zelfhulp' en 'ervaringsdeskundigheid'.

Het rapport benoemt een aantal kenmerken van goede zorg:

1. Zorg gebaseerd op zorgstandaarden
2. Zorg volgens het behandelplan in overleg met de client en zijn familie
3. Aandacht voor sociale en omgevingsfactoren
4. Herstelzorg in brede zin : geïntegreerde aanpak
5. Ambulante behandeling als uitgangspunt, verblijf alleen indien noodzakelijk
6. Afspraken over samenwerking in de keten
7. Effectiviteit, kosteneffectiviteit en opnameduur.

Opmerkingen over deze punten:

1. Het is voorbarig om uit te gaan van zorg op basis van landelijke zorgstandaarden. Op dit moment is het reëler om landelijke zorgstandaarden te zien als een goed voornemen. De eerste versies van de diverse zorgstandaarden worden verwacht aan het einde van 2016 en in 2017. Deze eerste versies zullen niet perfect zijn. Een beperking van de zorgstandaarden is dat deze zich in hoofdzaak richten op enkelvoudige stoornissen. Bij een groot aantal patiënten is sprake van meervoudige problemen, en is een vertaalslag nodig.
2. Het opstellen van een behandelplan in overleg met patiënt en familie is de gewenste gang van zaken. In de GGZ is dit niet altijd mogelijk : in een aantal gevallen is de patiënt niet in staat en/of niet bereid tot overleg ; in een aantal gevallen zal de patiënt niet instemmen met overleg met de familie. Juist in situaties waarin de noodzaak om te behandelen en te begeleiden het grootste is, zijn er vaak belemmeringen in het realiseren van dit punt.
3. Oog hebben voor sociale en omgevingsfactoren is onderdeel van de professionele standaard.
4. Dit is wat mij betreft niet vanzelfsprekend. In dit rapport wordt veel-omvattende zorg als kenmerk van goede zorg gezien. Er zijn ook argumenten om, vanuit bescheidenheid en terughoudendheid, uit te gaan van zorg die zich concentreert op het geneeskundig herstel ; en die andere aspecten van herstel overlaat aan de patiënt zelf, diens naasten, anderen in de samenleving. Zorg die zich concentreert op geneeskundig herstel, zal in een aantal gevallen ook goedkoper zijn dan veel-omvattende zorg.
5. Een klinische episode dient inderdaad gezien te worden als intermezzo in een langer ambulante traject. De formulering 'indien noodzakelijk' is wat mij betreft te restrictief. Ik zou liever spreken van opname bij significante meerwaarde. Daarbij zou ik de patiënt graag enige keuzeruimte laten, ook wanneer deze voor opname kiest wanneer dit niet strikt noodzakelijk is (maar wel herkenbaar meerwaarde heeft). Tenslotte merk ik op dat goede ambulante zorg ook niet goedkoop is.
6. Wanneer zoveel organisaties samenwerken, is het van groot belang de privacy van de patiënt te borgen. Deze borging dient voor iedereen, ook voor de patiënt, goed zichtbaar te zijn. Patiënten met een verslaving zijn veelal voorzichtig of wantrouwig. Twijfel ten aanzien van vertrouwelijkheid zal patiënten ervan weerhouden een beroep te doen op de zorg, juist wanneer dat nodig is.
7. Wat mij betreft wordt de lat hier te hoog gelegd. Genoemde gegevens zullen niet in alle gevallen beschikbaar zijn ; en wie de complexiteit van de materie onder ogen ziet moet erkennen dat deze ook nooit helemaal achterhaald kunnen worden. Voor zover mij bekend, is uit eerder onderzoek wel bekend dat iedere euro die uitgegeven wordt aan verslavingszorg, zich twee keer terugbetaald. Dat is een adequaat rendement. Pijnpunt is dat degene die investeert niet dezelfde is die van het rendement profiteert.

Wat mij betreft ontbreken in dit rapport twee belangrijke dingen: a. goede zorg ontstaat in een goede relatie tussen patiënt en hulpverlener(s). b. professionaliteit en vakmanschap van de hulpverleners zijn essentieel.

Pagina 22 : herkent u de redenen waardoor de afweging ambulant of klinisch behandelen in de praktijk niet altijd goed aansluiten op de opvattingen over goede zorg? Heeft u aanvullingen?

Zoals hiervoor al gezegd, is er in de verslavingszorg juist een positieve afwijking te zien ten opzichte van de totale GGZ. Dat neemt niet weg dat ook in de verslavingszorg erkenning is voor een aantal genoemde items: vervolgvorzieningen niet altijd beschikbaar in zowel kwantiteit als kwaliteit met name op het terrein van huisvesting, scholing en arbeid. Verder kan naast de genoemde kenniscentra ook nog Resultaten Scoren worden genoemd, die juist actief bezig zijn met vorm geven aan de zorgstandaarden binnen de verslavingszorg. Mogelijk onderbelicht in de gegeven samenvatting van het rapport 'van beschermd wonen naar een beschermd thuis', is dat er voor sommige groeperingen juist een vorm van beschermd wonen in stand moet blijven en mogelijk zelfs geïntensiveerd.

Het betreft een buitengewoon complexe materie. De complexiteit komt voort uit een opeenstapeling van diversiteit : er is aanzienlijk aantal psychiatrische stoornissen, zeker wanneer ook gradaties in ernst en mogelijke combinaties van stoornissen meegenomen worden. De sociaal-economische en de sociaal-emotionele context is zeer divers, tussen patiënten en bij eenzelfde patiënt tussen het ene moment en het andere. De ambulante behandelmogelijkheden variëren van plaats tot plaats en van tijd tot tijd en de klinische behandelmogelijkheden variëren evenzeer. Het verbaast mij niet, dat het tot nu toe niet gelukt is te komen tot sluitende richtlijnen die recht doen aan al deze variabelen.

Het lijkt mij passend te accepteren dat sluitende richtlijnen ten aanzien van opname en ontslag vooralsnog onbereikbaar zijn. De samenleving zou er goed aan doen om patiënten en hun (senior) behandelaren de ruimte en het vertrouwen te geven hierin binnen een zekere bandbreedte eigen afwegingen te maken.

Opmerkelijk is het gegeven, dat de 'beddendichtheid' niet overal in Nederland gelijk is. Dit draagt vermoedelijk bij aan de genoemde praktijkvariatie.

Het ontbreken van ambulante en vervolgvorzieningen is pijnlijk herkenbaar. Dit probleem is toegenomen, nu gemeenten een grotere rol zijn gaan spelen in de financiering van een deel van de voorzieningen. Patiënten worden hierdoor belemmerd in de keuze van hun woonplaats na een opname. In een aantal gevallen zal de wachttijd voor een voorziening in de eigen gemeente langer zijn dan voor dezelfde voorziening elders.

Aanvullend is het van belang alert te zijn op 'perverse prikkels' : wanneer een patiënt voor de ene voorziening een veel hogere eigen bijdrage betaalt dan voor de andere, kan dit een sterke, ongewenste, invloed hebben op de keuzen die gemaakt worden. Een keuze voor de laagste eigen bijdrage is niet per definitie een keuze voor de goedkoopste oplossing voor de samenleving als geheel.

Pagina 33 : is onze uitleg van het medisch noodzakelijk verblijf duidelijk? Zo nee, waarom niet? Welke suggesties heeft u voor verheldering?

Zoals hiervoor aangegeven, hanteert de verslavingszorg in grote mate dezelfde criteria voor medisch noodzakelijk verblijf, ingrediënten van de thema's die genoemd worden in de notitie behoren hiertoe.

Ik onderschrijf de uitspraak dat wel of niet opnemen een individuele beslissing is, die genomen wordt in samenspraak tussen behandelaar en patiënt.

De aanname dat er altijd sprake moet zijn van een psychische stoornis, waarvoor geneeskundige behandeling nodig is, vind ik te restrictief. Een opname kan immers ook gerechtvaardigd zijn om diagnostiek mogelijk te maken. (in de verslavingszorg zeer relevant : een opname is vaak nodig om een periode van abstinentie mogelijk te maken).

Een van de conclusies op basis van deze diagnostiek kan zijn, dat er geen indicatie is voor een klinische behandeling. (theoretisch zou de uitkomst kunnen zijn dat er geen sprake is van een stoornis. Praktisch gezien is deze kans in de verslavingszorg nihil, omdat er altijd tenminste sprake is van een verslaving)

De uitleg is tamelijk abstract geformuleerd. Een welwillende en terzake deskundige betrokkene zal met deze criteria vermoedelijk in de overgrote meerderheid der gevallen goed uit de voeten kunnen. Bij gebrek aan kennis van zaken en/of bij bepaalde (financiële) belangen bij de uitkomst van een keuze, kunnen vermoedelijk wel problemen ontstaan. Het vertalen van abstracte begrippen naar een concrete situatie is immers geen waardenvrije handeling.

Vind u dat wij op goede wijze omgaan met het geschetste dilemma tussen het gebrek aan ambulante aanbod en voorzieningen enerzijds en medische noodzaak anderzijds? Zo nee, waarom niet en welke suggesties hebt u hoe dat dan mee om te gaan?

De zin 'Omdat de medische noodzaak ontbreekt, is er geen gepast gebruik van zorg. De medische noodzaak ontstaat dan indirect, doordat het juiste aanbod ontbreekt', is herkenbaar en geeft een redelijk beeld van de praktijk in de verslavingszorg. De aantekening die hierbij hoort, is dat dit een doelgroep betreft die geen zelfstandige huisvesting heeft en waarbij de sociale steunsysteem ontbreekt of een negatieve en zelfs destructieve invloed heeft.

Het is op zich redelijk, om te stellen dat de zorgverzekeraar de kosten van een onnodig lange opname moet dragen, wanneer deze veroorzaakt wordt door gebrek aan ambulante zorg. De zorgverzekeraar betaalt dan immers, vanwege het niet waarmaken van de eigen zorgplicht.

Het is niet redelijk, om te stellen dat de zorgverzekeraars de kosten van een onnodig lange opname moet dragen, wanneer deze een oorzaak heeft die buiten de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar ligt. Dan zou immers een situatie ontstaan, waarin de zorgverzekeraar de rekening gepresenteerd krijgt van tekort schieten van andere partijen. (bv waar het gaat om beschikbaarheid van beschermd wonen of toegankelijkheid van een schuldsaneringsregeling)

Uiteindelijk is dit probleem alleen op te lossen, door de beschikbaarheid van voldoende, voor de patiënt aanvaardbare, vervolgvoorzieningen te garanderen. Voor gemeenten is dat alleen mogelijk als een inhoudelijke verschuiving in de zorg gepaard gaat met een financiële verschuiving zodat er binnen de Wmo, Participatiewet en Schuldhulpverlening voor gemeenten voldoende financiële middelen beschikbaar zijn om de juiste ondersteuning te bieden. Op dit moment is dat niet aan de orde. Het zou goed zijn hier vervolgonderzoek naar te doen.

Pagina 38 : is de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen zoals wij die hier beschrijven voldoende duidelijk? Hebt u suggesties voor verbeteringen / aanvullingen ?

Bij medisch noodzakelijk verblijf staat de behandeling op de voorgrond, bij bedoelde wonen staat 'veiligheid' op de voorgrond.

Zowel van medisch noodzakelijk verblijf als van beschermd wonen is de indicatie helder omschreven, in abstracte termen.

Ik verwacht dat er een groep patiënten / burgers is bij wie in concrete situaties naar beide definities toe geredeneerd kan worden. Het begrip stabilisatie is immers in beide definities opgenomen. En de zinsnede 'alleen daar zijn behandeling .. ' is kwetsbaar omdat deze een oordeel impliceert over de mogelijkheden elders.

