

# Werkagenda: Passend zorgaanbod = Maatwerk – versie juni 2018

## Aanleiding

In december 2016 heeft MEE Nederland aandacht gevraagd voor cliënten die moeilijk een passende plek konden vinden. Al snel bleek dat deze problematiek breder speelt en het om meer cliënten gaat dan die waar MEE Nederland aandacht voor vroeg. Om deze problematiek nader te bespreken en op te lossen is er onder andere gestart met regionale overleggen tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Daarnaast ook een landelijke overlegtafel om de issues die landelijk spelen op te pakken.

In een overleg tussen Zilveren Kruis en VGN is de wens uitgesproken om ingezette bewegingen te versnellen. Om niet alleen via regionale tafels casuïstiek op te pakken, maar dat er structurele veranderingen nodig zijn voor deze cliënten. Zodat cliënten toegang hebben tot de juiste zorgoplossingen in de regio. Dit heeft geleid tot een bestuurdersbijeenkomst in december 2017. Samen met relevante stakeholders, zorgkantoren en zorgaanbieders hebben we doorgesproken over de aanknopingspunten om verandering in te zetten. Het resultaat een overzicht met verschillende bouwstenen/thema's. In klein verband - Iederin, VGN, VGZ, Zilveren Kruis, VWS en adviseur gemeenten - hebben we deze thema's nader uitgewerkt in concrete acties. Het resultaat hiervan vindt u in deze werkagenda, die doorlopend in ontwikkeling is.

## Passende zorg

'Klanten met een zorgvraag die niet past bij de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Het gaat om mensen die het in de praktijk niet lukt om passende zorg en ondersteuning te vinden, soms door (onnodige) complicering van hun zorgvraag, waardoor verergering of escalatie van de inhoudelijke problematiek dreigt' (definitie Opaz).

We zien dat voor cliënten met een complexe zorgvraag het niet of moeizaam lukt om een passende plek in de regio te vinden. Het gaat vaak om cliënten met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek. Het gaat om ook om cliënten met een disharmonisch profiel, een onduidelijk perspectief of (te late) diagnostiek. De omvang van deze groep is niet exact bekend, de inschatting is dat het gaat om enkele honderden cliënten.

Belangrijk om op te merken is dat het gaat om cliënten in alle domeinen (Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet). Vaak begeven zij zich aan de randen van deze stelsels, waardoor er onduidelijkheid ontstaat wie verantwoordelijk is voor het financieren van passende zorg.

Er zijn grofweg vijf groepen te onderscheiden:

**De Thuiszitters**  
MPT ter overbrugging (dus geen dossierhouder)  
Cliënten komen vaak pas in beeld als de mantelzorgers over belast zijn, waardoor er crisis situaties ontstaan.

**Jongvolwassenen**  
Systeem is vaak 'afgehaakt'  
Stromen door vanuit jeugdzorg  
Complexe casussen, denk hierbij aan delicten/verslavingen/gedragsproblemen/ zorgmijders.  
Vaak streetwise waardoor niet altijd in beeld als VG-er

**PGB budgethouders**  
Klanten hebben een ZZP 6 of 7 VG met complexe zorgvragen, echter is er geen professionele zorg. Klanten ontvangen alternatieve zorg in de thuissituatie waardoor er ook geen dossierhouder is.  
Betreft ook cliënten in PGB wooninitiatieven.

**Verblijfscliënten**  
Klanten zijn wel in zorg maar verblijven niet op de juiste plek of zitten niet op de passende plek.  
Klanten welke onder druk zijn geplaatst waarbij naar verloop van tijd blijkt dat er geen juiste match is. Soms ook klanten welke naar verloop van tijd niet meer matchen op de plek.

**Instroom uit forensisch kader**  
Een relatief kleine groep maar wel de groep die het lastigste te benaderen is

We weten wat de oorzaken zijn. Huisvesting, arbeidsmarkt en domeindiscussies werken niet mee. De nood van deze cliënten is echter hoog. Wij voelen ons als sector aangesproken. We willen werken aan oplossingen en gezamenlijk doorbraken realiseren.

Dit is onze motivatie om deze werkagenda op te stellen. In gezamenlijkheid met leder(in), Zilveren Kruis, VGZ, VWS, gemeenten en VGN. Afgestemd met CCE en MEE. Gezien de urgentie is er een dringende noodzaak om hierin samen te werken met de GGZ.

De werkagenda hebben we onderverdeeld in een aantal thema's, die ook onderling weer verband hebben:

1. Preventie: Toeleiding
2. Preventie: Voorkomen crisis, uitplaatsing en meerzorgaanvragen
3. Client- en netwerkondersteuning
4. Financiering
5. Huisvesting
6. Expertise
7. Nieuwe vormen van zorg

Elk thema kent verschillende actiepunten. De vraag die nu voorligt is hoe komen we tot de juiste prioritering van de actiepunten.

In de bijlage zijn de actiepunten geordend naar het type actiepunt (bijvoorbeeld onderzoek, ontwikkelen, campagne).

De werkagenda wordt input voor het programma dat VWS opstelt voor de gehandicaptenzorg. Daarnaast biedt het een basis voor de landelijke overlegtafel over passende zorg.

