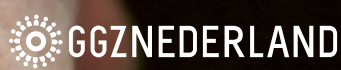




Handreiking
Organisatie en
financiering van
de beoordelings-
functie voor
mensen met
verward gedrag



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten



Colofon

Werkgroepleden

Lilly Buurke	GGZ Nederland
Jolanda Gill	Kernteam personen met verward gedrag
Wim Huson	Kernteam personen met verward gedrag
Renate van Huizen	jb Lorenz
Jan Jongmans	Zorgverzekeraar Zilveren Kruis
Ilse Kunst	Projectleider Sluitende Aanpak Gelderland-Zuid
Bianca den Outer	jb Lorenz
Guus Palm	senior beleidsadviseur Zorg en Volksgezondheid gemeente Den Haag
Nicolette Piekaar	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Jaap van der Rijst	Zorgverzekeraars Nederland
Sandra Timmermans	Adviseur Veiligheid, Gemeente Tilburg (agendalid)
Maarten Wegman	Zorgverzekeraar Menzis
Youp van Zorge	Ministerie van VWS
Peter van Zuidam	Zorgverzekeraar Zilveren Kruis

Opsteller

Bianca den Outer, jb Lorenz

Dit is een uitgave VNG, Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland.

Inhoud

Inleiding	4
Bouwsteen beoordeling	5
Reikwijdte en doel van deze handreiking	6
Leeswijzer	7
Deel 1: Afbakening wettelijke verantwoordelijkheidstoedeling	8
<i>Wmo 2015</i>	8
<i>De Jeugdwet</i>	9
<i>Zorgverzekeringswet</i>	9
<i>Wlz</i>	10
<i>Relevante, aanpalende ontwikkelingen</i>	10
<i>Praktische vertaling: een afwegingskader</i>	10
Deel 2: Organisatie van beoordelingsfuncties	12
<i>Twee sporen</i>	12
<i>Impactanalyse</i>	12
<i>A. Inhoudelijke keuzes voor een beoordelingsfunctie</i>	12
<i>B. Fysieke positionering van een beoordelingsfunctie</i>	13
<i>C. Tijdelijkheid van de locatie van een beoordelingsfunctie</i>	13
Deel 3: Financiering van beoordelingsfuncties	14
<i>Spelregels</i>	14
<i>Vorbereidingen</i>	14
<i>Bekostiging en contractering</i>	14
<i>Afrekening op basis van de wettelijke kaders</i>	15
Bijlagen	16
<i>Bijlage 1: Definities</i>	17
<i>Bijlage 2: Stroomschema</i>	18

Inleiding

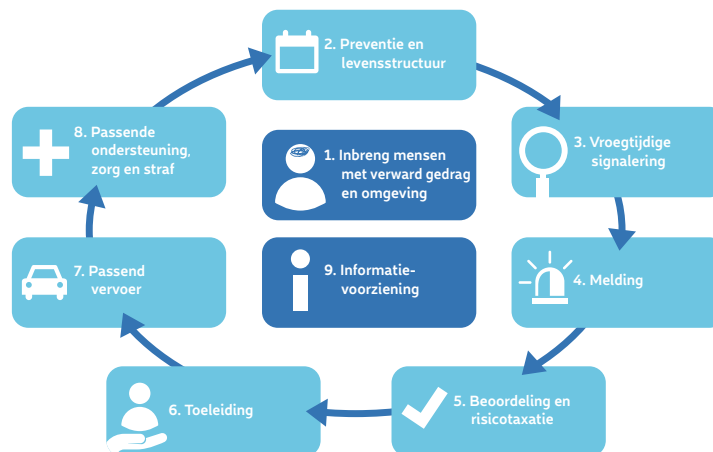
Overal in het land denken gemeenten, GGZ-aanbieders, GGD-instellingen, verzekeraars en andere betrokken partijen na over de manier waarop de beoordeling van mensen met verward gedrag het beste kan worden georganiseerd. Daarbij komen regelmatig vragen aan de orde over de grenzen van de organisatorische en financiële verantwoordelijkheden van met name gemeenten en zorgverzekeraars voor mensen met psychische problematiek. Ook komen soms vragen langs over de functie beoordeling van mensen met verward gedrag door cognitieve beperkingen en/of verstandelijke beperkingen. Omdat we zien dat de meeste vraagstukken rondom de organisatie en bekostiging gaan over het vervoer en de beoordeling/triage van mensen met verward gedrag door GGZ-problematiek richt deze handreiking zich met name op de vraagstukken op het snijvlak van GGZ en psychosociale problematiek.

Bouwsteen beoordeling

Deze handreiking is behulpzaam bij het realiseren van een beoordelingsfunctie die recht doet aan de uitgangspunten van het Schakelteam personen met verward gedrag¹. Het Schakelteam vindt het belangrijk dat mensen met verward gedrag op een veilige en humane manier beoordeeld worden. Ook willen zij dat er daarna passende ondersteuning, zorg of straf (of een combinatie daarvan) geleverd wordt. Mensen met verward gedrag moeten dag en nacht integraal beoordeeld en opgevangen kunnen worden. De beoordeling moet in een passende omgeving uitgevoerd worden, bij voorkeur in de thuissituatie of in een speciale opvanglocatie. Is er geen sprake van een strafbaar feit? Dan vindt de beoordeling niet in een politiecel plaats.