Ook hier geldt, dat een welwillende en terzake deskundig persoon met de gegeven afbakening tot goede beslissingen kan komen. Wanneer de beoordelaar minder deskundig is, of een (financieel) belang heeft bij de uitkomst van de beslissing, voorzie ik echter problemen.

Een alternatief kan zijn, te stellen dat een opname in intentie tijdelijk is, en gericht op verandering, terwijl beschermd wonen bedoeld is om een gunstige steady state te faciliteren. Voor de verslavingszorg zou deze duiding praktisch helder zijn. Ik realiseer mij dat deze definitie nieuwe problemen veroorzaakt rondom langdurig verblijf in algemene psychiatrische ziekenhuizen.

De vaststelling dat aan cliënten die beschermd wonen ambulante behandeling gegeven kan worden is op zich juist. In de praktijk blijkt het echter vaak lastig om dit goed te doen. Verschillen in bedrijfscultuur tussen degene die het beschermd wonen biedt en de GGZ instelling spelen daarin in mijn ervaring vaak een kwalijke rol. Verbeteren van de samenwerking tussen beschermd wonen en GGZ instellingen kan de uitstroom vanuit de klinieken faciliteren ; het kan mogelijk ook het succes van de ambulante zorg vergroten, en opname helpen voorkomen.

Voor de doorstroom van verblijf in de Zvw, Wlz en Forensisch Beschermd Wonen naar Beschermd Wonen in de Wmo is onvoldoende rekening gehouden bij de vaststelling van de budgetten voor de Wmo. Inhoudelijk een goede en gewenste ontwikkeling, financieel onhoudbaar als de inhoudelijke verschuiving niet gepaard gaat met een financiële verschuiving van de middelen.

Pagina 39 : helpen deze voorbeelden om de afbakening tussen klinisch verblijf en beschermd wonen te verhelderen? Hebt u suggesties voor andere voorbeelden?

Dit voorbeeld is voor mij niet verhelderend. Vanuit medisch perspectief is zeer de vraag of deze patiënt wel uitbehandeld is. Het zou mijn voorkeur hebben dat de hoofdttekst op eigen kracht helder en duidelijk is. Voorbeelden zijn dan overbodig, en kunnen weggelaten worden.

Pagina 42 : zijn de consequenties van deze duiding voldoende duidelijk en uitvoerbaar ?

Niet direct. De auteurs stellen dat de financiële consequenties niet duidelijk zijn, dat is een begrijpelijke maar ook lastige lacune.

Vertalen van deze duiding naar goede zorg, vraagt tijd:

- Tijd om te komen tot werkbare zorgstandaarden. Voor de eerste versie van alle landelijke zorgstandaarden beschikbaar is, is het vermoedelijk eind 2017 of later. Voordat een tweede, verbeterde, versie beschikbaar is, is het vermoedelijk 2022 of (veel) later.
- Verbeteren van ambulante vervolgzorg kost tijd. Ervan uitgaande dat zorgverzekeraars per jaar vaststellen welke zorg zij inkopen, zouden de grootste knelpunten hierin binnen twee tot drie jaar aangepakt kunnen worden.
- Opbouwen van een adequaat voorzieningenniveau ten aanzien van beschermd wonen (en begeleid zelfstandig wonen) vraagt meer tijd. Aangezien hier meer partijen betrokken zijn, zal het meer tijd vragen om beleid overeen te komen. Daarna zal het omzetten van beleid in goede woningen ook tijd vragen.

Pagina 44 : kunt u zich vinden in de aanbevelingen?

Zoals ik begrijp moet het gaan om de ambulantiseringdoelstellingen en herstelzorg te realiseren. Nogmaals betreffende de verslavingszorg is er sprake van een andere duiding dan de rest van de GGZ. Ontslagvoorwaarden zouden wel nog scherper verwoord kunnen worden, mogelijk dat hier de ontwikkeling van de zorgpaden een rol in kan spelen. Door beter in staat te zijn te voorspellen wat het effect is van een ingezette behandeling en dit waar nodig bij te sturen, kunnen we scherper worden in duur van trajecten en resultaatverwachting, hetgeen naar verwachting ook de kosteneffectiviteit zal laten toenemen. Voorwaarde blijft wel dat er voldoende volume/capaciteit is voor eventuele vervolgzorg.

Antwoord :

1. Criteria voor opname en verblijf in richtlijnen
2. Weging behandelaars varieert en is onvoldoende transparant
3. Opname, wat zijn de randvoorwaarden voor ontslag
4. Onderbouwing kosteneffectiviteit opname versus ambulante is vaak onvoldoende
5. Ontbreken van passend ambulante aanbod.

Reactie :

1. Ik vermoed dat deze aanbeveling berust op een overschatting van de planbaarheid en maakbaarheid van de materie.
2. Gezien de complexiteit van de materie, zullen meet- en triage instrumenten niet leiden tot betere beslissingen. Het is beter te vertrouwen op het inschattingvermogen van goed opgeleide professionals (eventueel in teamverband bij vergaande beslissingen) . de tweede alinea spreekt zichzelf tegen : er is een belangrijke overlap tussen niet-inhoudelijke criteria en het individuele belang van de patiënt. Men kan dit niet tegelijkertijd terugdringen en voorop zetten.
3. De aanbeveling om tijdig na te denken over de doelen van de opname en de voorwaarden voor ontslag is op zich terecht. Deze is overigens niet nieuw, ik leerde dit 20 jaar geleden al in mijn opleiding tot basisarts. De uitwerking van de aanbeveling berust op een overschatting van de planbaarheid en de maakbaarheid van de materie.
4. Mijns inziens is het centrale knelpunt dat degene die de kosten draagt, niet degene is die de baten ontvangt. De samenleving zou erbij gebaat kunnen zijn, als een denkmodel ontwikkeld wordt waarin bij beslissingen over zorg de kosten en de baten in samenhang gewogen worden. Zolang zorg met name als kostenpost benaderd wordt, zal de zorg altijd te duur zijn.
5. Verbetering van het ambulante aanbod is dringend noodzakelijk. Ik ben benieuwd welke instrumenten het zorginstituut zal inzetten, om te borgen dat haar oproepen daar de diverse partijen passend beantwoord worden.

Pagina 44 : heeft u suggesties voor meer / andere aanbevelingen ?

1. Accepteer dat zorg en zorgprocessen gedeeltelijk ongrijpbaar zijn, en onstuurbaar blijven. Voorkom dat onuitvoerbare controle en sturing meer kost dan het oplevert.
2. Investeer in het primaire proces, en in degenen die op individueel niveau de beslissingen nemen. Het nieuwe begrip 'regiebehandelaar' kan daarin een ingang zijn.
3. Wees alert op perverse prikkels, en verwijder deze uit het systeem.



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Zorginstituut Nederland
Mw. S. R
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

doorkiesnummer	uw kenmerk	bijlage(n)
betreft consultatie duiding medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ	ons kenmerk ECSD/U201600699	datum 26 april 2016

Geachte mevrouw R

U heeft ons gevraagd te reageren op uw duiding van het medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Wij gaan graag op uw verzoek in. Wij zullen niet afzonderlijk op de consultatievragen reageren, maar deze terloops in onze reactie aanstippen. Wij hebben voornamelijk gekeken naar wat deze duiding kan betekenen voor het gemeentelijke WMO domein.

Algemeen

U start met een duiding van het 'medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ' en richt zich hierin ook op het beschermd wonen. In uw duiding constateert u enkele knelpunten die het medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ langer dan noodzakelijk, doen duren. Suggesties voor oplossingen kunnen wij niet uit het stuk halen, maar het is vanzelfsprekend van belang dat knelpunten daar aangepakt worden waar ze ontstaan. De duiding die u biedt lost de grensdiscussies dus niet volledig op, maar kan betrokken partijen wel bewust maken van de noodzaak om oplossingen te vinden. Wij vinden dat het voor cliënten belangrijk is, dat er duidelijkheid ontstaat.

Het GGZ domein is een veld is dat op dit moment, zowel aan de kant van de zorgverzekeraars, als aan de kant van de gemeenten erg in ontwikkeling is. Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het beschermd wonen. De functie beschermd wonen bij gemeenten zal, onder invloed van de toekomstvisie op het beschermd wonen (de commissie Dannenberg), die eind 2015 op hoofdlijnen door gemeenten is omarmd, gaan veranderen. Gemeenten zullen in lijn met deze visie, naar verwachting inzetten op de doorontwikkeling van het beschermd wonen. Hierdoor gaan er mogelijk verschillende vormen van beschermd wonen ontstaan, waarmee de essentie van beschermd wonen naar verwachting zal veranderen.

Belangrijk is dat gemeenten beschermd wonen beschouwen als een schakel in een groter geheel. Cliënten maken veelal gebruik van een verscheidenheid aan vormen van zorg en ondersteuning, waarbij beschermd wonen één van de mogelijkheden is. Zo komen veel cliënten die een beroep doen op beschermd wonen uit een GGZ instelling, terwijl anderen gebruik maken van maatschappelijke opvang of ambulante ondersteuning /zorg thuis ontvangen. En ook bij uitstroom uit de beschermd

woonvoorziening kan er sprake zijn van ambulante hulpverlening ter ondersteuning van de cliënt. Ook worden cliënten vanuit beschermd wonen soms tijdelijk klinisch opgenomen om vervolgens weer terug te keren naar beschermd wonen.

Wij vinden het jammer dat Beschermd Wonen in dit rapport wordt neergezet als een uitstroomvoorziening voor de geneeskundige GGZ. Wij zijn van mening dat dit een kwestie is van perspectief. En hoewel we begrijpen dat u, vanuit de vraag die is voorgelegd, heeft gekozen voor dit perspectief, zouden wij graag het spiegelbeeld willen benadrukken. Zoals gezegd, zien gemeenten beschermd wonen als een schakel in een groter geheel. Als de juiste randvoorwaarden zijn gerealiseerd kan een behandeling of verblijf met ambulante zorg en ondersteuning worden voortgezet. Wij zijn dus ook van mening, en herkennen in die zin de signalen die u noemt, dat een zorgvuldige opbouw van het ambulante zorgaanbod erg belangrijk is. Het versmallen van het intramuraal verblijf heeft anders direct weerslag op het gemeentelijk domein: de definitie van medisch noodzakelijk verblijf bepaalt dan de omvang van het gemeentelijke beschermd wonen.

Definitie beschermd wonen

In uw duiding missen wij hier dus een relatie tot de definitie van beschermd wonen en de wijze waarop een dergelijke voorziening in de WMO2015 wordt toegewezen aan een cliënt. Wij beseffen dat het karakter van uw opdracht dit gemakkelijk met zich meebrengt, maar voor ons staat buiten kijf dat een behandelaar in de intramurale GGZ niet bepaalt of een cliënt aanspraak kan maken op een beschermd wonen voorziening. Volgens de WMO is het aan de gemeente, in samenspraak met de cliënt en evt. behandelaar, om te bepalen of iemand is aangewezen op een beschermde woonomgeving.

Wij attenderen u hierbij ook op de definitie die u gebruikt in uw duiding. Wij geven er de voorkeur aan dat u hierbij uitgaat van de definitie zoals deze in de WMO is geformuleerd:

"Wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving"

Inzicht in consequenties

Wat betreft de consequenties van deze duiding willen wij drie zaken meegeven:

1. Wij lezen uw advies zo, dat u in feite het medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ versmalt. Dat zal gevolgen hebben voor de instroom in het BW. Als dat het geval is, dan is het voor gemeenten noodzakelijk om de financiële consequenties van dit advies beter in kaart te brengen. Wat gaat dit betekenen voor de instroom? Wij kunnen de consequenties van dit advies onvoldoende inschatten: past dit binnen het historisch verdeeld budget dat gemeenten nu ontvangen? Mogelijk dat hier een uitvoeringstoets hier uiteindelijk meer duidelijkheid kan bieden.