## **Preventie: Toeleiding**

**De problemen van cliënten ontstaan vaak al in de jonge levensjaren, maar worden onvoldoende gesignaleerd.**

### **Inleiding en impact op de cliënt**

De problemen van cliënten met een complexe zorgvraag ontstaan en uiten zich vaak al in de jonge levensjaren van de cliënt. Het knelpunt is regelmatig dat deze signalen niet tijdig genoeg worden gezien en opgepakt door huisartsen, jeugdgezondheidszorg of binnen het onderwijs. Door het niet tijdig signaleren worden problemen groter waardoor de vraag van cliënt en/of netwerk complex dreigt te worden.

Integrale vroeghulp kan hiervoor een oplossing zijn om vroegtijdig met signalen aan de slag te gaan. Dit netwerk met kennis over ontwikkelachterstanden is opgezet vanuit ouderperspectief. Bij de decentralisatie van de jeugdhulp is de integrale vroeghulp overgegaan naar gemeenten. In de praktijk is deze nu regionaal ingebed, maar in veel regio's functioneert integrale vroeghulp niet tot slecht.

### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

1. Campagne opzetten om gemeenten bewust te maken dat vroegtijdige signaleren van ontwikkelingsachterstanden is noodzakelijk is om erger te voorkomen. Het gaat dan specifiek om vroegsignalering, vroeghulp, signaleren door zorgteams op scholen en door de jeugdgezondheidszorg
2. Investeren in kennisontwikkeling en gebruik maken van het netwerk van integrale vroeghulp en vroegsignalering. Om zo de "voorkant" te versterken.

### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

- Bereidheid bij de VNG, gemeenten, scholen en jeugdgezondheidszorg om integrale vroegsignalering en vroeghulp op te pakken. Het ondersteuningsteam zorglandschap kan hierin een bijdrage leveren.

## **Preventie: Voorkomen crisis, uitplaatsing en meerzorgaanvragen**

**Forse toename van crisisaanmeldingen/crisisplaatsingen van cliënten met een verstandelijke beperking en bijkomende problematiek.**

**Forse toename van cliënten die aangemeld worden bij het Zorgkantoor die in een onhoudbare situatie zitten bij een (intramurale) zorgaanbieder en moet verhuizen naar een meer passende plek**

**Toename van meerzorgaanvragen en stijging individuele budgetten meerzorg.**

### **Inleiding en impact op de cliënt**

- a) Crisisopnames en overplaatsingen van cliënten worden voorkomen door inzet van een Crisis Interventie Team (Zilveren Kruis). Dit team is actief in 3 Zorgkantoorregio's. Werkwijze en resultaten worden breed gedeeld door Zilveren Kruis.
- b) Kritische en succesfactoren voor passende zorg voor complexe zorgvragen worden gedeeld. Input wordt gehaald uit:
  1. Ervaringen uit de regionale ketenoverleggen met zorgaanbieders GZ en GGZ/CCE/MEE zowel op casuïstiek niveau als bestuurlijk niveau. En ervaringen uit FACT-LVB teams.
  2. Ervaringen van VGN/ZN/CCE o.b.v. locatiebezoeken en uitvragen bij zorgaanbieders die cliënten met complexe zorgvragen in zorg hebben maar weinig of geen crisisaanmeldingen of uitplaatsingen hebben.
  3. Aanbieders stimuleren dat ze bekend maken waar ze echt goed in zijn/waar minder goed in zijn (ook ikv nieuwe wet zorg en dwang) en erg zorgvuldige intakeprocedures ingericht hebben.
- c) Zicht krijgen op context van cliënten door andere werkwijze meerzorg te stimuleren (bijv. groepsmeerzorg) en wat maakt dat er meerzorg wordt aangevraagd en dat dit soms hoge budgetten moeten zijn?

### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

- a) Kennis over de kansen en risicofactoren in het bieden van passende zorg worden gedeeld tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntenorganisaties. Dit draagt bij aan de professionalisering en voorkomt herhaling van gebruik van interventies die niet werken. Zorgkantoren stimuleren en faciliteren "leernetwerken".
- b) Zilveren Kruis deelt informatie over de werkwijze, resultaten en aanbevelingen ten aanzien Crisis Interventie Team met Iederin/VGN/VWS/ZN/MEE/CCE/VNG/Nza en draagt zorg voor een raamwerk zodat de pilot goed overdraagbaar is naar andere regio's. Er wordt focus gelegd op implementatie en hier wordt commitment op gevraagd.
- c) ZN en CCE maken resultaten nieuwe werkwijze meerzorg bekend en analyse wordt gemaakt of en hoe dit bijdraagt aan preventie.

### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

- Bereidheid bij zorgaanbieders om informatie te delen. We benaderen de zorgaanbieders actief en vragen hen ambassadeur te zijn.
- Werkgroep complexe casuïstiek bij ZN moet meegenomen worden in actie B t.a.v. regionale ketenoverleggen. Het liefste hebben we input van alle Zorgkantoorregio's waar ketenoverleggen zijn.
- Nza moet akkoord gaan voorstel nieuw meerzorgbeleid.

## **Client- en netwerkondersteuning**

**De weg vinden in de zorg en het regelen van de zorg is voor veel ouders een groot probleem en een flinke belasting.**

### **Inleiding en impact op de cliënt**

Voor ouders heeft een kind met een beperking een enorme impact. Helder krijgen wat nodig is voor je kind is al lastig, laat staan de weg vinden naar de juiste instanties, het vinden van een aanbieder die past bij je vraag, de administratieve kant hiervan houdt ouders flink bezig. Dan heb je het nog niet over de dagelijkse zorg die zij hebben voor hun kind, maar ook de zorg over de toekomst.