De beoordeling is eenduidig en omvat een taxatie van mogelijke risico's (voor de persoon zelf en zijn omgeving). De beoordeling vindt, ongeacht de plek, plaats met een multidisciplinaire blik. Hiermee bedoelen we: met aandacht voor verwardheid in brede zin en ook voor lichamelijke ziektes. In het proces van beoordeling, risicotaxatie en indicatiestelling zitten zo min mogelijk schakels en overdrachtsmomenten. De beoordeling in een acute situatie gebeurt snel, binnen de gezamenlijk afgesproken regionale normen en met heldere afspraken over wat 'acuut' inhoudt.

De bouwstenen van het Schakelteam personen met verward gedrag kunnen niet los van elkaar gezien worden. Met name de bouwstenen melding, triage, toeleiding en vervoer hangen nauw samen met de organisatie van de functie beoordeling. Een goed vervoltraject na de beoordeling naar verschillende zorgaanbieders (verstandelijk gehandicapten zorg; verpleeghuiszorg; verslavingszorg) is belangrijk in het kader van de bouwsteen 'passende ondersteuning zorg en straf'. Hiervoor is tijdens de beoordeling al multidisciplinaire samenwerking nodig. Een handreiking over de inrichting van de functie beoordeling kan dan ook niet los gezien worden van de andere bouwstenen. In deze handreiking verwijzen we daarom regelmatig naar de bouwstenen van het Schakelteam. Beoordeling kan plaatsvinden via telefonische triage, thuis en op locatie. Via telefonische triage wordt ingeschat of er sprake is van een acute situatie en of deze persoon gezien moet worden door een medisch professional. Deze 'trriage' hoort niet tot de scope van deze notitie en wordt behandeld in het voorlopig model meldingen. In deze handreiking gaat het over beoordelingen op een locatie (anders dan thuis) en de organisatie en financiering daarvan. Beoordeling op een locatie is soms noodzakelijk, omdat er helaas situaties zijn waarbij beoordeling thuis niet mogelijk is.



¹ Het Schakelteam personen met verward gedrag bestaat uit mensen die in hun dagelijkse praktijk betrokken zijn bij de problematiek rond personen met verward gedrag, zoals een wethouder zorg, een vertegenwoordiger van zorginstellingen, een zorgverzekeraar, het OM, de politie, de patiënten en hun familie. Dit team ondersteunt gemeenten en andere partijen bij het vinden van gepaste oplossingen.

Reikwijdte en doel van deze handreiking

Deze handreiking omvat een deel van bouwsteen 5: het inrichten van de beoordelingsfunctie op een locatie anders dan bij de cliënt thuis.

De handreiking is bedoeld voor gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders die afspraken willen maken voor de (tijdelijke) inrichting van een beoordelingsfunctie in de vorm van een opvanglocatie. Deze afspraken gelden voor (volwassen) personen met verward gedrag waarbij beoordeling² en opvang thuis niet mogelijk is.

Deze handreiking richt zich op volwassenen. Het jeugddomein is geen onderdeel van deze handreiking. Ook de beoordeling van (bijna) gevaarlijke mensen en mensen die een strafbaar feit plegen valt buiten de scope van de handreiking.

We spreken in deze handreiking nadrukkelijk over een tijdelijke inrichting van een beoordelingsfunctie in de vorm van een opvanglocatie. Alle partijen willen namelijk dat de beoordeling van mensen met verward gedrag zoveel mogelijk in de thuissituatie plaatsvindt. Als daarnaast de vroegsignalering en OGGZ (zie later in het document) in de wijken goed geregeld is, vermindert de instroom voor de functie beoordeling enorm. De komende tijd is het daarom belangrijk om flexibel te zijn in de mogelijkheden om de beoordelingsfunctie door te ontwikkelen en aan te passen aan de dynamiek van de ontwikkelingen.

Deze handreiking moet helpen bij de realisatie van een nieuwe of de borging van een bestaande situatie, op een manier die recht doet aan:

- de behoeften van personen met verward gedrag;
- de generieke module 'acute psychiatrie';
- de wettelijke kaders en verantwoordelijkheden;
- een doelmatige en betaalbare inrichting van een beoordelingsfunctie;
- de lokale zorginfrastructuur.

De invulling van de totale ondersteuning van verwarde personen, dus ook de beoordelingsfunctie, vraagt om een integrale aanpak van de financiers. Hiermee bedoelen we gemeenten en zorgverzekeraars in afstemming met andere financiers zoals het zorgkantoor. Ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid voor wettelijke stelsels en in samenwerking met de ketenpartners (zorgaanbieders en andere partijen).

Er zijn actuele ontwikkelingen, zoals die rondom de acute GGZ en het 'voorlopig model melding'. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de organisatie van de beoordelingsfunctie op regionaal niveau. Als dit van toepassing is in deze handreiking, verwijzen we naar deze ontwikkelingen.

² In dit document wordt de term 'beoordeling' als volgt gebruikt: Als er na de triage nog steeds een vermoeden van acute psychiatrische problematiek bestaat, vindt er een beoordeling plaats. De beoordeling heeft als doel het stellen van een werkdiagnose en het vaststellen van de noodzakelijke vervolgacties vanuit de Wmo en/of de Jeugdwet en/of de Zvw en/of de Wlz.

Leeswijzer

Het eerste deel van deze handreiking schetst de afbakening van de wettelijke verantwoordelijkheidstoedeling van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten vanuit de wettelijke kaders. Dit deel is dan ook bedoeld om de wettelijke kaders te verhelderen, niet om nadere invulling te geven aan wettelijke kaders. Hierbij komen ook de actuele ontwikkelingen rondom de generieke module 'acute psychiatrie' aan de orde. En dan met name het onderdeel 'de triagewijzer'. Dit krijgt onder andere invulling door het 'voorlopige model melding' dat u [hier](#) kunt downloaden.