2.. Wij denken dat uw duiding dan ook een goed overzicht geeft van de stand van zaken, maar het biedt volgens ons onvoldoende handvatten om een goede duiding te kunnen geven aan de vraag of een client al dan niet moet worden opgenomen. Wij sluiten hier aan bij een eerdere reactie die u heeft ontvangen: landelijke zorgstandaarden zijn op bepaalde onderdelen wenselijk, maar ze moeten geen keurslijf worden.

2. Tevens vraagt de uitvoering van dit advies om goede afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars waar het gaat om de uitstroom van cliënten en de realisatie van randvoorwaarden, maar wij zien ook een rol voor het Rijk in dezen.

ZVW en WMO zijn communicerende vaten, maar wel twee stelsels met ieder hun eigen in- en uitstroomcriteria. Deze passen in de praktijk niet altijd op elkaar en vragen om heldere afspraken rondom instroom en uitstroom, zoals tijdige informatievoorziening vanuit de GGZ indien een cliënt uit

zal gaan stromen. Maar ook om afspraken rondom het afstemmen van de ambulantiseringsopgave, het opbouwen van het ambulante zorgaanbod met de inkoop van de beschermd wonen voorzieningen en de ketenaanpak binnen de gemeente (zoals schuldhelpverlening en het woningaanbod).

In het algemeen hebben gemeenten, ten slotte, het gevoel dat de bewegingen in het sociaal domein en de bewegingen in de GGZ onvoldoende integraal door het Rijk worden opgepakt. Beleidsontwikkelingen in de curatieve GGZ of het zorgverzekeringsdomein worden onvoldoende gedeeld met gemeenten en de positie van gemeenten. Beleidsontwikkelingen lopen dus niet synchroon, waardoor zaken gaan haperen, terwijl het in de praktijk vaak wel communicerende vaten zijn. Onze algemene conclusie is dus dat er meer geïnvesteerd zou moeten worden in het verbinden van het sociaal domein met het GGZ domein/het medische domein. Iets waar wij vanzelfsprekend graag aan zullen meewerken.

Als deze brief bij u tot vragen leidt, zijn wij graag bereid deze toe te lichten,

Hoogachtend,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

J Kriens
Voorzitter directieraad



Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw mr. S.E. W.
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
25 april 2016
Contactpersoon
Ons kenmerk

Bijlage(n)
1
Doorkiesnummer
Uw kenmerk

FA/mesk/ierr/183834/2016
Onderwerp
Consultatie Medisch noodzakelijk verblijf ggz

2015086691

Geachte mevrouw W.,

Dank voor de gelegenheid te reageren op het concept rapport over medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz. Wij constateren dat in dit concept al het nodige is gewijzigd vergeleken met het document dat voorlag bij de eerdere tussentijdse raadpleging. Wij waarderen het dat veel van onze input hierop is meegenomen. Desondanks zien de RIBW Alliantie, Federatie Opvang en GGZ Nederland aanleiding om ook bij dit concept onze input mee te geven.

Ook nu bestaat onze reactie uit drie onderdelen:

- Reactie van algemene aard
- Reactie op de in het concept gestelde consultatievragen
- Reactie op specifieke punten, deze staat in de bijlage vermeld

Algemeen

De aanleiding voor deze duiding ligt onder andere in het rapport 'Overheveling langdurige intramurale ggz' uit oktober 2013. Dit rapport is geschreven naar aanleiding van een verzoek van de staatssecretaris van VWS om advies uit te brengen over het voornemen de langdurige intramurale ggz per 2015 uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te halen. In dit rapport signaleert het toenmalige CVZ niet alleen kansen van de overheveling, maar ook mogelijke risico's als gevolg van (nieuwe) grensvlakken die kunnen leiden tot ongewenste afwenteling waardoor cliënten tussen de wal en het schip kunnen vallen en daardoor niet de zorg kunnen krijgen waar zij behoefte aan hebben.

Wij begrijpen dat de intentie van het Zorginstituut is met deze duiding ervoor te zorgen dat voor alle partijen duidelijkheid ontstaat over de vraag wanneer verblijf met behandeling medisch noodzakelijk is, respectievelijk wanneer cliënten zelfstandig of beschermd kunnen wonen, eventueel met ambulante behandeling vanuit de Zvw. Dit om te voorkomen dat

patiënten tussen wal en schip vallen. Wij vinden dat het rapport in het algemeen een goed overzicht geeft van de relatie tussen de curatieve ggz in de Zvw en de ggz in de andere stelsels. En daarnaast goed inzicht in de problematiek die daarbij speelt zoals het ontbreken van voldoende geschikte en betaalbare woningen. Ook ons uitgangspunt is immers het vermijden van opnamen en om zo veel mogelijk mensen, ook die met chronisch psychiatrische problematiek, zo volwaardig mogelijk in de maatschappij te laten leven.

Ondanks deze goede intentie, zien wij juist als risico dat er door de scherpere afbakening (meer) discussie op individueel patiëntniveau gaat ontstaan of verblijf al dan niet is aangewezen. Hoewel het rapport redelijk compleet is in overwegingen en argumenten, kan dit niet gebruikt worden als beslismodel voor het al dan niet opnemen. Wij zien als risico dat dit in de praktijk wel zo gaat uitwerken. Dit komt ons inziens niet ten goede aan de patiënt en niet aan de zorg in het algemeen. Mede gezien de in dit rapport gesignaleerde lacunes, die wij ook zeker onderkennen en realistisch achten, vinden wij een scherpere afbakening niet geëigend. Passender voor dit rapport is een handreiking in plaats van een duiding. Basis hiervan is dan de constatering dat de professional samen met de patiënt (en naastbetrokkenen), liefst op basis van een gezamenlijk genomen besluit, een onderbouwd oordeel vormen over de noodzaak van verblijf als onderdeel van de (medische) behandeling. Tot slot zal door de schotten in financiering altijd een beperkt deel van de patiënten idealiter op een ander gefinancierd bed liggen en een deel van de patiënten zou in een ideale situatie beter ambulante behandeld kunnen worden. Wij pleiten daarom voor een soort van 'gecontroleerde improvisatieruimte' voor dergelijke situaties.

Consultatievragen

1. Bij paragraaf 3.1: Acht u dit een goede samenvatting van goede ggz? Hebt u aanvullingen?

Het begrip 'goede ggz' is breed en vrijwel onuitputtelijk. In de paragraaf zijn veel relevante aspecten hiervan aangekaart. Enkele specifieke punten bij deze paragraaf staan verderop in onze reactie. Suggestie is om in dit hoofdstuk een expliciet onderdeel op te nemen over preventie. Verschillende vormen van preventie zijn belangrijk bij goede ggz. Andere mogelijke aanvullingen zijn het belang van kwalitatief goed en voldoende personeel, de mogelijkheden voor innovatie en onderzoek om de zorg te verbeteren en 'prikkelers' in het systeem die samenwerking kunnen bevorderen.

Verder is het rapport erg gericht op de doelgroep met chronische psychiatrische problematiek. Voor een groot deel is dat terecht gezien het onderwerp van dit rapport. In de algemene beschrijvingen van de ggz inclusief verslavingszorg is dit wel wat eenzijdig. Dat komt onder andere naar voren bij de beschrijving in dit onderdeel. Wellicht is dit te ondervangen door nog eens expliciet bij dit onderdeel aan te geven dat dit zich met name richt op goede ggz bij verblijf.

Tot slot is het te voorbarig om te stellen dat goede zorg gebaseerd is op zorgstandaarden. De kwaliteitsstandaarden voor de ggz en verslavingszorg zijn immers nog volop in ontwikkeling.

2. Bij paragraaf 3.2: Herkent u de redenen waardoor de afweging ambulant of klinisch behandelen in de praktijk niet altijd goed aansluiten op de opvattingen over goede zorg? Hebt u aanvullingen?

Wij herkennen veel van de signalen zoals genoemd in deze paragraaf. Wij zien dit echter niet als een 'mismatch' tussen opvatting over goede zorg en klinisch behandelen in de praktijk. Hiermee wordt de suggestie gewekt dat in de praktijk patiënten onterecht worden opgenomen. Ook als aan de genoemde aspecten van goede ggz is voldaan, is het mogelijk dat deze niet allemaal van toepassing zijn bij een individuele patiënt. Neem als voorbeeld dat de zorgstandaarden volledig gereed zijn en hierin criteria voor ambulante behandeling of opname beschreven staan. Dit zal op algemeen niveau zijn. Dan kan, zoals in het concept rapport beschreven staat, alleen op individueel niveau bepaald worden of iemand daadwerkelijk op verblijf is aangewezen.

3. Bij paragraaf 4.3:

- Is onze uitleg van het medisch noodzakelijk verblijf duidelijk? Zo nee, waarom niet? Welke suggesties hebt u voor verheldering?

- Vindt u dat wij op goede wijze omgaan met het geschetste dilemma tussen het gebrek aan ambulant aanbod en voorzieningen enerzijds en medische noodzaak anderzijds? Zo nee, waarom niet en welke suggesties hebt u hoe daar dan mee om te gaan?

In paragraaf 4.3.2 staat terecht als reden voor verblijf dat er sprake moet zijn van een psychische stoornis waarvoor behandeling nodig is. De formulering verderop in de alinea over acuut en manifest risico op acuut gezondheidsverlies is erg strikt geformuleerd. Ook al is er geen sprake van een risico op 'acuut' gezondheidsverlies, dan nog kan verblijf aangewezen zijn omdat de behandeling hiermee effectiever is.

De uitleg in deze paragraaf vinden wij nog multi interpretabel, met name bij de onderdelen over medische noodzaak door gebrek aan ambulant aanbod en medische noodzaak vanwege het ontbreken van overige voorzieningen. Wij maken hieruit op dat in deze gevallen er geen sprake is van gepast gebruik van zorg, de patiënt is immers beter af zonder verblijf. Desondanks kan er, in onze optiek ook zeker terecht, sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf en is het verblijf in die situaties verzekerde zorg op grond van de Zvw. Dit blijkt echter niet overal even duidelijk uit de tekst en kan tot onnodige discussies leiden. Onze suggestie is dan ook dit op het eind van de paragraaf of het hoofdstuk samenvattend of concluderend op te nemen. Ook is het een nuttige aanvulling op de samenvatting van het rapport aan het begin.

Paragraaf 4.3.4 kan verrijkt worden door de redenen van het gebrek aan ambulant aanbod mee te nemen. Een specifiek voorbeeld hierbij is als een patiënt al een ambulante behandeling heeft bij een andere aanbieder dan waar hij wordt opgenomen. Na de klinische opname is het veelal wenselijk dat de oorspronkelijke aanbieder het ambulante traject weer overneemt. Mocht dit niet per direct mogelijk zijn, kan dit tot een langere opname leiden waarop de klinische aanbieder niet afgerekend mag worden. Ook dient deze paragraaf aangevuld te worden met de factor "veiligheid" (voor zowel patiënt als samenleving) als reden voor klinisch verblijf. Dit is nog onderbelicht in het rapport. Verder behoeft de passage over financiële prikkels in deze paragraaf wat ons betreft verduidelijking. Allereerst waren zorgverzekeraars al voor 2016 beperkt risicodragend voor de ggz. Tevens is de vraag of met

de langdurige ggz volgens het rapport verblijf met behandeling langer dan een jaar op grond van de Zvw wordt bedoeld? Ook ambulante ggz kan langdurig zijn en daarnaast is er verblijf op grond van de Wlz waarover verzekeraars nauwelijks of geen risico lopen.

4. Bij paragraaf 4.4: Is de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen zoals wij die hier beschrijven voldoende duidelijk? Hebt u suggesties voor verbeteringen/aanvullingen?

De afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen is helder. Wel vinden wij de wijze waarop beschermd wonen gedefinieerd staat enigszins opmerkelijk. Op deze wijze lijkt het alsof beschermd wonen wordt weggeschreven in de WMO 2015, terwijl de achtergrond van beschermd wonen een andere is. Beschermd wonen bestond immers al veel langer dan de WMO 2015. Onze suggestie is ook hier kort aandacht aan te besteden voor een beter en breder perspectief.

5. In paragraaf 4.4.1: Helpen deze voorbeelden om de afbakening tussen klinisch verblijf en beschermd wonen te verhelderen? Hebt u suggesties voor andere voorbeelden?

Voorbeelden zijn zeker behulpzaam om de afbakening te verhelderen. Helaas lukt het ons niet om voor de gestelde deadline met aanvullende casuïstiek te komen.

6. Bij hoofdstuk 5: Zijn de consequenties van deze duiding voldoende duidelijk en uitvoerbaar?

Wij willen hier in de eerste plaats nogmaals benadrukken dat dit rapport niet gebruikt kan worden als duiding dan wel beslismodel voor klinische opname. Wij zien een groot risico dat dit in de praktijk wel zo gaat uitwerken en maken ons hier grote zorgen om.

De datum van vaststelling van dit rapport als gestelde ingangsdatum verbaast ons ook. In het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' van Zorginstituut Nederland is het advies als een nieuw standpunt niet in overeenstemming is met de uitvoeringspraktijk, dat zorgverzekeraars voor lopende behandelingen een redelijke afbouwtermijn in acht nemen. Wij gaan ervan uit dat behandelaren voor patiënten die nu verblijven zorgvuldig hebben afgewogen of verblijf aangewezen is. En dus dat het standpunt in dit rapport in overeenstemming is met de huidige uitvoeringspraktijk. Desondanks zien wij als risico de genoemde mogelijkheid van toetsing achteraf door verzekeraars en discussies die hierbij kunnen ontstaan. Wij vinden het dan ook logisch een reële overgangstermijn te hanteren, bijvoorbeeld 1 januari van enig kalenderjaar. Omdat het hier ook patiënten betreft die langdurig verblijven, zou voor patiënten die al opgenomen zijn een overgangsregeling moeten komen. Dit geeft behandelaren de gelegenheid, mede op basis van dit rapport, als nodig nog eens kritisch het verblijf te bezien of dit conform de medische noodzaak is, zoals in dit rapport beschreven. De behandelaar kan dan eventueel, zoals ook vergelijkbaar in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' beschreven staat, in nauw overleg met zijn patiënt besluiten het verblijf te beëindigen dan wel af te bouwen. Uiteraard zal dat dan op zorgvuldige en medisch verantwoorde wijze moeten gebeuren.

Verder staat in dit hoofdstuk dat dit rapport moet helpen de ambulantiseringdoelstelling en herstellzorg te realiseren. Dat staat hier onze optiek niet terecht. Het doel van het rapport is, zoals beschreven in paragraaf 1.1, bijdragen aan meer duidelijkheid over hoe medisch

noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz moet worden uitgelegd. Daarnaast hebben we met andere partijen een akkoord gesloten waarin afspraken zijn gemaakt over de ambulantiseringdoelstelling, namelijk een afbouw van de bedden capaciteit met één derde in de periode tot 2020 ten opzichte van het aantal bedden in 2008. Dit is wat ons betreft het maximaal haalbare. Het uitgangspunt 'ambulant, tenzij' werkt in de praktijk ook goed. Immers, slechts een beperkt percentage van alle ggz patiënten wordt (kortdurend) opgenomen.

Tot slot merken we op dat de noodzaak om te komen tot betere afstemming en samenwerking tussen de domeinen telkens weer naar voren komt. Dit rapport is geen volledige oplossing voor grensdiscussies en levert hooguit een beperkte bijdrage aan het terugdringen van het aantal afbakeningsdiscussies.

7. Bij hoofdstuk 6: Kunt u zich vinden in deze aanbevelingen? Hebt u suggesties voor meer/andere aanbevelingen?

Wij herkennen de aanbevelingen. Aandachtspunt is wel dat de uitvoering ervan extra tijd vergt voor behandelaren. Dat zal wringen met de beschikbare capaciteit van behandelaren. Voor wat betreft de aanbevelingen over de zorgstandaarden kunnen wij nog meegeven dat wij van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz begrijpen dat ze ervan uitgaan dat er bij de ontwikkeling van de zorgstandaarden aandacht wordt besteed aan de vraag wanneer verblijf al dan niet is aangewezen. Verzekeraars hebben onder andere de volgende toetsingscriteria opgenomen:

- Criteria voor ambulante behandeling (basis- of specialistische ggz) of opname
- Criteria voor de lengte van de behandeling/opname.

Deze zijn vroeg verspreid en toegelicht aan alle ontwikkelaars van zorgstandaarden.

Als onze brief aanleiding geeft tot vragen, zijn wij natuurlijk bereid deze nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Namens GGZ Nederland,

Namens RIBW Alliantie,

ir. P.M. van Rooij
directeur

A.P.B.M. van Tuijn
voorzitter RIBW Alliantie

Namens Federatie Opvang,

drs. J.P. Laurier
voorzitter Federatie Opvang

Bijlage – Reactie op specifieke punten

* Uit de samenvatting blijkt niet wat het nieuwe standpunt inhoudt. Suggestie is om dit ook helder in de samenvatting op te nemen. Juist ook omdat de tekst in het rapport zelf hierover niet altijd even eenduidig is.

* Op meerdere plaatsen in het rapport wordt de Wlz niet genoemd als mogelijke grond voor opname. Onder andere in de eerste alinea van paragraaf 1.1 en de eerste alinea van paragraaf 3.2.5. Het is voor ons niet helder waarom de Zvw en WMO hier wel worden benoemd en de Wlz niet? Wellicht is het de wijze van formuleren omdat verderop de Wlz wel wordt benoemd. Suggestie zou dan zijn het zo te formuleren dat delen van de langdurige intramurale ggz...

* Voetnoot 3 bevat een foutieve verwijzing. De titel van het rapport van 18 oktober 2013 is 'Overheveling langdurige intramurale ggz'. Overigens staat in dit rapport dat het toenmalige CVZ met de duiding wil voorkomen dat als gevolg van grensvlakproblemen cliënten tussen wal en schip vallen en daardoor niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.

* In paragraaf 1.3 spreekt het rapport van een evaluatie. Dit lijkt ons zinvol en wij worden hier graag bij betrokken.

* In paragraaf 2.2.2 staat 'De inhoud van richtlijnen en protocollen' als eerste kenmerk genoemd bij kenmerken van de ggz in het woongebied van de cliënt. Dit is voor ons niet helder en we vragen ons af of deze juist geplaatst is? Anders behoeft het toelichting.

* In paragraaf 2.3 staat dat beschermd wonen kan plaatsvinden in een RIBW en dat verpleeghuizen en verslavingsklinieken dit ook aanbieden. Daarnaast zijn er ook geïntegreerde instellingen, instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang die beschermd wonen bieden.

* In paragraaf 2.4 vinden wij voor het bredere perspectief een vergelijking met de somatische zorg, zoals ook door Tangram in haar rapport is gedaan, op zijn plaats.

* In paragraaf 3.1.1 staat wat een zorgstandaard is. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz hanteert de volgende definitie: *Een zorgstandaard is een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde aandoening of stoornis, gezien vanuit de patiënt.* Wij benadrukken graag dat de zorgstandaarden nog in ontwikkeling zijn en dat uitspraak over de meerwaarde van deze zorgstandaarden voor goede zorg nog te voorbarig is in een rapport als deze.

* In paragraaf 3.1.5 staat dat opname duurder is dan ambulante behandeling. Dit is niet per definitie zo. In paragraaf 4.3.4 staat, terecht, een opmerking over de mogelijkheid dat (intensieve) ambulante zorg duurder kan zijn dan intramurale zorg.

* In paragraaf 3.1.7 staat dat zorgstandaarden ook gebaseerd moeten zijn op kosteneffectiviteitsonderzoek. Net als in de zin ervoor over bewezen effectieve interventies, is hier de toevoeging 'waar mogelijk' op zijn plaats. Het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz stelt in het 'Meerjarenprogramma 2014-2017' dat bij elke zorgstandaard kosteneffectiviteit als onderwerp is meegenomen.

* In paragraaf 3.2.3 staat een casus beschreven. Wij zien de toegevoegde waarde van de laatste zin niet. Wat zou verblijf op grond van de Wlz in deze casus voor verschil maken ten opzichte van het huidige verblijf op grond van de Zvw?

* In paragraaf 3.2.3 staat dat uit het Trimbos rapport blijkt dat er ruimte is voor meer opbouw van ambulante zorg. Dit vinden wij nogal positief geformuleerd. Passender is dat uit het rapport blijkt dat het (in bepaalde regio's) achterblijft en nog onvoldoende is ontwikkeld.

* Aan het eind van paragraaf 3.3 staat de ontwikkeling beleidsvisie Beschermd Wonen als verbetertraject in de ggz benoemd. Wij vragen ons af of deze hier op zijn plaats is, het betreft immers een visie en (nog geen) concreet traject. Een aanvullend verbetertraject is het Programma Continuïteit van zorg. Hierbij een link naar de website voor meer informatie: <http://www.continuiteitvanzorg.nl/>

* In paragraaf 4.2.2 staat dat gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor het bieden van maatwerkvoorzieningen voor beschermd wonen en dagbesteding voor cliënten met een psychische stoornis. Conform onze reactie bij de eerdere tussentijdse raadpleging is onze suggestie het onderdeel 'maatwerk' te schrappen. Beschermd wonen en dagbesteding zijn in de praktijk inderdaad veelal een maatwerkvoorziening, het kunnen echter ook algemene voorzieningen zijn.

* Ook staat in paragraaf 4.2.2 dat gemeenten zelf kunnen beslissen op welke wijze ze beschermd wonen in hun gemeenten invullen omdat de WMO 2015 een voorzieningenwet is. Dit klopt niet helemaal, gemeenten hebben beleidsvrijheid, maar de wet geeft wel de kaders zoals landelijke toegang. Verder is beschermd wonen taak van centrumgemeenten.

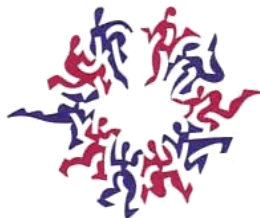
In paragraaf 4.2.4 staat dat de Wet BOPZ de voorwaarden regelt waaronder gedwongen opname en behandeling in de psychiatrie kan plaatsvinden. De Wet BOPZ regelt dit echter ook voor andere sectoren (is een ander regime). Daarom de volgende tekstsuggestie: Voor de psychiatrie regelt de BOPZ de voorwaarden waaronder gedwongen opname en behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis kan plaatsvinden.

* Wij herhalen hier onze eerdere opmerking bij de tussentijdse raadpleging dat de manier waarop in paragraaf 4.3.3 is beschreven dat klinische behandeling in de verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling misleidend is. Inhoudelijk klopt de strekking met het eerdere rapport Verslavingszorg in beeld, maar door de verslavingszorg zo expliciet te benoemen wekt het de indruk dat verslavingszorg dè uitzondering is waarbij klinische behandeling in ieder geval niet effectief is. Ook is de conclusie in het rapport Verslavingszorg in beeld gebaseerd op een zwak onderzoek en gaat vergelijking tussen Nederland en de VS niet op. In Nederland gaat het doorgaans over een andere behandeling, een andere doelstelling en een andere populatie. Verder is er bij de verslavingszorg regelmatig sprake van noodzaak tot een gecontroleerde (middelen vrije) omgeving, of een tijdelijke verandering van omgeving nodig door de gebruik-gerelateerde prikkels en de gebruikende sociale omgeving. Vaak heeft de verslavingszorg te maken met intergenerationele problematiek (50% erfelijkheid). Mensen leven dus nog al eens in een gebruikers omgeving. Zoals terecht in het rapport staat, is er juist in de verslavingszorg bij de beoordeling een landelijke transparante triagesystematiek beschikbaar die ook verder gevolgd en onderzocht wordt. Verder geldt juist bij verslavingszorg dat klinische detoxificatie

enorm relevant is als reden voor verblijf. Dit aspect zien wij dan weer niet terug bij de opsomming van mogelijke redenen voor medische noodzaak op het vlak van de stoornis van de patiënt en/of zijn sociale context. Kortom, de passage dat de klinische behandeling bij verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling is te kort door de bocht en wij vragen u dit dan ook aan te passen.