Daarnaast zijn er ook gezinnen waar, naast de zorg voor een kind met een beperking, ook forse problemen zijn (bijvoorbeeld relatieproblemen, schuldenproblematiek, zelf verstandelijk beperkt of andere multi-problematiek). De problematiek in het gezin heeft veel impact op het functioneren van de cliënt. Dan is het noodzakelijk dat hulpverleners en betrokken instanties tijdig en concreet met elkaar afstemmen over wat er nodig is en wie wat moet doen, en altijd samen met de ouders.

### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

1. Ontwikkelen en inzetten van de functie van perspectiefregisseur/casemanager voor cliënten met een meervoudige of complexe zorgvraag en diens gezin (domeinoverstijgend).  
Een perspectiefregisseur/casemanager is hiervoor specifiek opgeleid. Bekwaamheid en deskundigheid zijn voor deze functie cruciaal. Van belang is dat de cliënt een casemanager kiest die bij hem past, zonder te hoeven kijken bij welke organisatie deze casemanager werkt.  
Een casemanager staat naast een cliënt en zijn netwerk. Voor ouders en verwanten is de casemanager een luisterend oor en aanspreekpunt. Een casemanager helpt bij:
  - a. Het vinden van passende ondersteuning/ hulp op de juiste plek (thuis, school, dagbesteding of werk, of elders) en ondersteuning bij route, stap voor stap voor nu én met een toekomstperspectief.
  - b. Het ondersteunen van ouders in het onderhouden van contacten met zorg en onderwijs/werk; Een casemanager is een vast en vertrouwd gezicht. Hij heeft ervaring in het omgaan met mensen met beperking en hun familie en werkt oplossingsgericht.
2. Gebruik maken van best practices rond benadering van gezinnen waar meerdere problematieken spelen die aanwezig is in de regio/ aansluiten in keten/ snijvlak met generalistische hulp, in de wetenschap van voorliggende voorzieningen. Ondersteuning bij implementatie van deze goede voorbeelden.
3. Pilot starten in een aantal regio's met een aantal gezinnen.

### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

Er zijn extra financiële middelen nodig om de pilot casemanagement voor deze complexe groep, omdat deze groep niet valt onder de pilots van het project van VWS over cliëntondersteuning.

Voldoende middelen (financieel, reflectie en monitoring) om voortgang pilot zichtbaar te maken en lerend effect te stimuleren, ketenafstemming is voorwaarde met generalistische hulp!

## **Financiering**

Het probleem rond financiering is tweeledig. Allereerst heeft een deel van deze groep cliënten te maken met de vraag uit welk stelsel de benodigde zorg en ondersteuning bekostigd moet worden. Bij een ander deel van de cliënten die beschikken over een Wlz-indicatie zijn de tarieven onvoldoende om alle kosten van de zorg te financieren.

### **Inleiding en impact op de cliënt**

De complexe vraag van de cliënt vraagt om intensieve zorg, ondersteuning en (psychiatrische) behandeling. Dit vraagt veel inzet van personeel. De ene periode intensiever dan de andere periode. Daarnaast wordt in de sector gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en de toepassing van medicatie. Wanneer een cliënt in de Wlz meer zorg nodig hebben dan past binnen de indicatie kan er een aanvraag ingediend worden voor meerzorg. Deze regeling is ingewikkeld, bureaucratisch en daarmee tijdrovend.

Doordat de vraag van de cliënt vraagt om intensieve zorg worden deze cliënten vaak van het kastje naar de muur gestuurd, vanuit de veronderstelling dat cliënten toegang hebben tot de Wlz. In lang niet alle situaties, zeker wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek, krijgt de cliënt (nog) geen toegang krijgt tot de Wlz. De gemeenten zijn dan verantwoordelijk, maar pakken deze verantwoordelijkheid niet (altijd) op.

### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

1. De huidige beschrijving van zorgprofiel VG7 en het tarief sluiten niet aan op de zorgvraag van de cliënt. Het zorgprofiel heeft daarom een actualisatie nodig. Insteek van deze actualisatie is duidelijk maken wat persoonsgerichte zorg betekent voor cliënten met een zorgprofiel VG 7. Vervolgens wordt op basis van deze inhoudelijke beschrijving gekeken welke inzet van personeel noodzakelijk is. Dit wordt in de vervolgstap omgezet naar een passend tarief. Uitgangspunt is dat de beschrijving en tariefstelling gedragen worden door cliëntorganisaties, aanbieders en beroepsgroepen. Meerzorg wordt dan alleen aanvullend op die specifieke situaties die de beschikbare ruimte in het zorgprofiel overstijgen.
2. We willen ontschotting aan de voorkant en de financiering regelen aan de achterkant met elkaar. Uitgangspunt is de bestaande regelgeving en regelruimte hier is 95% in op te lossen. Voor de overige 5% moeten we commitment krijgen op bestuurlijk niveau tussen VGN/VNG en ZN. Daarnaast moeten goede voorbeelden van waar domeinoverstijgend gefinancierd wordt binnen 1 instelling bekend gemaakt worden (bijv. CVBP Drenthe). Daar waar regelgeving in de weg zit of de contracteerruimte te kort schiet, dient vanuit de inhoud de oplossing gerealiseerd te worden. De financier zal zoeken naar oplossingen samen met zorgkantoren, gemeenten en Nza of VWS. De branches dienen op basis van casuïstiek die opgelost is te komen tot aanbevelingen voor wijziging regelgeving.
3. Regionale ruimte bij het zorgkantoor wordt onder andere gebruikt voor passende zorg. "Budget voor tussen wal en schip cliënten". (Naar verwachting is dit niet meer dan 5% van het totaal). Daarnaast is er soms vrije ruimte nodig om éénmalig te investeren in bijvoorbeeld medewerkers of context van de cliënt (vgl. proeftuinen meerzorg). Dit zou structureel mogelijk gemaakt moeten worden via een soort lumpsum (vergelijkbaar 15% bij V&V-middelen 600 mln.)
4. Vaak is de benodigde kennis, expertise en fysieke plaats niet direct beschikbaar. Echter soms zijn deze afzonderlijke elementen wel beschikbaar, maar niet bij één zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten de inhoudelijke samenwerking vooropstellen. De benodigde zorg en daarbij behorende budgetten dienen bij elkaar gebracht te worden. Zorgkantoren faciliteren dit door overhevelingen van budget.
5. Op dit moment biedt Zilveren Kruis de mogelijkheid om tijdelijk (financieel) extra inzet te doen zodat opschalen van zorg mogelijk is bij acute complexe problematiek (bijvoorbeeld bij ernstige crisis of dreigende zorg beëindiging). Dit om ervoor te zorgen dat er passende zorg geboden blijft worden ook al is er sprake van forse complexe zorgvragen<sup>1</sup> Dit zou breder uitgerold kunnen worden.

### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

1. Financiële ruimte
2. Bereidheid om op basis van inhoud passende financiering af te spreken.

---

<sup>1</sup> Naast LVB-problematiek is er veelal sprake van bijkomende problematiek op diverse gebieden, maar vooral GGZ. Bijvoorbeeld ernstige psychiatrische ontregeling/ ASS/ psychotische stoornis/ stemmingsstoornis/ angst en dwang stoornis/ persoonlijkheidsproblematiek/ verslaving of combinatie. Naast crisisinterventie vaak ook stabiliseren middels behandeling met medicatie. Risicovol gedrag waaronder fors auto mutileren, loverboy-/ verslavingsproblematiek. Agressie regulatie problematiek waarbij ouders/ begeleiders en groepsgenoten groot risico lopen op beschadiging en/ of door toedoen cliënt gewond zijn geraakt. Maar ook ernstige agressie naar materiaal, denk aan onklaar maken stroomvoorziening, brandmeldingssysteem etc. met als doel bv. brandstichting.

## **Huisvesting**

### **Er is onvoldoende passende huisvesting**

#### **Inleiding en impact op de cliënt**

Het ontbreekt voor deze groep cliënten aan passende huisvesting. Beschikbare huisvesting is vaak niet geschikt voor deze cliënten omdat er veel uitgegaan wordt van wonen in een groep, terwijl er meer individueel wonen noodzakelijk is, omdat dat persoonsgerichter is. Of er is juist behoefte aan meer beschermd wonen op een instellingsterrein. Daarom is er niet altijd direct in de nabijheid een passende plek beschikbaar.

Uitgangspunt bij passende zorg is dat er een mogelijkheid is binnen de regio.

Huisvesting wordt in de gehandicaptenzorg betaald door middel van de Normatieve huisvestigingscomponent (Nhc). Deze dient voldoende te zijn om wenselijke vormen van huisvesting te financieren, ook voor individueel wonen met investeringen op de lange termijn (30 jaar). Een hoge bezettingsgraad is noodzakelijk om de huisvesting te kunnen bekostigen. Dit kan een beperking zijn in maatwerk voor individuele cliënten.

#### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

1. Er bestaan veel verschillende woonconcepten binnen de gehandicaptenzorg. Huisvesting en de benodigde zorg hangen nauw met elkaar samen. De context kan een deel van de zorgvraag beantwoorden. Het is daarom van belang om een inventariserend onderzoek te doen naar de diverse woonconcepten die aansluiten bij de vraag van deze cliënten. De goede voorbeelden kunnen vervolgens gedeeld worden tussen zorgaanbieders, om van elkaar te leren.
2. In iedere regio wordt op initiatief van het zorgkantoor met alle zorgaanbieders, gemeenten, wijkteams en woningcorporaties een analyse gemaakt over het huidige aanbod ten aanzien van huisvesting. Deze analyse wordt gelegd naast de vraag van cliënten ten aanzien van huisvesting in een meerjarenperspectief. Er wordt out of the box gezocht naar woonalternatieven (denk aan leegstaande kantorencomplexen, verpleeghuizen of ggz woonlocaties)
3. Op basis van de analyse en het meerjarenperspectief worden er concrete afspraken gemaakt over de huisvestigingsontwikkeling in de regio waarbij gemeenten, woningcorporaties en projectontwikkelaars en andere betrokken partijen (zorgaanbieders en zorgkantoren) hun verantwoordelijkheid nemen.
4. Maak inzichtelijk wat de effecten zijn wanneer NHC tarief wel of niet onhandelbaar is in relatie tot verschillende woonconcepten.

#### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

- NHC tarief dat toereikend is voor verschillende woonconcepten.
- Principe van scheiden wonen en zorg nieuwe stijl nader uitwerken en condities creëren dat perspectief biedt. (Huisvesting met toeslag betaalbaar maken, omklapwoningen, in leegstandgebieden iets bedenken, werkgelegenheid verschaffen)
- Groen licht en medewerking van gemeenten en woningbouwcorporaties ten aanzien van (nieuw)bouw.

## **Expertise**

**Kennis over succesfactoren in de zorg voor cliënten met complexe vragen wordt onvoldoende onderzocht, gedeeld en vertaald in opleidingsmodules.**

### **Inleiding en impact op de cliënt**

Veel verschillende aanbieders bieden zorg en ondersteuning aan cliënten met een complexe vraag. Tussen de organisaties onderling wordt nog onvoldoende uitgewisseld om van elkaar te leren zodat de zorg voor cliënten geoptimaliseerd kan worden. Een groot knelpunt is dat het bij cliënten op hun huidige plek (dit kan zowel thuis als bij een zorgaanbieder zijn) het door verschillende oorzaken niet lukt en dat deze cliënt dan moeten verhuizen naar een andere plek. Deze verhuizing levert vaak een onwenselijk trauma op voor de cliënt. Daarom is het noodzakelijk dat er meer aandacht is voor de succesfactoren in de ondersteuning aan cliënten met een complexe zorgvraag en dat deze kennis gedeeld wordt tussen organisaties. Waardoor we onnodig verhuizen van cliënten kunnen voorkomen.

Tegelijkertijd is er grote noodzaak om medewerkers te blijven scholen. Hun vaardigheden te laten ontwikkelen en hen toe te rusten op de veranderende zorgvraag van cliënten. Dit kan door de combinatie van e-learning, praktijkgericht leren en coaching on the job, maar ook de inzet van ervaringsdeskundigen. Intervisie is hiervoor een belangrijk instrument. In de praktijk blijkt dat er knelpunten zitten in het beschikbaar stellen van uren of vervanging van medewerkers wanneer zij scholing krijgen.

De arbeidsmarkt is krap. Zeker ook voor deze doelgroep is het moeilijk om personeel te vinden. Dit bedreigt de zorg en ondersteuning van deze cliënten.

### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

1. Opstellen van een diepte analyse (o.a. aanwezige zorgprogramma's, goede voorbeelden, NPG programma Gewoon Bijzonder, Academische werkplaatsen, resultaten Kwaliteitsagenda en onderzoek van CCE) naar de succesfactoren in de begeleiding van cliënten met een complexe zorgvraag.
2. Op basis van resultaat 2 kennispakket, waar ervaringsdeskundigen een onderdeel van zijn, samenstellen en borgen in zowel opleidingsgremia, curricula, als aanbieders faciliteren in het implementeren in de praktijk. Ook omzetten in e-learn modules in de VGN academy. Faciliteren van vervangingskosten in tijd om te scholen. En te reflecteren.
3. Inventariserend onderzoek naar hoe kennisdeling tussen organisaties plaatsvindt en versterkt kan worden als het gaat om ondersteuning aan mensen met een complexe zorgvraag. (O.a. aan de hand van goede voorbeelden).
4. Faciliteren en ondersteunen van aanbieders die expertise opbouwen/hebben opgebouwd om deze kennis te delen. Aanbieders in de GZ en GGZ en tussen deze aanbieders.
5. Campagne opzetten om imago GZ te verbeteren en een meer realistisch beeld te geven (bijv. uitzending Sherpa)
6. Campagne opzetten om zij-instromers te stimuleren te kiezen voor een baan in de gehandicaptenzorg. Voor deze doelgroep specifiek op zoek naar mannen rond de leeftijd van 40 jaar, die hun hart willen volgen en iets anders willen.

### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

- Bekostiging van diepte-analyse en ontwikkeling kennispakket
- Organisaties worden gefaciliteerd in het vrijmaken van medewerkers voor kennisdelen.
- Beschikbaar stellen van budget voor scholing
- Verbinding onderwijs en zorgorganisaties.



## **Nieuwe vormen van zorg**

### **Er is vernieuwing in zorgaanbod nodig om te komen tot maatwerk voor cliënten**

#### **Inleiding en impact op de cliënt**

Er is een kanteling nodig om aanwezige kennis naar voren in de keten te halen en te brengen. Dat betekent dat aanbieders hun ondersteuningsaanbod vertalen in zorgvormen dichtbij huis of in de thuissituatie. Vormen die aantoonbaar werken zijn bijvoorbeeld FACT of Multi systeem therapie. Het versterken van innovatieve vormen is wenselijk zodat ouders zich tijdig gesteund voelen. Het toewerken naar een landelijke dekking is wenselijk. Deze vorm van passende ondersteuning begeeft zich namelijk op het snijvlak van alle domeinen, en dat komt omdat het om mensen gaan die een intensieve zorgvraag hebben.

Er is ontwikkeling nodig ten aanzien van het zorgaanbod om antwoord te geven op de vraag van cliënten. Met name ook in die situaties waarin cliënten nog thuis wonen, maar waar de problematiek voor ouders (te) zwaar wordt. Het is noodzakelijk voor cliënt en ouders om crisisplaatsingen te voorkomen. Dit brengt alleen maar schade toe aan de situatie van de cliënt.