Het tweede deel bevat een stappenplan in de vorm van een eenvoudig en logisch afwegingskader voor partijen. Hiermee kan de totstandkoming en een goede organisatie van een beoordelingsfunctie gerealiseerd worden, onder andere door middel van het maken van samenwerkingsafspraken.

Het derde deel bevat oplossingsrichtingen om afspraken te maken voor de financiering van beoordelingsfuncties op basis van de afbakening van verantwoordelijkheden en het maken van samenwerkingsafspraken.

Als het relevant is, hebben we in deel 1 en deel 3 samenvattende adviezen geformuleerd. Deze kunnen in de praktische uitwerking gebruikt worden om duurzame afspraken te maken voor de (tijdelijke) inrichting, organisatie en financiering van een beoordelingsfunctie.



Deel 1

Afbakening wettelijke verantwoordelijkheidstoedeling

In de praktijk blijkt dat er bij veldpartijen regelmatig onduidelijkheid is over de verantwoordelijkheidstoedeling voor beoordeling en toeleiding naar zorg en/of ondersteuning voor mensen met verward gedrag. Een complicerende factor bij het bepalen van de verantwoordelijkheden is het feit dat de terminologie van partijen niet eenduidig en uniform is. De term 'beoordeling', maar ook de termen 'triage' en 'diagnosestelling' worden vaak afwisselend gebruikt voor dezelfde functie.

Het is verstandig om deze termen goed te definiëren en bij iedere activiteit de verantwoordelijkheden van de betrokkenen goed in beeld te hebben. In bijlage 1 staat daarom een aantal definities met toelichting. In bijlage 2 hebben we een stroomschema opgenomen van Zorginstituut NL. Dit schema geeft inzicht in het verloop vanuit het perspectief van acute medische problematiek.

In dit deel beschrijven we de verantwoordelijkheden van de volgende betrokken financiers:

- de gemeenten (in het kader van de Wmo2015 en de Jeugdwet)
- de zorgverzekeraars (in het kader van de Zorgverzekeringswet)
- en de zorgkantoren (in het kader van de Wet langdurige zorg)

We werken voor volwassenen het onderscheid uit tussen de wettelijke kaders van de Wmo 2015, Jeugdwet, de Zvw en de Wlz.³ Daarbij hebben we er rekening mee gehouden dat de vraagstukken rondom verantwoordelijkheidstoedeling en financiering zich meestal richten op de schakels in de keten voorafgaand aan de beoordeling en/of triage. Tot slot wijden we een gedeelte aan de aangrenzende ontwikkelingen binnen en buiten de wettelijke kaders, die een rol spelen bij het

maken van afwegingen rondom de organisatie en financiering van een regionale beoordelingsfunctie.

Wmo 2015

Gemeenten zijn vanuit de Wmo 2015 verantwoordelijk voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen. Die ondersteuning moet ervoor zorgen dat zij zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven. Daarbij wordt nadrukkelijk gekeken naar de mogelijkheden van mensen zelf of hun sociale omgeving. Voor mensen met psychische of psychosociale problemen of voor mensen die de thuissituatie hebben verlaten (bijvoorbeeld vanwege huiselijk geweld), zorgen gemeenten voor beschermd wonen en opvang.

Gemeenten hebben naast de algemene voorzieningen en de maatwerkvoorzieningen in de Wmo2015 nadrukkelijk ook openbare taken die het belang van personen of gezinnen overstijgen. Het 'openbare' heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van gemeenten om daar in te grijpen waar burgers onder de minimale voorwaarden van bestaan (dreigen te) zakken. Vaak gebeurt dit als gevolg van problemen met de (geestelijke) gezondheid.

Doelgroep in OGGZ: sociaal kwetsbare mensen

OGGZ maakt in de Wmo2015 deel uit van maatschappelijke ondersteuning. De term OGGZ is nog steeds gangbaar. De primaire doelgroep in OGGZ bestaat uit sociaal kwetsbare mensen. Het zijn mensen die vaak al een langere periode niet goed genoeg in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien. Daarnaast is er vaak sprake van meervoudige problematiek (zoals

³ De verantwoordelijkheden die de gemeenten hebben voor jeugdigen in het kader van de Jeugdwet zijn niet in deze handreiking meegenomen.

schulden, verwaarlozing, sociaal isolement). Vaak is er al sprake geweest van bemoeizorg⁴. Ook risicogroepen, zoals mensen met een verhoogd risico op sociale kwetsbaarheid en afglijding, behoren tot de doelgroep.

Bij de invoering van de Wmo 2015 zijn de toen beschikbare middelen en taken van de gemeenten op het terrein van de OGGZ opgenomen in de Wmo2015.

OGGZ gaat daarmee over alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheid die niet worden voorafgegaan door een vrijwillige, individuele hulpvraag van een cliënt. Het gaat hierbij om:

1. het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning;
2. het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
3. het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare groepen en risicogroepen.

Zowel de activiteiten die de verantwoordelijkheid zijn van gemeenten (signaleren, begeleiden, organiseren en het Meldpunt Overlast en Zorg) als de doelgroep (sociaal kwetsbare mensen) sluiten aan bij de opdracht om de beoordeling van mensen met verward gedrag goed te organiseren.

De Jeugdwet

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen <18 jaar en hun ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. In de Jeugdwet staan de taken van gemeenten beschreven. De hulpverlening aan jeugdigen <18 jaar in crisissituaties is onderdeel van deze verantwoordelijkheid.