* In paragraaf 4.3.3 verwijst het rapport voor de beschrijving van 'gevaarscriteria' naar paragraaf 4.2.1. Juiste verwijzing is waarschijnlijk naar paragraaf 4.2.4. Bij deze passage nog de aanvulling dat als er sprake is van gevaar en dwang dit altijd geïndiceerd is. Een belangrijk deel van deze mensen gaat echter onder 'drang' alsnog vrijwillig. Dit willen we koesteren en stimuleren.

* In paragraaf 4.4.1 staat dat de omgeving van beschermd wonen de structuur biedt waarin cliënten kunnen werken aan hun vaardigheden op termijn (weer) zelfstandig te kunnen wonen. Hier is de toevoeging 'als mogelijk' op zijn plaats. Voor een (beperkte) groep cliënten zal zelfstandig wonen niet tot de mogelijkheden behoren, zij zullen levenslang behoefte houden aan een beschermde omgeving om te kunnen functioneren.



Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw mr. S.E. W
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon

Doorkiesnummer

Ons kenmerk B-16-3943-avis1

Uw kenmerk

Datum 28 april 2016

Onderwerp Bestuurlijke consultatie over duiding medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ

Geachte mevrouw R.,

Op 5 april jl. ontvingen wij per mail de conceptduiding over medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ met het verzoek hierop te reageren. Wij stellen het zeer op prijs dat u ons en andere partijen om een reactie vraagt en zijn graag bereid deze te geven.

U verzoekt ons de consultatievragen die in de duiding zijn opgenomen te beantwoorden. Wij geven u hieronder eerst een algemene reactie en gaan daarna in op een aantal van uw vragen.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vindt het van belang dat medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ door Zorginstituut Nederland (ZiNL) wordt gedeut. Wij zijn echter van mening dat de conceptduiding een beschrijving van de huidige situatie is en weinig handvatten voor het veld geeft. Daarnaast valt op dat er ruime formuleringen worden gebruikt met woorden als 'adequaat' of 'tijdig'. Het is niet helder hoe dit gemeten kan worden.

Wij zien graag dat de duiding concreter wordt door bijvoorbeeld een duidelijke scheiding aan te brengen tussen de verschillende domeinen en verantwoordelijkheden. Ook zou beter onderscheid moeten worden gemaakt tussen medisch inhoudelijke en sociaal maatschappelijke redenen om een cliënt op te nemen.

Het knelpunt medische noodzaak door gebrek aan ambulante aanbod wordt niet herkend. Zorgverzekeraars geven aan dat zij geen aparte klinische en ambulante zorgtrajecten

inkopen. Alle zorgtrajecten hebben een ambulante oorsprong en worden (soms) gecombineerd met een klinische episode.

Soms levert bovenregionale plaatsing wel een knelpunt op in aansluiting op de nazorg, echter zorgverzekeraars vragen altijd om nazorgafspraken bij opname te maken.

Het lijkt een generaliserend rapport, zonder dat het helpt bij de verwezenlijking van de doelen: ambulantisering en noodzakelijke speelruimte om financiële prikkels naar ambulant aanbod te verleggen.

Daarnaast valt ons op dat de mogelijkheden voor opname ruimer lijken dan de mogelijkheden om een cliënt te ontslaan van opname. Wij zien graag dat dit meer in evenwicht is.

Hieronder geven wij u een reactie op de door u gestelde vragen in het document.

Blz. 33: Is onze uitleg van het medisch noodzakelijk verblijf duidelijk? Zo nee, waarom niet? Welke suggesties hebt u voor verheldering?

Nee, de uitleg van het medisch noodzakelijk verblijf is niet duidelijk. Er wordt niet uitgelegd wanneer een 'acuut en manifest risico bestaat op acuut gezondheidsverlies' (blz. 35), terwijl dit volgens u de basis is van de medische noodzaak voor verblijf. Er wordt teveel gekeken naar de psychosociale en de socio-economische context van de verzekerde en niet naar de onderliggende stoornis.

Uit het Tangram onderzoek komen drie criteria naar voren die van belang zijn bij de afweging ambulant-intramuraal behandelen:

1. de (ernst van de) stoornis(sen) van cliënt en/of zijn sociale context;
2. lacunes in het GGZ-aanbod;
3. het niet beschikbaar zijn van overige voorzieningen.

Hiertegen heeft ZN een aantal bezwaren:

1. *Tijdelijkheid medische noodzaak*

Wanneer deze criteria doorslaggevend worden bij de weging tussen ambulant of intramuraal behandelen wordt voorbijgegaan aan de tijdelijke noodzaak van een therapeutisch leefklimaat. De constatering dat een behandeling stagneert, of kan stagneren, vanwege het ontbreken van een adequaat sociale context, lees woonomgeving, leidt niet tot verblijf uit de Zvw. Het is een reden voor het afgeven van een medische woon-, dan wel verhuisurgentie of inzet van begeleiding vanuit de Wmo. Daarmee voorkom je ook problemen bij de uitstroom van de behandeling. Uit de constatering dat een behandeling stagneert of niet op gang komt, mag daarom niet automatisch worden afgeleid dat een verzekerde aangewezen is op medisch verblijf uit de Zvw. Dat is alleen het geval wanneer de verzekerde tijdelijk aangewezen is op medisch- specialistische zorg, zoals een psychiater die pleegt te bieden, omdat er een risico bestaat op acuut gezondheidsverlies. Pas dan kom je tot medisch noodzakelijk verblijf. Hoe en aan welke criteria zorgverzekeraars kunnen toetsen of zo'n acuut risico bestaat, is niet uitgelegd.

2. *Adequate hoofdbehandelaar*

Een psychiater levert deze medisch-specialistische zorg altijd in een omgeving die omschreven kan worden als een therapeutisch leefklimaat. Wanneer de GGZ hoofdbehandelaar geen psychiater is kom je ook nooit tot medisch noodzakelijk verblijf. Daar staat wel tegen over dat somatische comorbiditeit ook kan leiden tot noodzaak van een therapeutisch leefklimaat. De psychiatrische problematiek moet dan wel ondergeschikt zijn aan de noodzaak van de somatische behandeling.

De andere overwegingen in het document zijn vooral aan de sociale context gerelateerd. De noodzaak van medisch-specialistische zorg zoals een psychiater die pleegt te bieden –op basis van het acute gezondheidsrisico- moet echter richtinggevend zijn. De weging of er ook een therapeutisch leefklimaat nodig is, vloeit namelijk onherroepelijk voort uit de onderliggende psychiatrische stoornis en niet uit de sociale context van de verzekerde of de reisafstand.

3. *Adequaat therapeutisch leefklimaat*

Een therapeutisch leefklimaat kan het best omschreven worden als een leefklimaat dat voorziet in alle voorzieningen die nodig zijn om de medisch-specialistische behandeling vorm te kunnen geven en niet in de thuissituatie gecreëerd kan worden. De reisafstand wordt daar nadrukkelijk niet in meegenomen. De medisch-specialistische zorg staat centraal. Welke condities in het containerbegrip therapeutisch leefklimaat worden inbegrepen hangt af van de aard van de geleverde behandeling. Het is aan de medisch-specialistische behandelaar om dit te beschrijven. Het behandelplan is daarin leidend. Niet iedere kliniek zal beschikken over hetzelfde therapeutische leefklimaat. Een revalidatiekliniek zal aan andere voorwaarden voldoen dan een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling. Wanneer een GGZ-kliniek niet beschikt over de juiste therapeutische condities kunnen zij niet overgaan tot medisch noodzakelijk GGZ-verblijf binnen de Zvw.

Blz. 33: Vindt u dat wij op goede wijze omgaan met het geschetste dilemma tussen het gebrek aan ambulant aanbod en voorzieningen enerzijds en de medische noodzaak anderzijds? Zo nee, waarom niet en welke suggesties hebt u hoe daar dan mee om te gaan?

Nee, naar onze mening wordt teveel nadruk gelegd op het behandelaanbod buiten de woonomgeving van de verzekerde.

De motivatie van de verzekerde wordt in de niet uitputtende lijst op blz. 35 ook meegewogen. Dat is geen objectief weegcriterium en staat los van het lokale aanbod. Het leidt af van een objectieve weging over de noodzaak van de behandeling in een therapeutische leefomgeving. Datzelfde geldt voor de overige argumenten uit de niet uitputtende lijst op blz. 35.

Er wordt geconstateerd dat het lokaal ontbreken van kortdurende ambulante interventie mogelijkheden leidt tot een noodzaak voor een medische opname buiten de regio. Dat kan een optie zijn, maar daar mag je niet uit afleiden dat er automatisch sprake is van medische noodzaak voor verblijf uit de Zvw. Ook hier geldt dat de medisch-specialistische behandelaar moet afwegen of er een noodzaak bestaat voor een therapeutisch leefklimaat. Het behandelplan is hier leidend en de onderliggende stoornis is doorslaggevend. Wanneer er geen noodzaak bestaat voor een therapeutisch leefklimaat kan wel worden overwogen of betrokkene aangewezen is op beschermd wonen. Lokale voorzieningen kunnen dan een rol gaan spelen. Deze weging staat echter nadrukkelijk los van de noodzaak van behandeling en leidt nooit tot medisch noodzakelijk verblijf uit de Zvw. Zij kan hooguit leiden tot een beroep op voorzieningen uit aanpalende wetgeving.

Het ontbreken van lokale voorzieningen leidt nooit tot een noodzaak voor verblijf uit de Zvw. Zorgverzekeraars hebben weliswaar een maatschappelijke taak bij het signaleren van dit probleem maar zij kunnen, en mogen, dit probleem niet oplossen door tijdelijk verblijf uit de Zvw te leveren.

Blz. 38: Is de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen zoals wij die hier beschrijven voldoende duidelijk? Hebt u suggesties voor verbeteringen/aanvullingen?

De afbakening is op zich duidelijk en de voorbeelden spreken voor zich. Wat wellicht beter benadrukt kan worden is beschermd wonen en toegang tot de Wlz. Wanneer de samenloop van psychiatrie en somatiek leidt tot medisch noodzakelijk verblijf kan er toegang bestaan tot de Wlz, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn. Dat moet in dit stuk beter tot uiting komen. Wellicht kan worden volstaan met de opmerking dat kortdurend medisch verblijf onder strikte voorwaarden ook in het eerstelijns verblijf gerealiseerd kan worden. Dit is dan alleen het geval wanneer er ook sprake is van somatische problematiek en kan dan ook alleen in een somatische omgeving geleverd worden.

Het gaat hier om herstellen enerzijds en leren zelfstandig functioneren anderzijds. Aansluiten op begrippen uit over de brug, medisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel kan hier mogelijk helpen om de afbakening te maken.

Vervolgens zijn er algemene uitstroomcriteria te bedenken, zoals:

- De diagnostische activiteiten die een klinische observatie noodzakelijk maakten, zijn afgerond.
- Patiënt is stabiel ingesteld op medicatie.
- Behandeling is uitgevoerd conform richtlijnen.
- Er is een eindsituatie bereikt.
- Ook als er geen verbetering is opgetreden, kan een ambulant vervolg ingezet worden.
- Gevaar is geweken.