In de huidige situatie is de ontwikkeling zichtbaar dat er door zorgaanbieders meer ingezet wordt op ambulantisering van de zorg, bijvoorbeeld door de inzet van FACT-teams voor cliënten met een licht verstandelijke beperking. Door meer in te zetten op persoonsgerichte ondersteuning in de thuissituatie en op school of werk, kan een cliënt langer thuis blijven wonen of langer zelfstandig blijven wonen.

Tegelijkertijd ontbreekt aan financiële middelen om persoonsvolgende ondersteuning op alle leefgebieden in te zetten. Dit zijn noodzakelijke randvoorwaarden om mensen te kunnen laten meedoen in de samenleving, ook als er sprake is van meervoudige problemen.

Naast inzet op de versterking aan de voorkant zijn er ook (nieuwe) intensieve vormen van zorg nodig, bijvoorbeeld intensieve ondersteuning in een behandelsetting of een setting met multi-disciplinair specialismen ten aanzien van observatie, diagnostiek, methodiek en ontwerp maatwerk behandelstrategieën/omgevingsarrangementen.

#### **Wat zijn de concrete actiepunten?**

1. Het versterken, c.q. uitbreiden van aanwezige ambulante interventies in de regio (b.v. FACT, CIT, MST, bemoeizorg en ambulante specialistische ondersteuning) enerzijds door duidelijke inkoopafspraken met financiers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars). Anderzijds faciliteren van aanbieders om deze interventies eigen te maken en in te zetten.
2. Bij uitwisseling van goede voorbeelden tussen zorgaanbieders (landelijk) vraagt dit om investeringen vanuit de aanbieder, die als ambassadeur gezien kan worden. Hiervoor is noodzakelijk dat er enige financiële regelruimte voor de financiering gevonden wordt.
3. Een integraal aanbod ontwikkelen i.s.m. partners zodat cliënten werk of daginvulling hebben, inkomen, huisvesting en de benodigde zorg.
4. Ludieke uitvraag onder zorgaanbieders wie een innovatief idee heeft voor nieuwe vorm van zorg (VGN heeft een jaarlijkse prijsuitreiking).
5. Kennis en ervaring delen in het veld met andere zorgaanbieders vanuit het project PRO. In dit project wordt zorgaanbod gecreëerd voor 24 cliënten met een lange ervaring van uitstoting vaak in reactie op extreem acting out gedrag. Doel is om het gewone leven te laten ervaren middels het opbouwen en onderhouden van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie en het creëren van een betekenisvolle invulling van het dagelijks leven. (Asvz/Pluryn/Trajectum/ /CCE/VGZ en Zilveren Kruis). Daarnaast investeert Pro in het systematisch delen van praktijkkennis en van wetenschappelijke kennis met zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en hun ketenpartners in het sociale domein. Een van de tastbare resultaten zal zijn (in 2022) de publicatie van een Handboek *Pro voor de praktijk*.
6. Opzetten van een multidisciplinair diagnostiek- en behandelcentrum in aanvulling op de ketenzorg die er nu al is. Uitgangspunt is dat verblijf in dit behandelcentrum tijdelijk is en alleen wanneer het niet mogelijk is om de problematiek in de eigen context van de cliënt door middel van ambulante ondersteuning of op een reguliere plek op te lossen.

#### **Welke randvoorwaarden zijn belangrijk?**

- Voldoende personeel om vrij te maken voor ambulante interventies.
- Investeringskomsten om scholing en licentie te realiseren.
- Goede voorbeelden benutten en inzetten om pilots gefaseerd te starten

## Bijlage overzicht actiepunten

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Ontwikkelpunten</b></p>             | <p>1. Ontwikkelen en inzetten van de functie van perspectiefregisseur/casemanager voor cliënten met een meervoudige of complexe zorgvraag en diens gezin (domeinoverstijgend). Een perspectiefregisseur/casemanager is hiervoor specifiek opgeleid. Bekwaamheid en deskundigheid zijn voor deze functie cruciaal. Van belang is dat de cliënt een casemanager kiest die bij hem past, zonder te hoeven kijken bij welke organisatie deze casemanager werkt. Een casemanager staat naast een cliënt en zijn netwerk. Voor ouders en verwanten is de casemanager een luisterend oor en aanspreekpunt. Een casemanager helpt bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Het vinden van passende ondersteuning/ hulp op de juiste plek (thuis, school, dagbesteding of werk, of elders) en ondersteuning bij route, stap voor stap voor nu én met een toekomstperspectief.</li> <li>b. Het ondersteunen van ouders in het onderhouden van contacten met zorg en onderwijs/werk;</li> </ul> <p>Een casemanager is een vast en vertrouwd gezicht. Hij heeft ervaring in het omgaan met mensen met beperking en hun familie en werkt oplossingsgericht.</p> |
|   | <p>2. De huidige beschrijving van zorgprofiel VG7 en het tarief sluiten niet aan op de zorgvraag van de cliënt. Het zorgprofiel heeft daarom een actualisatie nodig. Insteek van deze actualisatie is duidelijk maken wat persoonsgerichte zorg betekent voor cliënten met een zorgprofiel VG 7. Vervolgens wordt op basis van deze inhoudelijke beschrijving gekeken welke inzet van personeel noodzakelijk is. Dit wordt in de vervolgstap omgezet naar een passend tarief. Uitgangspunt is dat de beschrijving en tariefstelling gedragen worden door cliëntorganisaties, aanbieders en beroepsgroepen. Meerzorg wordt dan alleen aanvullend op die specifieke situaties die de beschikbare ruimte in het zorgprofiel overstijgen.</p>  |
|   | <p>3. Op basis van resultaat 2 (beschrijving zorgprofiel) kennispakket, waar ervaringsdeskundigen een onderdeel van zijn, samenstellen en borgen in zowel opleidingsgremia, curricula, als aanbieders faciliteren in het implementeren in de praktijk. Ook omzetten in e-learn modules in de VGN academy. Faciliteren van vervangingskosten in tijd om te scholen. En te reflecteren.</p>  |
|   | <p>4. Een integraal aanbod ontwikkelen ism partners zodat cliënten werk of daginvulling hebben, inkomen, huisvesting en de benodigde zorg.</p>   |
|   | <p>5. Opzetten van een multidisciplinair diagnostiek- en behandelcentrum in aanvulling op de ketenzorg die er nu al is. Uitgangspunt is dat verblijf in dit behandelcentrum tijdelijk is en alleen wanneer het niet mogelijk is om de problematiek in de eigen context van de cliënt door middel van ambulante ondersteuning of op een reguliere plek op te lossen.</p>  |
|   |  |
| <p><b>Actiepunten tav kennisdelen</b></p> | <p>1. Kennis over de kansen en risicofactoren in het bieden van passende zorg worden gedeeld tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntenorganisaties. Dit draagt bij aan de professionalisering en voorkomt herhaling van gebruik van interventies die niet werken. Zorgkantoren stimuleren en faciliteren "leernetwerken".</p>  |
|   | <p>2. Zilveren Kruis deelt informatie over de werkwijze, resultaten en aanbevelingen ten aanzien Crisis Interventie Team met Iederin/VGN/VWS/ZN/MEE/CCE/VNG/Nza en draagt zorg voor een raamwerk zodat de pilot goed overdraagbaar is naar andere regio's. Er wordt focus gelegd op implementatie en hier wordt commitment op gevraagd.</p>  |
|   | <p>3. ZN en CCE maken resultaten nieuwe werkwijze meerzorg bekend en analyse wordt gemaakt of en hoe dit bijdraagt aan preventie</p>   |
|   | <p>4. Investeren in kennisontwikkeling en gebruik maken van het netwerk van integrale vroeghulp en vroegsignalering. Om zo de "voorkant" te versterken.</p>  |
|   | <p>5. Gebruik maken van best practices rond benadering van gezinnen waar meerdere problematieken spelen die aanwezig is in de regio/ aansluiten in keten/ snijvlak met generalistische hulp, in de wetenschap van voorliggende voorzieningen. Ondersteuning bij implementatie van deze goede voorbeelden.</p>  |
|   | <p>6. Kennis en ervaring delen in het veld met andere zorgaanbieders vanuit het project PRO. In dit project wordt zorgaanbod gecreëerd voor 24 cliënten met een lange ervaring van uitstoting vaak in reactie op extreem acting out gedrag. Doel is om het gewone leven te laten ervaren middels het opbouwen en onderhouden van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie en het creëren van een betekenisvolle invulling van het dagelijks leven. (Asvz/Pluryn/Trajectum/ /CCE/ VGZ en Zilveren Kruis). Daarnaast investeert Pro in het systematisch delen van praktijkkennis en van wetenschappelijke kennis met zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en hun ketenpartners in het sociale domein. Een van de tastbare resultaten zal zijn (in 2022) de publicatie van een Handboek <i>Pro voor de praktijk</i>.</p>   |
|   |  |
| <p><b>Actiepunten tav campagne</b></p>    | <p>1. Campagne opzetten om gemeenten bewust te maken dat vroegtijdige signaleren van ontwikkelingsachterstanden is noodzakelijk is om erger te voorkomen. Het gaat dan specifiek om vroegsignalering, vroeghulp, signaleren door zorgteams op scholen en door de jeugdgezondheidszorg</p>  |
|   | <p>2. Campagne opzetten om imago GZ te verbeteren en een meer realistisch beeld te geven (bijv uitzending Sherpa)</p>  |
|   | <p>3. Campagne opzetten om zij-instromers te stimuleren te kiezen voor een baan in de gehandicaptenzorg. Voor deze doelgroep specifiek op zoek naar mannen rond de leeftijd van 40 jaar, die hun hart willen volgen en iets anders willen.</p>   |
|   | <p>4. Ludieke uitvraag onder zorgaanbieders wie een innovatief idee heeft voor nieuwe vorm van zorg (VGN heeft een jaarlijkse prijsuitreiking).</p>  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Onderzoek/ analyse</b>         | 1. Er bestaan veel verschillende woonconcepten binnen de gehandicaptenzorg. Huisvesting en de benodigde zorg hangen nauw met elkaar samen. De context kan een deel van de zorgvraag beantwoorden. Het is daarom van belang om een inventariserend onderzoek te doen naar de diverse woonconcepten die aansluiten bij de vraag van deze cliënten. De goede voorbeelden kunnen vervolgens gedeeld worden tussen zorgaanbieders, om van elkaar te leren.   |
|                                   | 2. In iedere regio wordt op initiatief van het zorgkantoor met alle zorgaanbieders, gemeenten, wijkteams en woningcorporaties een analyse gemaakt over het huidige aanbod ten aanzien van huisvesting. Deze analyse wordt gelegd naast de vraag van cliënten ten aanzien van huisvesting in een meerjarenperspectief. Er wordt out of the box gezocht naar woonalternatieven (denk aan leegstaande kantorencomplexen, verpleeghuizen of ggz woonlocaties)   |
|                                   | 3. Opstellen van een diepte analyse (o.a. aanwezige zorgprogramma's, goede voorbeelden, NPG program Gewoon Bijzonder, Academische, resultaten Kwaliteitsagenda en onderzoek van CCE) naar de succesfactoren in de begeleiding van cliënten met een complexe zorgvraag.  |
|                                   | 4. Inventariserend onderzoek naar hoe kennisdeling tussen organisaties plaatsvindt en versterkt kan worden als het gaat om ondersteuning aan mensen met een complexe zorgvraag. (o.a. aan de hand van goede voorbeelden).   |
|                                   |   |
| <b>Pilots</b>                     | 1. Pilot starten in een aantal regio's met een aantal gezinnen  |
|                                   |   |
| <b>Actiepunten tav uitvoering</b> | 1. We willen ontschotting aan de voorkant en de financiering regelen aan de achterkant met elkaar. Uitgangspunt is de bestaande regelgeving en regelruimte hier is 95% in op te lossen. Voor de overige 5% moeten we commitment krijgen op bestuurlijk niveau tussen VGN/VNG en ZN. Daarnaast moeten goede voorbeelden van waar domeinoverstijgend gefinancierd wordt binnen 1 instelling bekend gemaakt worden (bijv. CVBP Drenthe). Daar waar regelgeving in de weg zit of de contracteerruimte te kort schiet, dient vanuit de inhoud de oplossing gerealiseerd te worden. De financier zal zoeken naar oplossingen samen met zorgkantoren, gemeenten en Nza of VWS. De branches dienen op basis van casuïstiek die opgelost is te komen tot aanbevelingen voor wijziging regelgeving. |
|                                   | 2. Regionale ruimte bij het zorgkantoor wordt onder andere gebruikt voor passende zorg. "Budget voor tussen wal en schip cliënten". (Naar verwachting is dit niet meer dan 5% van het totaal). Daarnaast is er soms vrije ruimte nodig om éénmalig te investeren in bijvoorbeeld medewerkers of context van de cliënt (vgl. proeftuinen meerzorg). Dit zou structureel mogelijk gemaakt moeten worden via een soort lumpsum (vergelijkbaar 15% bij V&V-middelen 600 mln.)   |
|                                   | 3. Vaak is de benodigde kennis, expertise en fysieke plaats niet direct beschikbaar. Echter soms zijn deze afzonderlijke elementen wel beschikbaar, maar niet bij één zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten de inhoudelijke samenwerking vooropstellen. De benodigde zorg en daarbij behorende budgetten dienen bij elkaar gebracht te worden. Zorgkantoren faciliteren dit door overhevelingen van budget.  |
|                                   | 4. Op dit moment biedt Zilveren Kruis de mogelijkheid om tijdelijk (financieel) extra inzet te doen zodat opschalen van zorg mogelijk is bij acute complexe problematiek (bijvoorbeeld bij ernstige crisis of dreigende zorg beëindiging). Dit om ervoor te zorgen dat er passende zorg geboden blijft worden ook al is er sprake van forse complexe zorgvragen. Dit zou breder uitgerold kunnen worden.  |
|                                   | 5. Op basis van de analyse en het meerjarenperspectief worden er concrete afspraken gemaakt over de huisvestingsontwikkeling in de regio waarbij gemeenten, woningcorporaties en projectontwikkelaars en andere betrokken partijen (zorgaanbieders en zorgkantoren) hun verantwoordelijkheid nemen.   |
|                                   | 6. Faciliteren en ondersteunen van aanbieders die expertise opbouwen/hebben opgebouwd om deze kennis te delen.  |
|                                   | 7. Het versterken, c.q. uitbreiden van aanwezige ambulante interventies in de regio (b.v. FACT, CIT, MST, bemoeizorg en ambulante specialistische ondersteuning) enerzijds door duidelijke inkoopafspraken met financiers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars). Anderzijds faciliteren van aanbieders om deze interventies eigen te maken en in te zetten.   |
|                                   | 8. Bij uitwisseling van goede voorbeelden tussen zorgaanbieders (landelijk) vraagt dit om investeringen vanuit de aanbieder, die als ambassadeur gezien kan worden. Hiervoor is noodzakelijk dat er enige financiële regelruimte voor de financiering gevonden wordt.   |

|  |
|--|
| Thema Preventie: voorkomen crisis, uithuisplaatsing en meerzorgaanvragen |
| Thema Preventie: toeleiding  |
| Thema Cliënt en netwerkondersteuning                                     |
| Thema Financiering   |
| Thema Huisvesting  |
| Thema Expertise  |
| Thema Nieuwe vormen van zorg   |