Zorgverzekeringswet

Geneeskundige zorg voor psychische stoornissen is onderdeel van de huisartsenzorg, basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Deze zorg wordt verstrekt volgens de Zorgverzekeringswet. Er moet daarbij sprake zijn van een medische noodzaak die een zorgprofessional vaststelt.

Bij een crisis vanwege een psychische stoornis moet behandeling (en eventueel medisch noodzakelijk verblijf) vanuit de geneeskundige GGZ volgens de Zorgverzekeringswet verstrekt worden. Ook de activiteiten in het kader van de triagering, beoordeling en verwijzing naar de juiste hulpverlener vallen in het domein van de Zorgverzekeringswet. Tot slot wordt in het kader van ambulancezorg ook psychische zorg geleverd.

Als de verzekerde verblijf nodig heeft in verband met de geneeskundige GGZ, wordt dit verblijf de eerste drie jaar verstrekt vanuit de Zorgverzekeringswet. Is na drie jaar het verblijf nog steeds medisch noodzakelijk in verband met de geneeskundige GGZ? Dan valt dit vanaf het vierde jaar (de 1096e dag) onder de Wet langdurige zorg.

Zowel de activiteiten die de verantwoordelijkheid zijn van de zorgverzekeraar (triage, beoordelen) als de doelgroep (mensen met psychische en psychiatrische problematiek) sluiten aan bij de opdracht om de beoordeling van mensen met verward gedrag goed te organiseren.

⁴ Sommige mensen met een psychische aandoening weigeren zorg terwijl zij deze wel nodig hebben. Deze cliënten zijn zogeheten zorgmijders. Denk bijvoorbeeld aan verslaafden die zich niet meer verzorgen. Deze mensen naar de zorg toe leiden heet bemoeizorg, dat is een vorm van hulpverlening, die onder meer bestaat uit contact leggen, zorgcoördinatie en praktische ondersteuning. De gemeente is verantwoordelijk voor deze bemoeizorg. Soms is bemoeizorg een onderdeel van de reguliere geneeskundige zorg. Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/08/16/zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-een-psychische-aandoening>

Wlz

De Wlz is gericht op mensen met een *blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid* vanwege:

- een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking;
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

In slechts twee situaties is de zorg voor verzekerden met een psychische stoornis Wlz-zorg.

Geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een Wlz-indicatie

Een psychische stoornis op zich is geen grondslag voor toegang tot de Wlz. De begeleiding en behandeling van mensen met een psychische stoornis valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (op grond van Jeugdwet en Wmo 2015) en zorgverzekeraars (op grond van de Zvw).

Wanneer een verzekerde drie jaar noodzakelijk verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige GGZ-behandeling (betaald uit de Zvw), wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit de Wlz: het zogenaamde 'voortgezet GGZ-verblijf'. Deze cliënten hoeven dus niet te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz (blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid). Het CIZ geeft een indicatie voor het voortzetten van het verblijf voor drie jaar; daarna vindt herindicatie plaats. Is het verblijf dan nog steeds medisch noodzakelijk? Dan kan er weer een indicatie voor drie jaar gegeven worden.

Zowel de activiteiten, die de verantwoordelijkheid zijn van het zorgkantoor (bieden van 24 uurtoezicht en nabijheid), als de doelgroep sluiten aan bij de opdracht om de beoordeling van mensen met verward gedrag goed te organiseren.

Personen met verward gedrag kunnen te maken hebben met onderliggende problematiek. Het komt bijvoorbeeld regelmatig voor dat de problematiek samenhangt met een verstandelijke beperking. Vroegsignalering is ook hier cruciaal, net zoals de herkenning van de problematiek.

Relevante, aanpalende ontwikkelingen

Voorlopig model melding

Voor de inrichting van iedere regionale keten van melden naar verlenen van zorg en ondersteuning (waarvan de beoordelingsfunctie onderdeel uitmaakt) is met name het voorlopig 'model melding' belangrijk. Het model geeft nadere invulling aan de generieke module 'acute psychiatrie' en dan met name aan het onderdeel 'triagewijzer'. Het voorlopig model melding bevat een voorstel voor de inrichting van de keten van triage en verwijzing vanuit de meldkamers tot en met de GGZ-crisisdienst, reguliere behandelaren (of GGZ, of somatisch) en gemeentelijke of regionale meldpunten. Als het model werkt, neemt de kwaliteit van de triage en toeleiding toe. Er ontstaat dan meer duidelijkheid over de gewenste routes van beoordeling door of toeleiding naar behandelaren of ondersteuning. Hiermee kan het minder noodzakelijk zijn om aanvullend op de bestaande regionale ketens nog een aparte beoordelingsfunctie voor personen met verward gedrag te organiseren. Daarnaast is de inrichting van deze keten ook van invloed op het aantal noodzakelijke vervoersbewegingen.

Advies bekostiging acute GGZ

Parallel aan de ontwikkeling van het voorlopig model melding verwachten we dat de NZA begin 2018 adviseert over de bekostiging van de acute GGZ. De uiteindelijke vormgeving van deze bekostiging kan mede bepalend zijn voor de manier waarop de generieke module/beoordelingsfunctie/de GGZ-triagewijzer/ voorlopig model melding worden vormgegeven en uitgevoerd. Daarmee is deze ook belangrijk voor de vormgeving van de beoordelingsfunctie. Het is goed dat partijen zich hiervan bewust zijn bij de beleidsbepaling.

Praktische vertaling: een afwegingskader

Het vaststellen van de aard van de problematiek, de urgentie, de daarbij behorende hulpverlening (somaatich of GGZ, acuut of niet acuut) en het benodigde behandelbeleid is onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Ook het uitsluiten van medische zorg is een medische beoordeling.