Tot zover onze reactie. Wij vernemen graag uw reactie hierop en zijn uiteraard bereid nader met u mee te denken over aanscherping van deze duiding.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Mevrouw P.H. van Holst-Wormser
Algemeen Directeur

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mw. mr. S.E. W.
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 25 april 2016

Kenmerk: JvdL/jl/2523

Betreft: Bestuurlijke consultatie NVvP Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz

Geachte mevrouw Van der V-H.,

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) maakt graag gebruik van de mogelijkheid te reageren op het consultatiedocument 'duiding medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz'. In dit consultatiedocument geeft u aan hoe medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ moet worden uitgelegd en wat de afbakening is met (verblijf in) de andere wettelijke domeinen, in het bijzonder met het beschermd wonen in de Wmo 2015. De NVvP is betrokken geweest bij het onderzoek van Tangram en is op verschillende momenten op de hoogte gebracht en gehouden van de ontwikkelingen rondom het thema medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz. Wij hebben op verschillende momenten eerder al gebruik gemaakt van de mogelijkheid om input te leveren en te reageren op conceptrapportages. Het zal u dan ook niet verbazen dat wij ons op hoofdlijnen kunnen vinden in de strekking van de duiding medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz en de aanbevelingen die u hierin doet. Wel zouden wij nog graag een aantal punten expliciet willen benoemen.

Wij onderschrijven volledig dat er per patiënt gekeken moet worden of er een noodzaak is tot opname en ook dat er individueel gekeken moet worden of het mogelijk is over te gaan tot ontslag. Het opstellen van criteria die hierbij gebruikt kunnen worden onderschrijven wij. Wij willen hierbij wel expliciet opmerken dat de inspanning die wordt geleverd door professionals moet leiden tot betere zorg. We moeten er absoluut voor waken dat een nieuwe set aan criteria de administratieve lasten vergroten, net zoals de frustratie bij professionals van weer een 'afvinklijstje' en weinig bijdraagt aan een betere kwaliteit van de zorg voor de individuele patiënt.

Daarnaast willen wij nogmaals benadrukken dat wanneer er besloten wordt dat er geen noodzaak is voor opname in de geneeskundige ggz of wanneer het mogelijk is over te gaan tot ontslag, er wel een alternatief voorhanden moet zijn. Denk aan een passend ambulante aanbod of bijvoorbeeld IHT: intensive home treatment, een alternatief voor klinische opname dat momenteel in ontwikkeling is. Wij herkennen de signalen uit het veld dat er op sommige plekken een tekort is aan een passend ambulante ggz aanbod en dat een gebrek aan voorzieningen in andere wettelijke domeinen kunnen leiden (soms onnodig) tot (verlengde) opname in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wij begrijpen dat dit verder reikt dan uw verantwoordelijkheid en ondersteunen uw aanbeveling daarom ten zeerste waarin u de verschillende betrokken instanties oproept om gezamenlijk hun verantwoordelijkheid in te nemen om een kwalitatief goed en voldoende dekkend ggz aanbod te realiseren.

Als toevoeging op uw aanbeveling over onderbouwing van de kosteneffectiviteit wil ik melden (voor zover dit nog niet bij u bekend is) dat bij de ontwikkeling van de zorgstandaarden bij alle trajecten een budget impact analyse of andere economische analyse uitgevoerd. In de zorgstandaarden wordt vervolgens beschreven op welke wijze rekening kan

worden gehouden met het realiseren van een goede balans tussen de opbrengsten in kwaliteit versus de kosten voor de toepassing van de beschreven zorg. Zoals bijvoorbeeld bij sprake van gelijkwaardige effectieve interventies of wanneer een gangbare behandeling vervangen kan worden door duurdere maar effectievere of beter passende behandeling. Ook is de NVvP als federatiepartner van de Federatie Medisch Specialisten betrokken bij het doen van zorgevaluaties. Hieronder wordt verstaan klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg. Zorgevaluatie is een belangrijk onderdeel van het medisch specialistisch kwaliteitsbeleid. Het doel is bestaande diagnostiek en behandeling te evalueren, zodat duidelijker wordt wat werkzaam is en wat niet. Dit leidt tot gezondheidswinst voor patiënten en doelmatigere zorg. Het onderzoeken of klinische opname leidt tot gezondheidswinst voor de patiënt versus ambulante behandeling, kan hierin meegenomen worden.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Prof. dr. Damiaan Denys
Voorzitter



Landelijk Platform GGz

LPGGz

Zorginstituut Nederland
t.a.v. S. W-R.
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum: 26 april 2016
kenmerk 16-041 nvdw/ivz
Onderwerp: medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz
Inlichtingen bij: N. Vos de Wael E n.vosdewael@platformggz.nl M 06 26170180

De landelijke koepel
van patiënten- en
familieverenigingen
en regionale
cliëntenorganisaties
in de ggz

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

Geachte mevrouw W-R.,

Het Landelijk Platform GGz heeft met belangstelling kennis genomen van uw conceptduiding medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz en maakt graag van de gelegenheid gebruik om een bestuurlijke reactie te geven.

Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor de grondige werkwijze van het Zorginstituut en voor de kwaliteit van het Tangram-onderzoek dat aan de duiding ten grondslag ligt. Het Zorginstituut heeft er terecht voor gekozen om het vraagstuk van medisch noodzakelijk verblijf in de ggz in een brede context te plaatsen. Dit komt goed overeen met de complexe context waarin betreffende cliënten vaak verkeren en waarin beslissingen over opname of ontslag genomen worden. Sociaal-maatschappelijke voorwaarden kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

In onze reactie volgen wij verder de consultatievragen die u in het document gesteld heeft:

[Paragraaf 3.1: de samenvatting van goede GGZ.](#)

We zijn in het algemeen zeer te spreken over de samenvatting. Onze suggestie is nog een alinea over preventie toe te voegen; daarmee zal een nog completer en evenwichtiger beeld ontstaan.

In het document wordt gebruikgemaakt van de term 'zorgstandaard'. Wij stellen voor te kiezen voor de bredere term 'kwaliteitsstandaard', omdat die ook de bijbehorende generieke modules en richtlijnen dekt.

De verwachting dat zorgstandaarden op basis van kosteneffectiviteitsonderzoek uitspraken kunnen doen over keuze tussen klinische of ambulante behandeling willen wij temperen. De kwaliteitsstandaarden zijn allereerst gebaseerd op inhoudelijke principes. Wanneer op grond van brede inhoudelijke overwegingen ambulante behandeling verantwoord is, verdient dat vrijwel altijd de voorkeur en zal dat doorgaans ook geen duurdere oplossing zijn.

[Paragraaf 3.2: Redenen waardoor de afweging ambulant of klinisch behandelen in de praktijk niet altijd goed aansluit bij opvattingen over goede zorg](#)

Wij herkennen dat kwaliteitsstandaarden vaak nog onvoldoende houvast geven voor beslissingen over opname, opnameduur of ontslag. Dit hangt ons inziens samen met een breder probleem dat er vaak onvoldoende handvatten zijn voor de behandelinterventies en herstelgerichte activiteiten die tijdens een opname kunnen worden ingezet. De praktijk is nog te vaak dat opnames gekenmerkt worden door lange periodes van leegte en verveling, en dat er te weinig behandeling en herstelactiviteiten plaatsvinden.



Wij delen de wens en de verwachting dat de kwaliteitsstandaarden die nu vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkeld worden op deze punten verbetering zullen brengen.

Ook het beeld dat men regelmatig kiest voor klinisch behandelen bij gebrek aan een passend ambulante ondersteuningsaanbod is herkenbaar. Overigens vinden wij in zo'n situatie dat de behandelaar wel de goede keuze maakt en voor de 'best mogelijke zorg' op dat moment kiest. In algemene zin is echter sprake van slecht passende zorg, omdat het aanbod niet aansluit op wat voor de cliënt het meest gewenst is.

De tekortkomingen die zich in andere domeinen kunnen voordoen zijn evident. Wij adviseren om hier nog een opmerking over dagbesteding op te nemen, aangezien er toenemende signalen zijn dat dagbesteding onbereikbaar wordt door sluiting van voorzieningen of hoge eigen bijdragen. Juist dagbesteding en werk zijn cruciaal in het herstelproces en een voorwaarde voor zelfredzaamheid.

Wij krijgen regelmatig signalen dat cliënten binnen ggz-instellingen te weinig ondersteuning krijgen om zich voor te bereiden op de periode na ontslag en om hen te helpen om zaken rond uitkering, schulden, huisvesting e.d. op orde te krijgen. Wij doen de suggestie om hierover een passage op te nemen en daarbij ook het ontbreken van onafhankelijke cliëntondersteuning bij klinisch verblijf op grond van de Zvw te benoemen.

Wij zien ook dat (nieuwe) afbakeningen tussen domeinen kunnen leiden tot onduidelijkheid of tot strategisch gedrag bij de keuze tussen klinische dan wel ambulante behandeling. Wij zien graag toegevoegd dat de blijvende onzekerheid over het stelsel (met name over de toelating van de ggz-doelgroep tot de Wlz) belemmerend werkt op samenwerking over de grenzen van verschillende domeinen heen. Dit heeft ook een remmend effect op de samenwerking op het grensvlak van klinische en ambulante zorg. In dit kader zou een tweeledig advies aan de bewindslieden van VWS ten aanzien van nieuwe wet- en regelgeving niet misstaan:

- Schep snel duidelijkheid over de positie van de (langdurende) ggz in het stelsel en zet haast achter de noodzakelijke wetgeving en implementatie ervan;
- Ga samenwerking over grenzen van domeinen heen actiever stimuleren en neem zo nodig belemmeringen in de regelgeving hiervoor weg.

[Uitleg van medisch noodzakelijk verblijf \(paragraaf 4.3\)](#)

De formulering over de individuele beoordeling door de behandelaar '*bij voorkeur in samenspraak met de cliënt en zijn naasten*' zien wij graag iets scherper geformuleerd: '*.....indien mogelijk altijd in samenspraak met de cliënt en zijn naasten.*' (paragraaf 4.3.1)

De formulering 'cliënt kan niet gemotiveerd worden voor ambulante behandeling' (paragraaf 4.3.3) vinden wij te vaag om als criterium voor medisch noodzakelijk verblijf te gebruiken. Wij stellen een scherpere formulering voor waarbij verwezen wordt naar reële risico's op zorgmijding, wanneer de cliënt thuis woont. De klinische behandeling kan dan tijdelijk worden voortgezet en zich richten op de motivatie van de cliënt voor ambulante behandeling.

Voor zorgverzekeraars is er een financiële prikkel om na het eerste jaar klinische behandeling aan te sturen op handhaving van de situatie in plaats van overgang naar ambulante zorg. Wij stellen voor deze paragraaf iets uit te breiden en ook in te gaan op:

- de financiële prikkels voor de aanbieder; wanneer deze dezelfde kant op staan, is dit nog meer reden tot zorg;
- de mogelijke gevolgen voor de doelstelling van ambulantisering. Is het denkbaar dat de druk op ambulantisering hierdoor eenzijdig bij andere doelgroepen (bijvoorbeeld kortdurende crisisinterventies) komt te liggen?



Zoals hierboven al aangegeven vinden wij dat de zorgaanbieder ook een rol te vervullen heeft als het er om gaat de cliënt te helpen om zaken op het gebied van werk, inkomen, huisvesting en dergelijke op orde te krijgen. Anders ontstaat een vicieuze cirkel waarbij de cliënt geen ondersteuning krijgt bij randvoorwaarden voor ontslag en daardoor ook niet verantwoord ontslag kan krijgen.

In dit verband is het ook belangrijk te constateren dat in de wet onafhankelijke cliëntondersteuning voor ggz-cliënten die klinische behandeling vanuit de Zvw ontvangen niet geborgd is.

Afbakening medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen (paragraaf 4.4)

Op dit punt hebben wij geen bijzondere opmerkingen. Het voorbeeld is verhelderend, al verwachten wij dat er altijd andere casus denkbaar zijn die meer op de grens leggen en waarbij de keuze tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen minder eenduidig te maken is.

Consequenties duiding (hoofdstuk 5)

Gezien het complexe karakter van de duiding verzoeken wij het Zorginstituut zelf iets meer te zeggen over de consequenties ervan voor de praktijk. Het lijkt ons goed daarbij in ieder geval de volgende elementen te betrekken:

- het complexe karakter van afwegingen tussen klinische en ambulante behandeling en de rol die de sociale context en maatschappelijke randvoorwaarden daarbij kunnen spelen; hieruit vloeit voort dat de duiding richting geeft voor individuele beoordelingen, maar geen kant-en-klaar antwoord voor ieder individueel geval;
- het zwaartepunt dat ligt bij de individuele beoordeling door de behandelaar in samenspraak met cliënt en naasten;
- de mogelijkheden voor cliënten en naastbetrokkenen die van mening zijn dat een zorgaanbieder ten onrechte een klinische opname weigert of vroegtijdig beëindigt. Het LPGGz krijgt hierover een toenemend aantal signalen binnen. Wij zien in deze duiding een versterking van de (rechts)positie van cliënten in deze gevallen.

Aanbevelingen (hoofdstuk 6)

1. Criteria voor opname en verblijf in richtlijnen.

Wij missen in deze aanbeveling de toevoeging dat evaluaties en beslissingen over opname en ontslag in samenspraak met cliënt en naastbetrokkenen dienen plaats te vinden (shared decision making).

2. Weging behandelaars varieert en is onvoldoende transparant.

Wij doen de suggestie enkele regels toe te voegen over de bijdrage die ervaringsdeskundigen kunnen leveren aan visitaties en toetsingen om te komen tot betere en meer eenduidige besluitvorming.

3. Randvoorwaarden voor ontslag.

In onze optiek is de zorgaanbieder niet alleen verplicht om randvoorwaarden voor ontslag goed in kaart te brengen, maar ook om een cliënt te ondersteunen die randvoorwaarden te realiseren. Het gaat bijvoorbeeld om hulp bij het aanvragen van een uitkering of inschrijving bij een woningbouwvereniging. Wij hechten er zeer aan dat het Zorginstituut zich hierover duidelijk uitspreekt. Een verwijzing naar de komende duiding van het Zorginstituut over ondersteuning bij (arbeids)participatie lijkt ons hier ook op z'n plaats.



Landelijk Platform GGZ

LPGGZ

4. Ontbreken van passend ambulant GGZ-aanbod of tekortkomingen in andere domeinen.

Wij onderschrijven de algemene strekking van deze aanbeveling volledig, maar zien graag de volgende aanvullingen en specificaties:

- een oproep aan het Rijk om als systeemverantwoordelijke het proces van regionale samenwerking en integratie van het sociale domein met de GGZ veel nadrukkelijker aan te jagen en te faciliteren;
- de noodzaak om meer structuur in regionale samenwerking te realiseren. Het knelpunt van onvoldoende samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod voor langdurende ggz-cliënten wordt breed onderkend, maar we zien zelfs in de initiatieven om meer samenhang te creëren een verkokering optreden. Deze initiatieven komen deels vanuit het gemeentelijk domein, deels vanuit de ggz zelf, deels vanuit zorgverzekeraars en deels vanuit het veiligheidsdomein;
- het belang om het cliëntperspectief in de regionale samenwerking centraal te stellen en cliënt- en familievertegenwoordigers te faciliteren om hieraan inhoud te geven. Het cliëntperspectief is het enige startpunt van waaruit duurzame verbindingen tussen diverse domeinen en diverse belangen gelegd kunnen worden.

Extra aanbevelingen

Ten slotte doen wij suggesties voor extra aanbevelingen op de volgende punten:

- Informatieuitwisseling en continuïteit van zorg bij in- en uitstroom klinische behandeling. Het is belangrijk dat er richtlijnen komen voor tijdige en goede informatievoorziening tussen zorgaanbieder, gemeente en zorgverzekeraar wanneer een overgang van klinische naar ambulante (behandel)zorg of andersom gaat plaatsvinden. De richtlijnen moeten ook waarborgen bieden voor continuïteit van zorg en wonen tijdens de overgang.
- Een wettelijke borging van onafhankelijke cliëntondersteuning bij klinische behandeling vanuit de Zvw.
- Een uitvoeringstoets om financiële gevolgen en gevolgen voor de cliëntpositie van deze duiding in kaart te brengen.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest

Directeur Landelijk Platform GGZ

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw S. W
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Nieuwekade 1-5
Postbus 2085
3500 GB Utrecht

Tel. (030) 820 15 00
Fax (030) 820 15 99
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Utrecht, 2 mei 2016
Ref.: rw/is/1605-053
Betreft: **reactie NIP op consultatie over de conceptduiding van het Zorginstituut**

Geachte mevrouw W

Graag reageert het NIP op de consultatie over de conceptduiding van het Zorginstituut over medisch noodzakelijk verblijf in de ggz.

Als aanleiding voor de duiding noemt het Zorginstituut de onduidelijkheid die er rondom medisch noodzakelijk verblijf bestaat; daardoor bestaat het gevaar dat mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. De grote wijzigingen in de wet- en regelgeving in de ggz hebben aan de onduidelijkheid bijgedragen. Het NIP vindt het een goede zaak dat het Zorginstituut met dit degelijke rapport helderheid probeert te scheppen.

We menen dat het Zorginstituut de vinger op de zere plek legt door veel aandacht te schenken aan het dilemma van het gebrek aan ambulant aanbod en overige voorzieningen enerzijds en medische noodzaak anderzijds. Dat is de factor die de bestaande onduidelijkheid problematisch maakt. Het Zorginstituut lost dit dilemma ons inziens goed op, door te concluderen dat ook het ontbreken van dat benodigde aanbod kan leiden tot de medische noodzaak van verblijf. De belangrijkste aanbeveling van het Zorginstituut is ons inziens die op de laatste pagina (44), namelijk dat alle betrokkenen samenwerken – waar nodig over de domeinen heen – om een kwalitatief goed en voldoende dekkend (ambulant) ggz-aanbod, met de daarvoor benodigde voorzieningen, te realiseren. Nu is nog niet alle ggz met verblijf de ideale gepaste zorg, maar we willen benadrukken dat het bij gebrek aan beter wel noodzakelijke, rechtmatige en verzekerde zorg is.

Daarnaast is het inderdaad een kenmerk van goede ggz als er criteria voor opname en verblijf en voor opnameduur en ontslag in de richtlijnen opgenomen zijn en als er instrumenten zijn om deze toe te passen. Het is goed dat het Zorginstituut ons inziens niet suggereert dat het ontbreken daarvan impliceert dat er nu verkeerde beoordelingen van de noodzaak van verblijf gemaakt worden. We kunnen dat niet precies weten. Er lijkt echter ruime consensus onder behandelaars te zijn dat opnames zo min mogelijk moeten plaatsvinden en zo kort mogelijk moeten duren. Er is daarom reden te verwachten dat als er voldoende ambulant aanbod is, behandelaars daar naar zullen werken. Niettemin is het goed de al bestaande praktijkinzichten en het hopelijk beschikbaar komende onderzoek met betrekking tot verblijf spoedig in de richtlijnen te verwerken.

Hieronder verwerken we deze algemene reactie in antwoorden op de consultatievragen.

Consultatievragen

1. Bij paragraaf 3.1: Acht u dit een goede samenvatting van goede GGZ? Hebt u aanvullingen?

Ja, het is een goed overzicht van de gewenste kenmerken van goede zorg. Het zijn nastrevenswaardige kenmerken, die nog niet alle gerealiseerd zijn. Dat laatste feit leidt niet meteen tot slechte ggz. De in 3.3. geschetste verbeterprojecten dragen bij aan de realisering van goede ggz.

2. Bij paragraaf 3.2: Herkent u de redenen waardoor de afweging ambulant of klinisch behandelen in de praktijk niet altijd goed aansluit op de opvattingen over goede zorg? Hebt u aanvullingen?

Naast de onvoldoende ontwikkeling van het ambulante aanbod en van woonvoorzieningen is ons inziens de belangrijkste oorzaak van het niet aansluiten die door het Zorginstituut aangewezen wordt, de moeilijkheid om adequaat onderzoek te doen naar de effecten van verblijf. Het ontbreken van standaarden en instrumenten vloeit daar uit voort. Zoals gezegd: zorg zonder standaarden is niet meteen slechte zorg. Professionele behandelaars hebben ook hun ervaring en expertise als andere bronnen van goede zorg.

3. Bij paragraaf 4.3:

- Is onze uitleg van het medisch noodzakelijk verblijf duidelijk? Zo nee, waarom niet? Welke suggesties hebt u voor verheldering?

- Vindt u dat wij op goede wijze omgaan met het geschetste dilemma tussen het gebrek aan ambulant aanbod en voorzieningen enerzijds en medische noodzaak anderzijds? Zo nee, waarom niet en welke suggesties hebt u hoe daar dan mee om te gaan?

U stelt in 4.3.2. dat voor het vaststellen van de medische noodzaak van verblijf er een risico moet bestaan van acuut gezondheidsverlies. Als u daar ook onder verstaat het risico van het vóórtbestaan van het gezondheidsverlies dat al is ontstaan, kunnen we er mee instemmen. Verlies is kwijt raken, maar ook kwijt zijn. Als er zonder verblijf het risico bestaat dat de behandeling niet of minder effectief is, is er dan dus sprake van een medische noodzaak van verblijf.

We achten het zoals gezegd van groot belang dat u in 4.3.4. concludeert dat de medische noodzaak van verblijf indirect kan ontstaan, "doordat het juiste aanbod ontbreekt".

4. Bij paragraaf 4.4: Is de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen zoals wij die hier beschrijven voldoende duidelijk? Hebt u suggesties voor verbeteringen/aanvullingen?

Wij vragen ons af wat de functie is van de beschreven afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen. Welke afwegingen of beslissingen kunnen hiermee onderbouwd of beslist worden?

Een ander punt is dat de beschrijving van medisch noodzakelijk verblijf in 4.4.1. ons inziens niet helemaal correspondeert met de redenen voor verblijf die in 4.3 genoemd worden. Neem het geval dat de medische noodzaak bijvoorbeeld gelegen is in het feit dat 'de sociale omgeving het ongewenste gedrag van de cliënt in stand houdt'. Het is dan niet cruciaal voor de behandeling dat het verblijf in een *specifieke setting* plaatsvindt, de *behandeling centraal staat, sterk verweven is met de begeleiding en overige zorg* etc. Cruciaal is alleen dat de cliënt niet in zijn oude omgeving verblijft. De ideaaltyperingen van verblijf en beschermd wonen hebben een enigszins verwarrend effect.

Verder willen we hier een vraag stellen over de plaats in de wettelijke systematiek van iemands behoefte aan beschermd wonen indien hij ook een aanspraak op ambulante ggz-behandeling heeft. Iemand maakt gebruik van beschermd wonen; vandaaruit begint hij aan een ambulante ggz-behandeling. Zonder het gebruik van het beschermd wonen, zal zijn ambulante ggz-behandeling zeer waarschijnlijk minder of niet effectief zijn. Waarom hoort zijn verblijf in het beschermd wonen dan niet onder medisch noodzakelijk verblijf te vallen, te bekostigen vanuit de ZVW?

5. In paragraaf 4.4.1: Helpen deze voorbeelden om de afbakening tussen klinisch verblijf en beschermd wonen te verhelderen? Hebt u suggesties voor andere voorbeelden?

Zie boven voor onze vraag wat de functie van de afbakening is.