Toch zijn er in de praktijk vaak meerdere factoren tegelijk aanwezig als een persoon met verward gedrag beoordeeld wordt. Denk aan middelengebruik/verslaving of een laag IQ/LVB wat psychiatrische beoordeling/behandeling moeilijker maakt. In de praktijk van de cliënt lopen functies van bijvoorbeeld de Zvw en Wmo2015 door elkaar. En vaak is niet vooraf te bepalen welk wettelijk kader van toepassing is.

Wanneer we de afbakening van de verschillende wettelijke kaders praktisch vertalen naar de vraagstukken rondom de beoordeling van mensen met verward gedrag en het vervolg daarop, dan ziet de verantwoordelijkheidstoedeling rondom de beoordeling er schematisch als volgt uit. We sluiten met dit schema aan bij tabel 3 van hoofdstuk 7 en figuur 8 van paragraaf 7.1 van het voorlopig model meldingen van SIRM. Dit betekent dat we de rol en positie van politie en de ziekenhuizen hieronder niet hebben opgenomen. Onderstaande kenmerken van de problematiek zijn in de praktijk bij de persoon met verward gedrag niet altijd zo duidelijk te onderscheiden. Deze indeling is dan ook een richtlijn.

Kenmerken	Bijbehorend wettelijk kader
Acuut en psychiatrie	Zvw (crisisdienst) + Jeugdwet
Acuut en niet psychiatrie	Wmo2015 + Jeugdwet (gemeente → wijk- of gebiedsteam of Meldpunt Zorg en Overlast)
Niet acuut en psychiatrie	Zvw (huisarts of GGZ) en/of Wmo2015 en/of Jeugdwet
Niet acuut en niet psychiatrie	Wmo2015 en/of Jeugdwet (gemeente → wijk- of gebiedsteam of Meldpunt Zorg en Overlast)
Triage/beoordeling acuut en psychiatrie	Zvw of Jeugdwet
Vervolg (niet) acuut en niet psychiatrie	Wmo2015 en/of Jeugdwet

De uitgangspunten van het schema bieden houvast voor partijen om het samenspel en het afstemmen van de organisatie van de beoordelingsfunctie (deel 2) en de verdeling van de kosten te bespreken (zie deel 3 van deze handreiking).

Samenvattend advies

- Betrek bij het maken van overwegingen rondom de organisatie van een beoordelingsfunctie op welke manier invulling gegeven wordt de bouwsteen 'Melding' (en meer specifiek de generieke module acute psychiatrie).
- Beleidsvorming moet in elk geval minimaal plaatsvinden met de relevante financiers (gemeenten en verzekeraars). Daarnaast moeten de volgende relevante partijen in de keten meewerken, zoals: politie, zorgaanbieders, bestaande vervoersdiensten, eerstelijns(organisaties), meldkamer, meldpunten zoals Meldpunt Zorg en Overlast, veiligheidshuis, ambulancezorg, ziekenhuizen en crisisdiensten.
- De keten van acute en niet-acute zorg en ondersteuning moeten worden afgestemd op elkaar vanuit de wettelijke verantwoordelijkheden van de hierboven beschreven wetgevingen (Wmo2015, Jeugdwet, Zvw en Wlz). Daarbij moet steeds rekening gehouden worden met de actuele ontwikkelingen binnen de acute GGZ en de implementatie van de generieke module acute GGZ.
- We adviseren gemeenten en zorgverzekeraars en andere partijen, die aan tafel zitten, om de meldingen te analyseren. Ook adviseren we hen vast te stellen wie wat doet en waar de witte vlekken (lacunes) in het zorgaanbod zijn. Het is belangrijk de witte vlekken (lacunes) aan de niet-acute kant in kaart te brengen en aan te laten sluiten op de acute keten en vice versa. Maak daarbij gebruik van het voorlopig model melding.

Deel 2

Organisatie van beoordelingsfuncties

Twee sporen

Over het belang van een goede invulling van de functie beoordeling, die integraal en multidisciplinair is, bestaat geen verschil van mening. Een belangrijke vraag is wel of er een noodzaak is voor een aparte, fysieke locatie naast de bestaande voorzieningen.

Voor partijen, die overwogen en/of besluiten om een integrale, multidisciplinaire beoordeling te realiseren voor mensen met verward gedrag, zijn er twee mogelijkheden:

- aanwenden van al bestaande voorzieningen;
- organiseren van een nieuwe (tijdelijke) voorziening.

De uitgangssituatie bij het vormgeven van beleid omtrent de beoordelingsfunctie verschilt per gemeente of regio. De uiteindelijke vormgeving van de bekostiging van de acute GGZ kan bepalen op welke manier de generieke module/de GGZ-triagewijzer/voorlopig model melding worden vormgegeven en uitgevoerd. Daarmee is deze voor beide onderstaande varianten ook relevant voor de vormgeving van de beoordelingsfunctie.

Er zijn twee mogelijke uitgangssituaties.

Variant 1: Er is nog geen besluit genomen over de invulling van de functie beoordeling

Gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders stellen samen een programma van eisen op waaraan een beoordelingsfunctie moet voldoen. Daarbij kijken de financiers naar de bestaande voorzieningen in de regio. Ook onderzoeken ze gezamenlijk de mogelijkheid en wenselijkheid om een bestaande voorziening, zoals bijvoorbeeld een SEH, GGZ-crisisdienst of HIC uit te breiden als voorziening voor de beoordelingsfunctie. Vervolgens wordt gezamenlijk vastgesteld of en welke (fysieke) aanpassingen en personele inzet nodig zijn om een multidisciplinaire beoordeling te organiseren. Hierbij wordt uitgegaan van bestaande financiële kaders.

Variant 2: Er is al een aparte beoordelingsfunctie ingericht naast de bestaande voorzieningen (zoals bijvoorbeeld een SEH, GGZ-crisisdienst of HIC)

Voor partijen die een (tijdelijke) voorziening voor een integrale en multidisciplinaire beoordeling hebben ingericht, is het belangrijk afspraken te maken over monitoring en evaluatie van het gebruik, de toegevoegde waarde (ook in de acute zorgketen) en de kosten en inzet van personeel. Periodiek wordt geëvalueerd of de bestaande situatie voldoet of dat het nodig is om tot nieuwe afspraken te komen over de exploitatie, bekostiging en financiering. Bij dit proces zijn meer partijen betrokken dan gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Ook de zorgaanbieders spelen hierbij een rol, net zoals de ketenpartijen rondom cliënten. Zij vormen samen de lokale zorginfrastructuur.

Impactanalyse

In beide varianten maken gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij voorkeur samen een impactanalyse. Daarin worden in ieder geval de volgende vragen beantwoord op drie dimensies:

- inhoudelijke keuzes voor een beoordelingsfunctie;
- fysieke positionering van een beoordelingsfunctie;
- tijdelijkheid van de beoordelingsfunctie.

A. Inhoudelijke keuzes voor een beoordelingsfunctie

1. Wat zijn de minimale (kwaliteits)eisen voor beide opdrachtgevers (gemeenten en zorgverzekeraars) waaraan een beoordelingsfunctie moet voldoen? Denk daarbij aan afspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor over beschikbaarheid van brede expertise, mensen en middelen.
2. Waar bevinden zich bestaande, potentiële beoordelingsfuncties die aansluiten op de minimale (kwaliteits)eisen voor beide opdrachtgevers?
3. Waarin schieten bestaande voorzieningen tekort?
4. Wat is er voor nodig om bestaande voorzieningen te optimaliseren en te versterken zodat zij geschikt zijn als beoordelingsfunctie?

5. Maak afspraken over de toegang en informatie-uitwisseling tot historische en actuele informatie omtrent een casus. En maak afspraken over het direct opvolgen van zorg, ondersteuning en behandeling (ambulant tenzij) voor, ten tijde en na de crisisbehandeling. Maak afspraken over casusregie met doorzettingskracht

B. Fysieke positionering van een beoordelingsfunctie

5. Wat is het effect en wat zijn de consequenties van een keuze voor een fysieke positionering bij specifieke, bestaande functies voor betrokken partijen?
6. Wat is op basis van kennis bij veldpartijen de meest logische positionering van een beoordelingsfunctie?
7. Is het nodig, haalbaar en nuttig om alle deskundigheidsgebieden te bundelen in één locatie? Of kan er in de integrale afweging worden voorzien door het realiseren van een goede afstemming, het invliegen van expertise en een goede doorverwijzing?
8. Welke afspraken zijn hiervoor nodig?
9. Wat betekent een keuze voor het wel of niet samenbrengen van disciplines en functies op één locatie voor de vervoersbewegingen?

C. Tijdelijkheid van de locatie van een beoordelingsfunctie

Het streven is om de instroom bij een beoordelingsfunctie zo klein mogelijk te houden. Mensen zouden idealiter zoveel mogelijk thuis of in de

leefomgeving beoordeeld of getrieerd moeten worden. En we voorkomen crisissituaties door OGGZ in de wijken te organiseren. Hoe succesvoller de inrichting van de lokale structuren verloopt, hoe sneller een beoordelingsfunctie niet of moeilijk(er) exploitabel wordt. Dit komt doordat de instroom dan afneemt. Advies is daarom deze functie te organiseren bij een 24/7-voorziening, die al bestaat. Hierbij kun je denken aan een SEH, crisisdienst of HIC waar stenen en infrastructuur al ingericht zijn. Zeker omdat het in stand houden van een functie die 24/7 beschikbaar moet zijn, per definitie kostbaar is.

10. Maak gezamenlijke afspraken over de kwantitatieve monitoring van instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten, inclusief vervoersaspecten.
11. Maak gezamenlijke afspraken over de kwalitatieve monitoring van het gebruik, de kwaliteit en de maatschappelijke waarde van de voorziening.
12. Ontwerp gaandeweg met elkaar alternatieven voor de beoordelingsfunctie aan de hand van de monitoring van instroom, doorstroom en uitstroom. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het uitgangspunt dat de beoordelingsfunctie bij voorkeur zoveel mogelijk plaatsvindt in de eigen omgeving van mensen. Als de vroegsignalering en OGGZ in de wijken goed geregeld is, vermindert de instroom voor de functie beoordeling enorm.



Deel 3

Financiering van beoordelingsfuncties

Spelregels

Hiervoor is al geconstateerd dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren zelf verantwoordelijk zijn voor de zorg en ondersteuning van mensen met verward gedrag. Een integrale beoordeling vraagt om inzet van verschillende professionals uit domeinen met verschillende financiers. Een goede samenwerking tussen de financiers helpt bij het realiseren van de eigen doelstellingen. Ook helpt het bij het vormen van een sluitende keten van zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen. Gemeenten kunnen via hun voorzieningen het beroep op het zorgstelsel ontlasten. Aan de andere kant wordt het beroep dat op gemeenten wordt gedaan ook beïnvloed door de mate waarin het zorgstelsel de juiste hulp biedt. Negatief geformuleerd: er zijn afwentelingsrisico's als er lacunes in het totale voorzieningspakket ontstaan op het raakvlak van de premiegefinancierde geestelijke gezondheidszorg en de gemeentelijke zorgwetten.

Tegelijkertijd liggen er kansen en is de noodzaak voor een gezamenlijke aanpak duidelijk; er is tenslotte sprake van een wederzijds inhoudelijk en financieel belang om de organisatie van functies als beoordelingsfuncties en vervoer van personen met verward gedrag gezamenlijk op te pakken. Dat vraagt om spelregels vooraf. Zo wordt voorkomen dat er achteraf een conflict ontstaat over de vraag wie de kosten van de organisatie en de inzet van zorg moet dragen.

Vorbereidingen

Vragen die partijen samen moeten beantwoorden voordat afspraken gemaakt worden over de financiën:

1. Als we een beoordelingsfunctie willen inrichten, delen we dan de krachtige uitgangspunten die de impact-analyse uit deel 2 van deze handreiking heeft opgeleverd?
2. Hoe geeft iedere financier vorm aan de bekostiging, zodat deze het beste past bij de gezamenlijke uitgangspunten die geformuleerd zijn?
3. Geeft de vorm van bekostiging aanleiding om een gezamenlijk inkoopkader te formuleren? Of de inkoopkaders van gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor af te stemmen?

Bekostiging en contractering

Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en aanbieders werken samen aan een effectieve lokale infrastructuur. Om ervoor te zorgen dat deze ontwikkeling een impuls krijgt en duurzaam wordt voortgezet, is het belangrijk dat de prikkels bij deze partijen op een juiste manier zijn verdeeld. Daarbij ligt het voor de hand dat financiers zelf afstemmen met hun eigen financiële ketenpartners.

Samenvattend advies:

- We adviseren de financiers om samen afspraken te maken over bekostiging en financiering van de beoordelingsfunctie vanuit de wettelijke kaders van de Wmo2015, Jeugdwet, Zvw en Wlz.



- We adviseren de afspraken in regionaal verband vorm te geven (gemeenten en zorginkopers van zorgverzekeraars en zorgkantoren). Er zijn in Nederland verschillende regionale samenwerkingsregio's waarbij partijen kunnen aansluiten. Het advies is om te kiezen voor een bestaande, logische regio-indeling van samenwerkingsverbanden, zoals bijvoorbeeld die van GGD/ ambulancezorg, ROAZ en acute GGZ-regio's of samenwerkende gemeenten.
- We adviseren de inkopers van de zorgverzekeraars, de gemeenten en het zorgkantoor om de condities en randvoorwaarden vanuit de eigen inkoopkaders vast te leggen in een collectief afsprakenkader dat gezamenlijk wordt opgesteld en bevestigd. De gemeenten en de zorgverzekeraars bepalen samen welke condities geborgd moeten worden in het collectief afsprakenkader. Er is ruimte om dit collectief afsprakenkader ook te vertalen naar gezamenlijke bekostigingsmodellen en/of afrekenmethodieken. In ieder geval staat in het kader:
 - waar de beoordelingsfunctie wordt gepositioneerd, net zoals de spreiding van de functies in de regio;
 - hoe de 24/7 beschikbaarheid van de beoordelingsfunctie wordt gefinancierd;
 - hoe de opvang van personen, die na beoordeling niet onder de verantwoordelijkheidstoedeling van de Zvw vallen, georganiseerd en gefinancierd wordt: door de gemeenten in de vorm van een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening in de Wmo of door middel van voorzieningen van de Wlz;
 - dat zorgverzekeraars afstemmen met gemeenten en andere ketenfinanciers bij het inkopen en contracteren van de partij die de beoordelingsfunctie vormgeeft;
 - gemeenten de benodigde beschikbaarheid van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen afstemmen met de zorgverzekeraars.

Afrekening op basis van de wettelijke kaders

Bovenstaande paragraaf leidt tot het volgende voorstel tot afrekening: gemeenten en zorgverzekeraars maken ieder een eigen inkoopkader op basis van een collectief afsprakenkader. Ze kopen

zorg en ondersteuning in bij de zorgaanbieder(s) dat afgerekend wordt op basis van daadwerkelijk verbruik. Op cliëntniveau wordt telkens met behulp van een afwegingskader vastgesteld onder welk wettelijk kader verleende zorg of ondersteuning geleverd is. Op basis hiervan vindt financiering plaats vanuit de Wmo2015, de Wlz of vanuit de Zvw. Partijen richten dit in op een manier die zo min mogelijk administratieve lasten met zich mee brengt.

Het schema op pagina 11 in deze handreiking kan dienen om te komen tot een afwegingskader voor de kostentoedeling.

Zorgaanbieders bespreken samen met beide financiers (gemeenten en zorgverzekeraar/ zorgkantoor) de afbakeningsvraagstukken per casus. Registratie en verantwoording op trajectniveau wordt vormgegeven vanuit de wettelijke kaders van de Wmo2015, Zvw en Wlz.

Samenvattend advies

- Bekrachtig het gekozen scenario en gemaakte afspraken door het ondertekenen van een overeenkomst tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgaanbieder(s). Neem in de overeenkomst ook afspraken op over:
 - verantwoordelijkheden van iedere betrokken partij;
 - het vervoer naar en van de beoordelingsfunctie en de bekostiging daarvan;
 - de manier van registratie ten behoeve van verantwoording die overeenkomt met de reeds noodzakelijke registratie binnen de Zvw, Wmo;
 - de monitoring van instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten;
 - het vormgeven van een gezamenlijke evaluatie van het gebruik en de maatschappelijke waarde van de voorziening;
 - de minimale duur van beschikbaarheid en/of instandhouding van de beoordelingsfunctie (tijdelijkheid);
 - de verdeling van de (overige) kosten tussen partijen en de manier van afrekening.

Bijlagen

Bijlage 1

Definities

Personen met verward gedrag (definitie Schakelteam)

Mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen.

Personen met het vermoeden van een acute psychiatrische stoornis

Personen met kenmerken van verwardheid en/of suïcidaliteit.

Acute GGZ

Hulpverlening voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek) waarbij hulpverlening binnen 24 uur nodig is.

Verwijzer

Degene die de persoon in crisis aanmeldt bij de acuut psychiatrische hulpverlening. Veelvoorkomende verwijzers zijn de huisarts/HAP, de politie, de persoon zelf en zijn naaste.

Triage/beoordeling/diagnostiek

De termen triage, beoordeling en diagnostiek worden verschillend gebruikt, vaak om hetzelfde aan te duiden. We sluiten in dit document aan bij het gebruik in de generieke module acute psychiatrie en de triagewijzer.

Triage GGZ

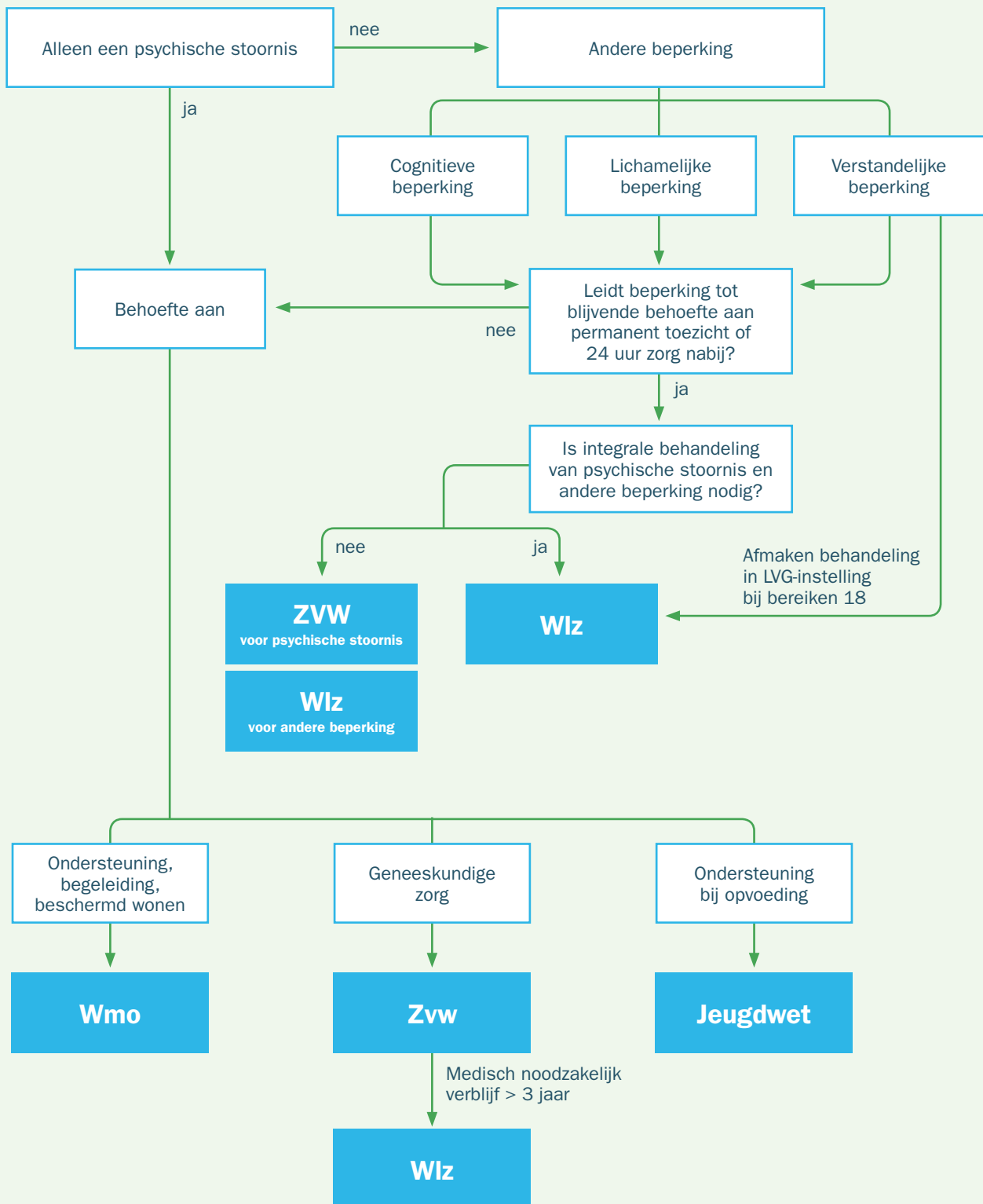
Het maken van een inschatting van de urgentie van de crisis op basis van kenmerken van de persoon en de omgeving. De urgentie bepaalt de wachttijd op de hulpverlening en welke hulpverlener(s) worden ingeschakeld. We verwijzen hier naar de triagewijzer van de generieke module acute GGZ.

Beoordeling GGZ

Als er na de triage nog steeds een vermoeden van acute psychiatrische problematiek bestaat, vindt er een beoordeling plaats. De beoordeling heeft als doel: het stellen van een werkdiagnose en het vaststellen van een behandelbeleid. Na de beoordeling kan de behandeling starten.

Bijlage 2

Stroomschema





Vereniging van
Nederlandse Gemeenten



GGZNEDERLAND