6. Bij hoofdstuk 5: Zijn de consequenties van deze duiding voldoende duidelijk en uitvoerbaar?

U verwijst ernaar dat alleen de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en andere wettelijke domeinen nieuw is in deze duiding. Ook hier geldt dat we ons afvragen wat de consequenties van die afbakening zijn.

Eventueel kan het goed zijn een overgangstermijn en een overgangsregeling te bepalen.

7. Bij hoofdstuk 6: Kunt u zich vinden in deze aanbevelingen? Hebt u suggesties voor meer/andere aanbevelingen?

We kunnen instemmen met de aanbevelingen. We stellen voor dat u in de geest van de analyse van het Zorginstituut de volgorde een beetje verandert: zodat het 'in samenwerking realiseren van een kwalitatief goed en voldoende dekkend ambulante ggz-aanbod' de eerste aanbeveling wordt.

Met vriendelijke groet,

Linde Gonggrijp
Directeur NIP

Geachte mevrouw W-R.,

Hierbij de reactie van de NZa. Helaas met enige vertraging vanwege interne afstemming, excuses hiervoor.

Op de consultatievragen hebben wij geen aanvullingen, zie onder.

Wel slaan wij aan op de gevolgen van de duiding. Zoals besproken kunnen die fors zijn: er zijn mogelijk veel patiënten die nu verblijven, maar waar dit volgens de duiding niet nodig is. Ook zijn de criteria hiervoor niet zo zwart-wit dat een verzekeraar of accountant met zekerheid kan zeggen dat een patiënt ten onrechte gebruik maakt van verblijf. Als de duiding wel zo kan worden gelezen, is er een nieuw issue bij in de jaarrekeningproblematiek.

Wat de duiding wel heel helder maakt, is dat de aanbieder dit geregeld moet afwegen. Wat mij betreft moet een aanbieder uit kunnen leggen hoe ze deze afweging maken en aan moet kunnen tonen dát ze de afweging hebben gemaakt. Dit sluit overigens precies aan bij het huidige traject rondom verblijf, waar een discussie speelt over het afschalen van de patiënt van een zwaar naar een minder zwaar bed. Ook hier is niet zwart-wit te maken of een patiënt wel op het juiste bed ligt, maar de aanbieder moet dit wel steeds afwegen.

Het lijkt me goed dit expliciet op te nemen, want het huidige rapport kan nu gelezen worden als dat dit wel (soms) mogelijk is. Dat roept nieuwe jaarrekeningproblematiek op. In dat licht zou ik ook willen adviseren het specifieke item 'controleren op verblijf' een keer te bespreken met ZN, GGZ, jullie en wij.

Neem voor vragen gerust contact op.

Met vriendelijke groet,

Jan Jaap Janse
Nederlandse Zorgautoriteit

Consultatievraag hoofdstuk 3, tot en met 6

1. 3.1 Acht u dit een goede samenvatting van goede ggz?

Ik heb de indruk dat de beschrijving volledig is, geen aanvullingen. Wat ik wel belangrijk vind, is dat er eigenlijk geen eenduidige criteria zijn om duur van opname c.q. ontslagtijdstip vast te stellen. Zeker als ook wordt aangegeven dat te lange opname in het nadeel is van de patiënt (de onderbouwing daarvan mis ik overigens).

2. 3.2 Herkent u de redenen waardoor de afweging ambulant of klinisch behandelen in de praktijk niet altijd goed aansluiten op de opvattingen over goede zorg? Hebt u aanvullingen?

Ik ben niet werkzaam in de praktijk, ik *herken* de redenen dus niet. Ze lijken me bij lezing wel logisch. Ik heb verder geen aanvullingen.

Als adequate (ontslag) criteria ontbreken, of als er niet met regelmaat evaluatiemomenten worden ingebouwd in het behandelplan, zal het voorkomen dat de opname langer duren dan nodig, eveneens als er geen passende vervolg-voorziening aanwezig is.

3. 4.3 Is onze uitleg van medisch noodzakelijk verblijf duidelijk?
Zo nee, waarom niet? Suggesties voor verheldering.

De uitleg, en de indeling van de diverse redenen is duidelijk.

- Medische noodzaak (aandoening/stoornis; sociale context)
- Medische noodzaak door gebrek aan ambulante aanbod
- Medische noodzaak door ontbreken andere voorzieningen
- Praktijkvariatie tussen instellingen/behandelaren
(Dit zal deels ook met de twee voorgaande punten te maken hebben)?

Vindt u dat wij op een goede wijze omgaan met het geschetste dilemma tussen het gebrek aan ambulante aanbod en voorzieningen enerzijds en medische noodzaak anderzijds?

Zo nee, waarom niet en welke suggesties heeft u hoe daar dan mee om te gaan?

Ik heb er niets aan toe te voegen

4. 4.4 Is de afbakening tussen medisch noodzakelijk verblijf en beschermd wonen voldoende duidelijk?
Is duidelijk
5. 4.4 Helpen de voorbeelden om de afbakening klinisch verblijf- beschermd wonen te verhelderen?
Voorbeeld is duidelijk.
6. 5. Zijn de consequenties van deze duiding voldoende duidelijk en uitvoerbaar?
**Wel de afbakening WMO-Zvw verblijf.
Financiële consequenties niet duidelijk. Enerzijds wordt gezegd dat het moeilijk is de financiële consequenties in beeld te brengen, anderzijds wordt wel gezegd dat het inde financiële afspraken past...**
7. 6. Aanbevelingen
Niets aan toe te voegen

Groet,
Jan Jaap

Tel. / mail
Directie Regulering, unit ggz
Hoogbouw 3^e verdieping

Geachte mevrouw R.,

Onderstaand vindt u de reactie vanuit de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn) op de conceptduiding over medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Voor de indeling van de antwoorden is gebruik gemaakt van de paragraafindeling van het consultatiedocument.

3.1 Goede zorg is, waar mogelijk, gebaseerd op zorgstandaarden. Deze dienen als uitgangspunt, echter gemotiveerd onderbouwd kan hier in voorkomende gevallen van afgeweken moeten worden. Het is ons inziens terecht dat bij de zorg, zeker in de GGZ, ook gekeken wordt naar omgevingsfactoren en herstellzorg in brede zin.

Nadruk op ketenzorg is eveneens van belang. Samenwerking met onder andere gemeentes, die een grote rol spelen in de WMO, is van uiteraard van belang. Als het de gemeente betreft waar de patiënt woonachtig is, zijn de problemen nog wel te overzien. In een aantal gevallen – en dat speelt zeker bij verslavingen- is het wenselijk om niet terug te keren naar de oude woonplaats. Aansluiting op klinische zorg is dan aanmerkelijke lastiger: er moeten dan andere ketenpartners gevonden worden.

3.2 Wij herkennen dat in veel gevallen onvoldoende helder is waarom gekozen wordt voor opname maar dat vooral ook er weinig duidelijke handvatten zijn voor het beëindigen van een opname. In veel gevallen zullen overigens tijdens een behandeling doelen, in overleg met de patiënt, bijgesteld moeten en kunnen worden. Een dergelijke bijstelling zal invloed hebben op de opnameduur. Dat gebeurt ambulant overigens ook. Het zou aan te bevelen zijn om bij het bijstellen van doelen ook de ambulante behandelaren te betrekken om mee te kijken of bijgestelde doelen niet vervolgens ook ambulant haalbaar zijn waardoor een opnameduur verkort kan worden. Het genoemde knelpunt dat vervolgvoorzieningen niet altijd (of niet goed aansluitend) beschikbaar zijn is hierin zeer herkenbaar.

3.3.1: hier wordt aangegeven dat de patiënten/cliëntenorganisaties en zorgaanbieders in de GGZ een agenda opgesteld hebben voor gepast gebruik en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg. Wij hechten er aan te benadrukken dat de partijen uit het Bestuurlijk Akkoord *niet* alle zorgaanbieders (beroepsgroepen) vertegenwoordigen. Zoals bekend maakt de VVGn geen deel uit van deze groep.

4.3 Ons inziens lijkt de uitleg mbt medisch noodzakelijk verblijf voldoende helder. Dit komt met name door de beschrijvingen waarin een en ander verder toegelicht wordt en waarbij niet alleen gekeken wordt naar de aandoening, maar ook rekening gehouden wordt met factoren als sociale context, lacunes in GGZ-aanbod en onvoldoende of niet beschikbaar zijn van aansluitende voorzieningen.

4.4.1 De beschreven afbakening is ons inziens voldoende helder.

5 Voor zover wij dat kunnen inschatten, zijn de consequenties van de duiding over het algemeen wel haalbaar, binnen welke termijn is echter minder goed aan te geven. Voorwaarde is ons inziens dat er voor alle betrokken partijen acceptabele afspraken (ketenzorg) gemaakt kunnen worden. Niet alle partijen en voorzieningen die hierbij betrokken moeten zijn, vallen onder de reikwijdte van de Zvw. Zoals geschetst in het document, zijn er grote regionale verschillen in aanbod (zowel klinisch als ambulant) die in elk geval redenen zouden moeten zijn om een en ander gefaseerd in te voeren. Nu bestaande grote verschillen zouden daarbij verkleind moeten worden. Probleem daarbij is onder andere wel dat er geen consensus is over wat er kwalitatief en kwantitatief beschikbaar zou moeten zijn in een regio.

6 Aanbevelingen

Wij kunnen ons vinden in de aanbevelingen die hier genoemd worden.

Wel zien we het eerder genoemde knelpunt m.b.t. passend ambulant aanbod, waaronder woonvoorzieningen, als een van de grootste knelpunten die bovendien het lastigst aan te pakken zal zijn. Er moet ons inziens ook voor gewaakt worden dat partijen, die soms tegengestelde (financiële) belangen kunnen hebben, hun eigen aandeel in de zorg gaan afbakenen zonder voldoende rekening te houden met aan- of afwezig zijn van aansluitende en andere voorzieningen.

Overigens moet niet alleen gekeken worden naar domein-overstijgende samenwerking, maar ook naar regio-overstijgende samenwerking. Dat geldt in elk geval voor verslavingsproblemen waar het in een aantal gevallen beter voor de patiënt is om naar een andere regio te verhuizen. Waar domein-overstijgende samenwerking soms al problemen geeft, geldt dat in nog sterkere mate als er ook nog regio-overstijgend samengewerkt zou moeten worden.

Peter Vossenbergh, verslavingsarts KNMG

voorzitter VVGN

Beste mevrouw R.,

Zoals beloofd hierbij nog de input na bestuurlijke consultatie over de duiding medisch noodzakelijk verblijf GGZ. Door de vakantieperiode en benodigde lees- en reactietijd lukte het helaas niet om eerder deze week een reactie te versturen.

Complimenten voor deze duiding: het is uitgebreid beschreven en gedegen van opzet. In het document zijn nog enkele opmerkingen verwerkt (zie hiervoor de bijlage) en daarnaast is er nog een algemene opmerking over de rol van de familie/naastbetrokkenen.

De rol van de familie/naastbetrokkenen in relatie tot noodzakelijk verblijf is mager belicht. Ondersteuning, psycho-educatie en respijtoorzieningen kunnen (langdurig) opname/verblijf voorkomen/verkorten. Reden van opname is vaak ook gelegen in een disbalans binnen het sociale netwerk. Herstel van deze balans is dan vaak ook noodzakelijk alvorens cliënt weer terug kan naar ambulante zorg. Met name verpleegkundigen (SPV/ VS of HBO verpleegkundigen) hebben hierin een belangrijke rol.

Mochten er nog vragen zijn over onze reactie, dan vernemen we dat natuurlijk graag.

Met vriendelijke groet, namens Sonja Kersten (directeur V&VN) en Marie-Louise van der Kruis (bestuurslid),

Drs. J. (Judith) van den Berg
Adviseur verenigingszaken

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland