

RAPPORTAGE

Onderzoek Wlz-behandeling in de GGZ

significant.

Significant
Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl



Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Barneveld, 30 november 2018

Referentie: LvdC/wvdb/000769

Auteurs: Lieke van de Camp, Jitske Nijhuis, Irene Mulder en Patrick Tazelaar

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Achtergrond en aanleiding	4
1.1 Definities	4
1.2 Wetsvoorstel Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis	5
1.3 Positionering van behandeling in de Wlz	6
1.4 Aanpak van het onderzoek	7
1.5 Leeswijzer	9
2. De uitvoeringspraktijk in beeld	10
2.1 De specifieke Wlz-behandeling	12
2.2 De algemeen medische zorg	18
Aanbieders van beschermd wonen	19
Geïntegreerde GGZ-instellingen	25
3. Uitvoeringsconsequenties	30
3.1 Noot vooraf	30
3.2 Vier mogelijke toekomstige uitvoeringsvarianten	31
3.3 Algemene uitvoeringsconsequenties	36
3.4 Uitvoeringsconsequenties per uitvoeringsvariant	38
4. Reflectie	48
A. Respondenten	50

Voorwoord

01 Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van behandeling bij institutionele zorg¹ in de GGZ. Met dit onderzoek brengen wij praktijkvariatie en mogelijke uitvoeringsconsequenties, van het wetsvoorstel om cliënten met een psychische stoornis toegang te bieden tot de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) en het advies van het Zorginstituut over de positionering van behandeling, in beeld. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben wij dit onderzoek uitgevoerd in de periode van juli tot en met november 2018.

02 Het betrekken van verschillende invalshoeken zou niet gelukt zijn zonder de grote betrokkenheid van stakeholders met daarin vertegenwoordigers van verschillende partijen. Wij willen de stakeholders bedanken voor hun inbreng en prettige samenwerking. Daarnaast willen wij alle respondenten van dit onderzoek, die mee hebben gewerkt aan interviews en/of werkbezoeken, bedanken. Zonder de zorgaanbieders die bereid waren om ons te woord te staan, was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Tot slot bedanken

wij onze opdrachtgever voor de informatieverstrekking en samenwerking gedurende het onderzoek.

03 Dit rapport dient onder meer als doel om de discussie over de implementatie van het wetsvoorstel en het aanvullend advies zorgvuldig te kunnen voeren. Wij hopen dat aanbieders een goed beeld krijgen van het palet aan keuzes dat beschikbaar is voor het inrichten van de Wlz-behandelfunctie.

¹ Institutionele zorg betreft de zorg binnen instellingen met verblijf.

1. Achtergrond en aanleiding

⁰⁴ In dit hoofdstuk beschrijven wij de achtergrond en de aanleiding van het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van behandeling in de GGZ. Wij starten met het definiëren van de, in dit onderzoek, relevante begrippen. In paragraaf 1.2 en paragraaf 1.3 beschrijven wij de tweeledige aanleiding: het voorbereide wetsvoorstel om cliënten met een psychische stoornis toegang te bieden tot de Wlz en het advies van het Zorginstituut over positionering van behandeling.

1.1 Definities

⁰⁵ Wij starten dit hoofdstuk met de definities van de in dit rapport relevante begrippen.

⁰⁶ **Doelgroep.** Dit onderzoek richt zich op de doelgroep die op basis van de grondslag psychische stoornis naar verwachting toegang krijgt tot de Wlz. Bureau HHM² definieert deze doelgroep als: *mensen met een psychische stoornis, die vanwege die psychische stoornis (en eventueel een combinatie met andere aandoeningen, beperkingen of handicaps) blijvend behoefte hebben aan permanent*

² GGZ-cliënten in de Wlz, 19 mei 2017, HHM.

toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Deze zorg wordt momenteel vanuit verschillende domeinen geleverd:

- Wmo: Beschermd wonen (beschikking Beschermd wonen of overgangsrecht op basis van een GGZ-C-indicatie) en Maatschappelijke Opvang. Inschatting van HHM is dat 25% van deze doelgroep (+/- 6.500 cliënten) toegang tot de Wlz krijgt;
- Zvw: DBC 1e jaar verblijf, GGZ-B 2e en 3e jaar verblijf. Inschatting van HHM is dat 8% van deze doelgroep (+/- 750 cliënten) toegang tot de Wlz krijgt;
- Wlz: voortgezet verblijf, GGZ-B-indicatie. Inschatting van Bureau HHM is dat 38% van deze doelgroep (+/- 2.250 cliënten) toegang tot de Wlz gaat krijgen;

⁰⁷ **De specifieke Wlz-behandeling.** De overgang naar de Wlz voor deze doelgroep maakt dat de term 'specifieke Wlz-behandeling' aan de orde is. De specifieke Wlz-behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde³. Met specifieke Wlz-behandeling doelen wij in deze context op de ambulante (specialistische) GGZ-behandeling.

³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/b/behandeling-wlz>.

08 **Algemeen medische zorg.** Onder algemeen medische zorg vallen generieke geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg.

1.2 Wetsvoorstel Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis

09 Een wetsvoorstel is voorbereid met als doel om cliënten met een psychische stoornis op zorginhoudelijke gronden toegang te bieden tot de Wlz op het moment dat zij zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid (hierna: het wetsvoorstel). Door het toevoegen van psychische stoornis als grondslag aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz kunnen mensen met een psychische stoornis in meer gevallen dan nu een beroep doen op zorg uit de Wlz⁴. Momenteel is toegang tot de Wlz beperkt tot cliënten met een psychische stoornis die na drie jaar behandeling met verblijf op grond van het basispakket in de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) behoefte hebben aan voortzetting van deze zorg (ook wel: voortgezet verblijf). De huidige

⁴Concept Memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis (25-06-2018, t.b.v. internetconsultatie)

indicatiestelling voor de Wlz (door het CIZ) laat de psychische problematiek buiten beschouwing.

10 Het doel van het wetsvoorstel is om mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-toegangscriteria niet anders te behandelen dan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke beperking of mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening. Het voorliggende wetsvoorstel gaat uit van een Wlz-indicatie waarbij de specifieke Wlz-behandeling tot de aanspraak in de Wlz behoort. Of de algemeen medische zorg ook onderdeel is van de behandeling binnen de Wlz is afhankelijk van afspraken tussen het zorgkantoor en de instelling (zie paragraaf 1.2).

Een voorbeeld: cliënten met een licht verstandelijke handicap en een psychische stoornis komen in de huidige situatie vaak niet voor de Wlz in aanmerking. Op basis van enkel de grondslag verstandelijke beperking voldoet de cliënt niet aan de criteria om een Wlz-indicatie te ontvangen. Indien de psychische stoornis wél meegewogen zou worden bij het verkrijgen van een Wlz-indicatie, krijgt een nieuwe groep cliënten mogelijk toegang tot de Wlz.

11 Bureau HHM onderzocht de omvang van de doelgroep van het wetsvoorstel. Dit onderzoek concludeert dat een aanzienlijk deel (ongeveer 30% van de huidige GGZ-cliënten die in een instelling

verblijven) in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie wanneer psychische stoornis als grondslag wordt toegevoegd⁵. Zorginstellingen zijn binnen de Wlz verantwoordelijk voor het bieden van de specifieke Wlz-behandeling, naast verblijf, begeleiding, verzorging en verpleging. Voor veel aanbieders brengt dit nieuwe verantwoordelijkheden met zich mee.

1.3 Positionering van behandeling in de Wlz

¹² Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) heeft een advies uitgebracht over de positionering van behandeling en algemeen medische zorg in de Wlz⁶ (vanaf hier: het advies). Dit advies schreef het Zorginstituut in de eerste instantie voor de huidige Wlz-doelgroep. Bij deze doelgroep bestaat vanuit historie een verschil tussen cliënten die in een instelling verblijven waarbij de algemeen medische zorg niet vanuit de Wlz wordt geleverd en de algemeen medische zorg wel binnen de Wlz geleverd wordt.

⁵ GGZ-cliënten in de Wlz, 19 mei 2017, HHM.

⁶ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

¹³ De verschillen in verzekerde behandeling bij instellingszorg voor huidige Wlz-cliënten leiden volgens het Zorginstituut tot onduidelijkheid, afbakeningsproblemen tussen Wlz-specifieke en de algemeen medische zorg en rechtsongelijkheid. Het Zorginstituut concludeert in haar advies dat het verschil in aanspraak op algemeen medische zorg inhoudelijk niet uit te leggen is. De kernboodschap van het advies is om verzekerde pakketten bij institutionele zorg te harmoniseren. Uitgangspunt is dat verzekerden bij institutionele zorg een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz. De generieke geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg zijn onderdeel van het integraal pakket. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft is verantwoordelijk voor het organiseren van deze integrale zorg⁷. Positionering van de behandeling in de Wlz geeft volgens het Zorginstituut de beste mogelijkheden om integrale, interdisciplinaire zorg te bieden.

⁷ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

“Alle behandeling en aanvullende zorgvormen voor Wlz-cliënten die in een instelling verblijven of in een geclusterde VPT-setting, moeten ten laste van de Wlz komen. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft is verantwoordelijk voor het leveren van integrale zorg.” (Zorginstituut Nederland (30 juni 2017) - Advies ‘Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten’).

¹⁴ Het wetsvoorstel regelt de toegang van cliënten met GGZ-problematiek tot de Wlz. Het Zorginstituut adviseert om het advies over de positionering van behandeling ook van toepassing te laten zijn op cliënten die op basis van een psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz⁸. Voor zorgaanbieders betekent de harmonisering dat zij verantwoordelijk worden voor het bieden van het gehele integrale zorgpakket aan alle Wlz-cliënten.

⁸ Aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz. Zorginstituut Nederland, 5 maart 2018.

1.4 Aanpak van het onderzoek

1.4.1 Doelstelling

¹⁵ Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft Significant, naar aanleiding van het wetsvoorstel en het aanvullend advies van het Zorginstituut, gevraagd om de huidige uitvoeringspraktijk van behandeling van institutionele zorg⁹ in de GGZ inzichtelijk te maken. In dit onderzoek beschrijven wij de huidige uitvoeringspraktijk en de uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies van het Zorginstituut. Bij het in beeld brengen van de huidige praktijk is de vraag hoe en om welke reden zorgaanbieders de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg organiseren.

1.4.2 Reikwijdte

¹⁶ Onder de reikwijdte van dit onderzoek vallen zowel de uitvoeringspraktijk van GGZ-aanbieders met verblijfszorg en behandeling uit de Zvw of Wlz (afhankelijk van de duur van verblijf met onafgebroken behandeling) als de praktijk van aanbieders van beschermd wonen in de Wmo 2015. Voorliggend onderzoek richt zich

⁹ Institutionele zorg betreft de zorg binnen instellingen met verblijf.

niet op de vraag of het wetsvoorstel en het aanvullend advies aangenomen dienen te worden. Wij richten ons in dit onderzoek op de uitvoeringsconsequenties voor aanbieders op het moment dat het wetsvoorstel en het aanvullend advies aan worden genomen. Dit onderzoek dient als input voor de besluitvorming van VWS over het wetsvoorstel en het aanvullend pakketvoorstel.

1.4.3 Onderzoeksaanpak

17 De aanpak van dit onderzoek is op te delen in verschillende fasen. Figuur 1 geeft de onderzoeksopzet weer:



Figuur 1. Onderzoeksopzet

18 In de opstartfase voerden wij verkennende gesprekken met de opdrachtgever, GGZ Nederland, Federatie Opvang en de RIBW Alliantie. Ook voerden wij een startgesprek met de opdrachtgever om kennis en inzichten te delen die een rol spelen in het onderzoek en om gezamenlijk de onderzoeksaanpak aan te scherpen. Daarnaast organiseerden wij een eerste stakeholderbijeenkomst voor de betrokken brancheverenigingen. In deze bijeenkomst stemden wij de onderzoeksopzet met hen af.

19 Tijdens het breedteonderzoek interviewden wij 18 GGZ-instellingen en aanbieders van beschermd wonen (zie bijlage A voor een overzicht van deze aanbieders). Het doel van deze fase was om een beeld te krijgen van de huidige uitvoeringspraktijk (inclusief de variatie die hierin voorkomt) en om mogelijke uitvoeringsconsequenties te inventariseren. De interviews richtten zich specifiek op één of meerdere locaties waar de beoogde Wlz-doelgroep verblijft. Op basis van de steekproef van 18 aanbieders hebben wij de uitvoeringspraktijk en uitvoeringsconsequenties kwalitatief kunnen beschrijven. Omdat we zien dat de visie van deze aanbieders dermate van elkaar verschilt en de uitvoeringsconsequenties voor een groot deel door de visie van een aanbieder wordt ingegeven, doen wij in dit onderzoek geen kwantitatieve uitspraken over hoe vaak een uitvoeringsconsequentie voor komt. Dat valt buiten de scope van dit onderzoek.

20 Tijdens het diepteonderzoek voerden wij zes werkbezoeken uit. Op basis van het breedteonderzoek selecteerden wij een aantal verschillende aanbieders voor een werkbezoek. Wij hebben deze werkbezoeken gebracht aan GGZ-instellingen die zowel behandeling als verblijf bieden (vanaf hier: geïntegreerde GGZ-instellingen) en aanbieders van beschermd wonen. Tijdens de werkbezoeken ontvingen wij diepgaandere informatie over de uitvoeringsvarianten en uitvoeringsconsequenties. Wij analyseerden de verkregen

informatie uit de interviews en werkbezoeken. De resultaten van de analyse legden wij voor aan een focusgroep met de bij dit onderzoek betrokken aanbieders en in de tweede stakeholdersbijeenkomst waar de brancheverenigingen bij aanwezig waren.

21 Voorliggende rapportage is het resultaat van dit onderzoek. In deze rapportage beschrijven wij de (variatie in de) huidige uitvoeringspraktijk en uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en advies van het Zorginstituut (voor cliënten, aanbieders en behandelaren). Verschillen tussen GGZ-instellingen (in de Zvw en Wlz) en beschermd wonen aanbieders (in de Wmo 2015) komen hierin naar voren.

1.5 Leeswijzer

22 In deze rapportage beschrijven wij: de huidige uitvoeringspraktijk, de mogelijke veranderingen naar aanleiding van het advies en de uitvoeringsconsequenties voor de GGZ-instellingen en aanbieders van beschermd wonen.

23 In hoofdstuk 1 van dit rapport behandelen wij de achtergrond, aanleiding en aanpak van ons onderzoek. De huidige uitvoeringspraktijk van de verschillende behandelvormen beschrijven wij in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 beschrijft de uitvoeringsvarianten en

de algemene - en specifieke uitvoeringsconsequenties. Tot slot geven wij in hoofdstuk 4 een reflectie op dit onderzoek.

2. De uitvoeringspraktijk in beeld

²⁴ In dit hoofdstuk beschrijven wij de diversiteit van de huidige uitvoeringspraktijk. Wij zien dat de respondenten verschillende keuzes maken in de organisatie van de specifieke Wlz-behandeling en de vijf algemeen, medische zorgvormen. Wij zien variatie tussen aanbieders, maar ook tussen verschillende locaties van één aanbieder. In paragraaf 2.1 beschrijven we de (variatie in de) uitvoeringspraktijk van de specifieke Wlz-behandeling. Paragraaf 2.2. beschrijft de (variatie in de) uitvoeringspraktijk van de algemeen medische zorg.

²⁵ In dit hoofdstuk maken wij onderscheid tussen twee 'typen' aanbieders:

1. Aanbieders van beschermd wonen

Deze aanbieders bieden verblijf aan diverse groepen cliënten. In ons rapport richten wij ons op de doelgroep met psychische problematiek die verblijft bij een beschermd wonen aanbieder. Deze groep cliënten ontvangt (gestructureerd) beschermd wonen met intensieve begeleiding en/of verpleging en verzorging. Als behandeling

nodig is, wordt deze ambulant geleverd door een GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk. Wonen en behandeling is bij deze aanbieders gescheiden. Deze cliënten verblijven nu met een Wmo-indicatie bij de aanbieder voor beschermd wonen of met een Wlz-indicatie op basis van bijvoorbeeld de grondslag verstandelijk handicap.

2. Geïntegreerde GGZ-instellingen

Deze instellingen bieden verblijf en behandeling aan cliënten met psychische problematiek. In ons rapport richten wij ons op de groep die verblijf en behandeling ontvangt (vanuit de Zvw en voortgezet verblijf (Wlz) van een instelling. Een deel van deze cliënten ontvangt in de huidige situatie verblijf en behandeling uit de Zvw. Deze cliënten komen bij de inwerkingtreding van de wet in 2021 mogelijk tijdens het eerste, tweede of derde jaar van het verblijf (vervroegd) in aanmerking voor toegang tot de Wlz. Dit in tegenstelling tot de huidige toegang tot de Wlz die na drie jaar 'standaard' aan de orde is middels voortgezet verblijf. Daarnaast komt straks een deel van de cliënten in voortgezet verblijf, op basis van een psychische stoornis in aanmerking voor een Wlz-indicatie.

Geïntegreerde GGZ-instellingen beschikken, naast de klinische behandelsettings, vaak ook over beschermd wonen locaties. Hier verblijven cliënten op basis van een Wmo-indicatie of een Wlz-indicatie op basis van bijvoorbeeld de grondslag verstandelijk handicap. Wonen en behandeling is in deze locaties gescheiden: als het nodig is ontvangt een cliënt ambulante behandeling vanuit de GGZ-instelling.

²⁶ Beschermd wonen is een product dat zowel door aanbieders van beschermd wonen als door geïntegreerde GGZ-instellingen wordt geleverd. In de huidige uitvoeringspraktijk zien wij weinig onderscheid tussen de wijze waarop de Wlz-specifieke behandeling bij beschermd wonen door geïntegreerde GGZ-instellingen en aanbieders van beschermd wonen wordt georganiseerd. Het maakt voor de inhoud van het product beschermd wonen weinig verschil of dit product wordt aangeboden door een geïntegreerde GGZ-instelling of een aanbieder van beschermd wonen.

²⁷ Wij kiezen ervoor om de uitvoeringspraktijk van de beschermd wonen locaties van een geïntegreerde GGZ-aanbieder niet apart te beschrijven, maar op te nemen onder de uitvoeringspraktijk van aanbieders van beschermd wonen. Wanneer wij in dit hoofdstuk spreken over de geïntegreerde GGZ-instellingen, bedoelen wij

daarmee de uitvoeringspraktijk die geldt bij de klinische behandelsetting van deze instellingen.

²⁸ **Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties** (vanaf hier: VVT-instellingen). In dit onderzoek hebben wij met een derde groep instellingen gesproken. Dit zijn de VVT-instellingen. Deze instellingen leveren verpleging, verzorging en thuiszorg. Deze instellingen bedienen voornamelijk cliënten die op basis van een Wlz-indicatie verblijven. Deze instellingen en cliënten zijn in het eerdere onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling¹⁰ meegenomen en zijn daarmee niet de doelgroep waar dit onderzoek zich op richt. Een aantal van deze instellingen bedient op dit moment cliënten met een Wmo-indicatie die op basis van de psychische problematiek mogelijk toegang krijgen tot de Wlz.

²⁹ De VVT-instellingen die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken, geven aan dat het verblijf, begeleiding en behandeling van deze doelgroep een specifieke expertise is. Het gaat om een doelgroep die kampt met een combinatie van somatische problematiek en psychische problematiek. Over het algemeen zien wij dat de uitvoeringspraktijk en uitvoeringsconsequenties voor de VVT-instellingen in lijn zijn met de

¹⁰ Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling, Significant, 13 april 2018

resultaten van het eerdere onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling. Daarom hebben wij ervoor gekozen de uitvoeringspraktijk en uitvoeringsconsequenties voor deze instellingen niet nogmaals in deze rapportage te beschrijven. Daar waar wij zien dat de uitvoeringspraktijk en uitvoeringsconsequenties afwijken, benoemen wij deze punten in de samenvattende paragrafen bij elk hoofdstuk.

2.1 De specifieke Wlz-behandeling

³⁰ **Onder de specifieke Wlz-behandeling valt, voor de GGZ-doelgroep, de (gespecialiseerde) GGZ-behandeling.** Deze behandeling wordt verzorgd door GGZ-instellingen of vrijevestigden. De ziektebeelden en de doelgroep zijn divers. De specifieke Wlz-behandeling kan betrekking hebben op behandeling van schizofrenie, autisme, een psychiatrische stoornis, en/of combinaties van ziektes/syndromen als Huntington, Korsakov of gerontopsychiatrische problematiek, LVB en/of verslaving.

³¹ Diverse professionals zijn betrokken bij deze behandeling. Te denken valt aan een psychiater, (gezondheidszorg of klinisch) psycholoog, een (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist. De professionals zijn grotendeels bij de instellingen in dienst of, met de huidige krappe arbeidsmarkt, via een

interim of zzp-constructie aan de instelling verbonden. Het gaat om klinische behandeling, ambulante behandeling (FACT en crisiszorg (Intensive Home Treatment of crisisopname).

³² De psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog mogen optreden als regiebehandelaar en zijn daarmee eindverantwoordelijke voor de behandeling. Binnen instellingen mogen ook de gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater en de verpleegkundig specialist GGZ optreden als regiebehandelaar.

³³ **Wij zien dat de specifieke Wlz-behandeling op dit moment op twee manieren wordt ingevuld:**

- a. **Beschermd wonen aanbieders (Wmo):** aanbieders hebben de Specifieke Wlz-behandeling belegd bij een ketenpartner en voeren deze behandeling niet zelf uit;
- b. **GGZ-aanbieders (Zvw en Wlz - voortgezet verblijf):** zorgaanbieders voeren de Specifieke Wlz-behandeling van cliënten zelf uit, hiervoor hebben zij professionals aan zich verbonden.

2.1.1 Aanbieders van beschermd wonen: aanbieder belegt specifieke Wlz-behandeling in de keten

³⁴ **Aanbieders van beschermd wonen beleggen de Specifieke Wlz-behandeling voor de cliënten met behandelbare psychische problematiek bij een GGZ-instelling.** Aanbieders van beschermd wonen bieden wonen, ondersteuning en begeleiding. Deze aanbieders bieden (in de meeste gevallen) individuele begeleiding, groepsbegeleiding of dagbesteding aan vanuit de Wmo. Het wonen is, vanuit historie en vanuit visie, door veel aanbieders van beschermd wonen bewust gescheiden van de behandeling. Deze groep aanbieders richten zich op het herstel van cliënten en stimuleren de zelfredzaamheid en 'meedoen' in de maatschappij.

³⁵ Wanneer een cliënt (specialistische) specifieke Wlz-behandeling nodig heeft, ondersteunt de aanbieder voor beschermd wonen of de huisarts de cliënt in het zoeken naar een passende behandelaar. In de praktijk zien wij dat aanbieders van beschermd wonen de specifieke Wlz-behandeling vaak beleggen bij één of enkele GGZ-instellingen in de regio. Deze GGZ-instellingen vervullen vaak een regionale functie in het bieden van diverse (gespecialiseerde) ambulante specifieke Wlz-behandelingen. De organisatie van de specifieke Wlz-behandeling verschilt per locatie en is afhankelijk van

de intensiteit van de benodigde zorg voor de doelgroep die bij een locatie verblijft.

³⁶ De mate waarin afspraken zijn gemaakt tussen de aanbieder en GGZ-instellingen die de behandeling leveren verschilt. In de praktijk zien wij twee varianten:

- **Meerderheid: Aanbieders hebben overkoepelende afspraken met aanbieders van de specifieke Wlz-behandeling waar ze frequent mee samenwerken;**
- **Ook: Aanbieders hebben afspraken met GGZ-aanbieders over de behandeling op cliëntniveau.** Wanneer een cliënt behoefte heeft aan behandeling, ondersteunt de aanbieder van beschermd wonen de cliënt met het zoeken naar een passende GGZ-behandelaar.

Voorbeeld: een beschermd wonen aanbieder heeft een samenwerkingsovereenkomst gesloten met een belangrijke ketenpartner voor de GGZ-behandeling.

³⁷ **Cliënten verblijven voornamelijk op basis van een Wmo-indicatie bij aanbieders van beschermd wonen.** Andere mogelijkheden zijn een Wlz-indicatie (op basis van somatiek of verstandelijke handicap) of op basis van een strafrechtelijke titel. In dat laatste geval financiert het ministerie van Justitie en Veiligheid. De GGZ-behandeling voor cliënten die op basis van een Wmo-indicatie verblijven wordt vanuit de Zvw gefinancierd. De ketenpartner die de behandeling uitvoert opent een DBC in de Zvw en declareert via deze weg de behandeling. De aanbieder voor beschermd wonen is niet betrokken bij de financiële afhandeling van de specifieke Wlz-behandeling. De specifieke Wlz-behandeling die cliënten die op basis van een Wlz-indicatie ontvangen, kan vanuit de Wlz (er is een orthopedagoog of psycholoog in dienst) worden gefinancierd. Deze cliënten hebben op basis van de grondslag VG toegang gekregen tot de Wlz. In het geval van de specialistische GGZ, wordt de behandeling van deze cliënten over het algemeen uit de Zvw gefinancierd.

2.1.2 Geïntegreerde GGZ-instellingen bieden verblijf en behandeling: aanbieder biedt de Wlz-specifieke behandeling grotendeels vanuit eigen organisatie aan

³⁸ **De cliënten die bij geïntegreerde GGZ-instellingen verblijven ontvangen verblijf en behandeling vanuit één instelling.** Voor de

cliënten die klinisch worden behandeld bij een GGZ-instelling is het team van behandelaren beschikbaar. De geïntegreerde GGZ-instellingen bieden de meeste (specialistische) behandelingen aan. Het gaat hier om geplande en ongeplande (crisis)zorg. Voor specifieke en minder vaak voorkomende behandelingen, zoals behandeling bij eetstoornissen of electroconvulsietherapie verwijzen deze instellingen cliënten door naar een gespecialiseerde behandelaar of (de psychiatrische afdeling van) het ziekenhuis. Deze GGZ-instellingen bieden ook de specifieke Wlz-behandeling aan cliënten die bij aanbieders van beschermd wonen (in de regio) verblijven, of zelfstandig wonen.

³⁹ Geïntegreerde GGZ-instellingen beschikken vaak over een aantal beschermd wonen locaties. De GGZ-instelling levert in dat geval ambulante behandeling bij de beschermd wonen locatie. De vorm waarin de behandeling wordt geleverd verschilt niet van beschermd wonen locaties van andere aanbieders: de cliënt verblijft bij de zorginstelling op basis van de Wmo, de behandeling wordt gefinancierd vanuit de Zvw. Het team van behandelaren van de GGZ-instelling biedt ook de specifieke Wlz-behandeling aan deze cliënten.

⁴⁰ **Cliënten verblijven op basis van Zvw - en Wlz financiering bij de geïntegreerde GGZ-instellingen.** De cliënt ontvangt verblijf en

behandeling van de GGZ-instelling uit de Zvw. In het eerste jaar van verblijf en behandeling wordt hier in de Zvw een DBC voor geopend. Vanaf het tweede jaar van onafgebroken specifieke Wlz-behandeling met verblijf komt de cliënt in aanmerking voor een ZZP-GGZ verblijf met behandeling in de Zvw (de langdurige GGZ). Na drie jaar onafgebroken specifieke Wlz-behandeling met verblijf wordt de zorg voortgezet vanuit de Wlz. De cliënt ontvangt verblijf en behandeling die onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Deze groep cliënten stroomt vanaf het vierde jaar middels voortgezet verblijf door naar de Wlz. Bureau HHM schat in dat ongeveer 38% van deze groep met de nieuwe wetgeving nog steeds voor de Wlz in aanmerking komt.¹¹

⁴¹ Het gros van de cliënten stroomt echter binnen een jaar van verblijf en behandeling bij een GGZ-instelling weer uit. HHM schat in dat ongeveer 8% van de huidige Zvw-clieuten die bij een GGZ-instelling verblijft in aanmerking komt voor de Wlz.¹²

⁴² In ons onderzoek richten wij ons op de volgende doelgroep; cliënten die vanuit de Zvw en Wlz (voortgezet verblijf) bij een GGZ-aanbieder verblijf en behandeling ontvangen. Wij spreken dan over een specifieke Wlz-behandeling waarbij een klinische opname

¹¹ GGZ-clieuten in de Wlz, HHM, 19 mei 2017.




¹² GGZ-clieuten in de Wlz, HHM, 19 mei 2017.

noodzakelijk is. Bij de geïntegreerde GGZ-instellingen verblijven vaak ook cliënten met een Wlz-indicatie, op basis van grondslag verstandelijke handicap of somatiek.

⁴³ **Samenvattend.** De tabel op de volgende pagina vat de uitvoeringspraktijk rondom de specifieke Wlz-behandeling voor aanbieders van beschermd wonen en de GGZ-instellingen samen vanuit het perspectief van de cliënt, de behandelaar en de aanbieder.

⁴⁴ Wij zien dat VVT-instellingen de specifieke Wlz-behandeling voor de cliënten die op basis van een Wmo-indicatie bij hen verblijven op soortgelijke wijze als de beschermd wonen instellingen organiseren. Zij hebben de GGZ-behandeling voornamelijk belegd bij een geïntegreerde GGZ-aanbieder. Op het moment dat de cliënten met een Wmo-indicatie op basis van een psychische stoornis toegang tot de Wlz krijgen, ziet de specifieke Wlz-behandeling op de behandeling van de psychische problematiek. Dit in tegenstelling tot cliënten die op basis van een somatische grondslag toegang tot de Wlz krijgen. De specifieke Wlz-behandeling bij deze cliënten ziet op de behandeling van de somatische problematiek. VVT-instellingen bedienen voornamelijk een doelgroep die verblijft op basis van een Wlz-indicatie. Wij zien dat VVT-instellingen verschillende behandelaren in dienst hebben die middels een contract aan de instelling zijn verbonden. Het gaat bijvoorbeeld om een Specialist

Ouderengeneeskunde (SO) en een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV). In de praktijk komt het voor dat deze professionals meedenken met de begeleiders van de Wmo-cliënten over de begeleiding en behandeling.

Specifieke Wlz-behandeling	 Cliënt 	 Behandelaar 	 Aanbieder
Aanbieders van beschermd wonen	<p>Aanbieders van beschermd wonen: Cliënt ontvangt verblijf en begeleiding van de aanbieder van beschermd wonen, de ambulante specifieke Wlz-behandeling ontvangt de cliënt van een GGZ-aanbieder uit de keten.</p> <p>Beschermd wonen locaties van een geïntegreerde GGZ-aanbieder: Cliënt ontvangt ambulante behandeling van de geïntegreerde GGZ-aanbieder.</p>	<p>Aanbieders van beschermd wonen: De professionals betrokken bij de specifieke Wlz-behandeling zijn verbonden aan een ketenpartner en niet in dienst van de beschermd wonen aanbieder waar de client verblijft.</p> <p>Beschermd wonen locaties van een geïntegreerde GGZ-aanbieder: Professionals betrokken bij de behandeling zijn in dienst van de GGZ-instelling of hier middels een contractvorm aan verbonden. Zij zijn werkzaam bij een ambulante team en daarmee niet direct verbonden aan één beschermd wonen locatie.</p>	<p>Aanbieders van beschermd wonen: De aanbieder biedt geen gecombineerde behandeling en verblijf. De specifieke Wlz-behandeling is belegd bij een ketenpartner:</p> <p>1) Meerderheid: De aanbieder maakt op cliëntniveau afspraken over de specifieke Wlz-behandeling.</p> <p>2) Ook: De aanbieder van beschermd wonen heeft overkoepelende samenwerkingsafspraken met één of meerdere aanbieders van specifieke Wlz-behandeling.</p> <p>Beschermd wonen locaties van een geïntegreerde GGZ-aanbieder: De instelling biedt zelf specifieke Wlz-behandeling. Wonen en verblijf is gescheiden.</p>
GGZ-aanbieders van verblijf en behandeling	<p>Cliënt ontvangt naast verblijf en begeleiding ook de specifieke Wlz-behandeling van de zorginstelling.</p>	<p>De professionals betrokken bij de specifieke Wlz-behandeling zijn in dienst bij de GGZ-instelling, of zijn hier middels een contractvorm aan verbonden.</p>	<p>De GGZ-aanbieder combineert behandeling en verblijf. Daarnaast biedt de GGZ-aanbieder ambulante de specifieke Wlz-behandeling voor cliënten die bij beschermd wonen aanbieders verblijven.</p> <p>De GGZ-aanbieder heeft professionals in dienst van de specifieke Wlz-behandeling of deze via interim posities of als zzp-er aan zich verbonden.</p>

2.2 De algemeen medische zorg

⁴⁵ In deze paragraaf beschrijven wij de uitvoeringsvarianten voor de vijf aanvullende zorg- en zorgvormen; generieke geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg. In de eerste plaats beschrijven wij beknopt deze aanvullende zorg- en behandelvormen. Vervolgens beschrijven wij de variatie die zichtbaar is bij de invulling van deze vijf aanvullende zorg- en behandelvormen voor de aanbieders van beschermd wonen en de geïntegreerde GGZ-aanbieders.

2.2.1 Aanvullende zorg- en behandelvormen: Generieke geneeskundige zorg

⁴⁶ De generieke geneeskundige zorg is de algemeen geneeskundige zorg. Bij deze doelgroep levert de huisarts deze zorg. De generieke geneeskundige zorg bestaat uit zowel preventieve taken als het bieden van zorg op gerichte vragen én geplande en ongeplande zorg. Voor zorg in de avond-, nacht- en weekenduren doen cliënten een beroep op de huisartsenpost of de spoedeisende hulp. Wanneer de cliënt specifieke Wlz-behandeling ontvangt, is de bij de generiek geneeskundige zorg betrokken arts geen hoofdbehandelaar, dit is de (klinisch of gz-)psycholoog of de psychiater. Dit in tegenstelling tot de situatie bij verpleging &

verzorging en de gehandicaptenzorg waar het advies in eerste instantie betrekking op heeft. Bij deze kan de huisarts hoofdbehandelaar blijven als de specialist ouderengeneeskunde of de Arts Verstandelijk Gehandicapten een cliënt behandelt.

2.2.2 Aanvullende zorg- en behandelvorm: Farmaceutische zorg

⁴⁷ Farmaceutische zorg omvat ten minste het verstrekken van medicatie voor cliënten. Deze zorg kan ook de taken beslaan die worden uitgevoerd door een apotheker en/of apothekersassistente. De apotheker vormt de schakel tussen: de voorschrijvend arts, de cliënt en de zorgaanbieder met betrekking tot farmaceutische zorg. Naast de geleverde medicatie kan de farmaceutische zorg bestaan uit de volgende taken, zoals ook beschreven in het rapport 'Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling'¹³:

- a. Functie als medebehandelaar;
- b. Verstrekking geneesmiddelen (terhandstelling);
- c. Werkvoorraadbeheer;
- d. Medicatiebewaking op verschillende niveaus, onder andere het opstellen van beleid.

¹³ Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling, Significant, 13 april 2018.

2.2.3 Aanvullende zorg- en behandelvorm: Paramedische zorg

Paramedische zorg zijn de behandelingen geleverd door fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten en logopedisten. Afhankelijk van de zorgbehoefte kan een cliënt een beroep doen op één van deze paramedici.

2.2.4 Aanvullende zorg- en behandelvorm: Hulpmiddelen

48 Bij hulpmiddelen hangt de uitvoeringspraktijk samen met het type hulpmiddel dat wordt verstrekt en het wettelijk kader waar de cliënt zorg uit ontvangt. Wij onderscheiden de volgende categorieën hulpmiddelen:

- a. Roerende voorzieningen/outillagehulpmiddelen: deze hulpmiddelen worden ingezet voor meerdere cliënten of zijn her te gebruiken en noodzakelijk voor het bieden van zorg. Voorbeelden zijn een tillift of een douchestoel;
- b. Persoonsgebonden hulpmiddelen: deze hulpmiddelen worden bij de zorgverlening gebruikt. Voorbeelden van persoonsgebonden hulpmiddelen zijn verbandmiddelen en incontinentiemateriaal;
- c. Mobiliteitshulpmiddelen: deze categorie hulpmiddelen omvat onder andere rollators, rolstoelen en scootmobielen.

2.2.5 Aanvullende zorg- en behandelvorm: Tandheelkundige zorg

49 Bij het verlenen van tandheelkundige zorg aan cliënten met GGZ-problematiek is voornamelijk de tandarts betrokken. De tandarts houdt zich bezig met controles en behandeling van cliënten. Tandheelkundige zorg is van belang voor deze doelgroep, onder andere bij cliënten met verslavingsproblematiek laat het gebit vaak te wensen over.

Aanbieders van beschermd wonen

2.2.6 Generieke geneeskundige zorg

50 In de praktijk zien wij de twee onderstaande varianten voor aanbieders van beschermd wonen. Onder de respondenten in dit onderzoek zien wij dat beide uitvoeringsvarianten ongeveer even frequent voorkomen.

- a. **Geen overkoepelende afspraken maar contact met huisartsen op cliëntniveau.** De cliënt kiest, eventueel met ondersteuning van de begeleiding op locatie, zijn/haar huisarts. In de praktijk zien wij dat het gros van de cliënten van één locatie bij één of twee huisartsenpraktijken ingeschreven zijn. De locatie van de huisartsenpraktijk speelt een rol bij de keuze voor de huisarts. Ook is sprake van 'mond-tot-mondreclame'.

De variant waarbij cliënten na verhuizing naar een aanbieder van beschermd wonen de eigen huisarts behouden is ook mogelijk.

Van verschillende aanbieders vernemen wij dat het soms lastig is om huisartsen te vinden die affiniteit met deze doelgroep met multiproblematiek (verslaving, psychiatrie, psychosociale problematiek) hebben. Deze doelgroep is niet voor alle huisartsen aantrekkelijk om te behandelen maar kan in de Zvw niet geweigerd worden. Binnen de Wlz is deze mogelijkheid er wel. Aanbieders geven aan zich zorgen te maken of er voldoende huisartsen zijn die deze doelgroep willen bedienen.

- b. **Overkoepelende afspraken met één of enkele reguliere huisartsen (in de wijk).** Soms hebben de verschillende locaties van een beschermd wonen aanbieder contact met één huisarts. Deze huisarts heeft vaak affiniteit met de doelgroep of zit op een praktische locatie ten opzichte van de zorgaanbieder. Wanneer cliënten bij een aanbieder van beschermd wonen komen ondersteunt de aanbieder de cliënten die geen huisarts hadden (voormalig dak- en thuislozen) met het inschrijven bij deze huisarts. Cliënten die al wel over een huisarts beschikten kunnen zich laten overschrijven naar de huisarts waar de aanbieder contacten mee heeft of kiezen ervoor om de eigen

huisarts te behouden. In sommige gevallen komt de huisarts die verbonden is aan de aanbieder met regelmaat langs op locatie. Sommige aanbieders van beschermd wonen hebben afspraken gemaakt met de POH-GGZ van de huisarts.

2.2.7 Farmaceutische zorg

⁵¹ In de praktijk zien wij twee uitvoeringsvarianten voor de organisatie van de farmaceutische zorg:

- a. **Meerderheid: Afspraken met één apotheek of meerdere (lokale) apotheken.** Het gaat om centrale afspraken tussen de aanbieder en één (ziekenhuis)apotheek of afspraken op lokaal niveau tussen locaties van beschermd wonen en reguliere apotheken. De cliënt wordt gestimuleerd om zich in te schrijven bij de apotheek waar afspraken mee zijn, zeker als de eigen regie van de cliënt beperkt is. Afspraken tussen aanbieder en apotheek hebben betrekking op het bezorgen van de medicatie op locaties van de aanbieders op vaste momenten en het gebaxterd aanleveren van medicatie (voor een deel van de cliënten) en het bezorgen van de medicatie op vaste momenten. De begeleiding op de locatie stimuleert de cliënten zo veel mogelijk om de medicatie zelfstandig op te halen (bij de

apotheek of bij het kantoor van de begeleiding op een locatie) en zelfstandig in te nemen.

b. Ook: Geen geformaliseerde afspraken met apotheken.

Vanuit de professionele verantwoordelijkheid van de apotheker wordt farmaceutische zorg geleverd zonder aanvullende afspraken. In dit geval zijn cliënten ingeschreven bij een apotheek naar keuze.

52 In beide varianten worden cliënten gestimuleerd om (waar mogelijk) zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Dit houdt in dat zij zelf medicatie ophalen of innemen. In de praktijk zien wij dat de meeste beschermd wonen aanbieders afspraken hebben met één of meerdere apotheken (variant a). Daarnaast zien wij dat de geïntegreerde GGZ-aanbieders de cliënten die bij de instelling beschermd wonen laten aansluiten bij de bestaande afspraken met de apotheek op het GGZ-terrein.

Voorbeeld: een beschermd wonen aanbieder heeft afspraken met een vaste lokale apotheek. Wanneer cliënten beperkt in staat zijn om regie te voeren, worden zij gestimuleerd om over te stappen naar deze apotheek die medicatie gebaxterd aanlevert. De betreffende apotheek verzorgt onder andere medicatietraining voor het personeel en beheert het actueel medicatieoverzicht.

2.2.8 Paramedische zorg

53 Wij zien bij beschermd wonen aanbieders één uitvoeringsvariant voor de paramedische zorg. Wanneer een cliënt paramedische zorg nodig heeft, schakelt de huisarts van de cliënt paramedici in. Het gaat voornamelijk om fysiotherapeuten en diëtisten en in mindere mate om logopedisten en ergotherapeuten. Indien de cliënt beperkt in staat is om regie te voeren dan helpen zorgaanbieders, bijvoorbeeld met het maken van een afspraak of door met de cliënt mee te gaan naar de afspraak.

54 De behandeling wordt vanuit de Zvw of door de cliënt zelf gefinancierd.

2.2.9 Hulpmiddelen

55 Aanbieders van beschermd wonen maken geen afspraken met verstrekkers van hulpmiddelen. Begeleiders op een locatie helpen de cliënt met de aanvraag van hulpmiddelen. In ons onderzoek komen geen (geformaliseerde) afspraken tussen beschermd wonen aanbieders en verstrekkers van hulpmiddelen naar voren.

56 Afhankelijk van het type hulpmiddel waar de cliënt aanspraak op doet, worden hulpmiddelen uit drie kaders gefinancierd.

2.2.10 Tandheelkundige zorg

Type hulpmiddel	Invulling
Roerende voorziening, outillagehulpmiddelen	Beschermd wonen instelling voorziet
Persoonsgebonden hulpmiddelen	Zvw
Mobiliteitshulpmiddelen	Wmo

57 In de praktijk zijn wij de onderstaande twee varianten:

- a. **Meerderheid: De aanbieder heeft geen afspraken met een tandarts, cliënten zijn bij een tandarts naar keuze ingeschreven.** Cliënten worden gestimuleerd zo zelfstandig mogelijk te handelen, zelf een tandarts te kiezen en deze te bezoeken. Eventueel kan één van de begeleiders met de cliënt mee naar de tandarts;
- b. **Ook: Aanbieder maakt afspraken met een tandarts.** Een mobiele unit komt naar een beschermd wonen locatie toe, of cliënten kunnen gebruikmaken van de tandarts die aan een geïntegreerde GGZ-instelling is verbonden.

58 Voor tandheelkundige zorg zijn cliënten die beschermd wonen aangewezen op de Zvw. Het ontbreken van een aanvullende verzekering en eigen betalingen vormen voor sommige cliënten een

drempel om de tandarts te bezoeken. Diverse respondenten hebben een speerpunt gemaakt van goede tandheelkundige zorg.

Voorbeeld: een beschermd wonen aanbieder heeft afspraken met een nauw betrokken geïntegreerde ggz-aanbieder over de tandheelkundige zorg. Cliënten kunnen gebruikmaken van de tandarts die bij de ggz-aanbieder een praktijk heeft op het terrein.

Samengevat voor aanbieders van beschermd wonen




59 Voor generieke geneeskundige zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg onderscheiden wij zorgaanbieders die geen geformaliseerde of overkoepelende afspraken hebben en zorgaanbieders die deze afspraken wel maken. Voor paramedische zorg zien wij slechts één uitvoeringsvariant: zorgaanbieders maken op cliëntniveau afspraken met een lokale paramedicus. In de praktijk zien wij verschillende combinaties terug. Het is niet zo dat een aanbieder de keuze maakt om álle algemeen medische zorg 'buiten huis' te organiseren; vaak gaat het om combinaties van 'buiten huis' en middels samenwerkingsafspraken verbonden. Aanbieders van beschermd wonen hebben geen behandelaren in dienst voor de algemeen medische zorg.

⁶⁰ In vergelijking met het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk en consequenties voor de V&V en GHZ¹⁴, komt de organisatie van de algemeen medische zorg door aanbieders van beschermd wonen het meest overeen met die van Wlz-instellingen waar (de meeste) cliënten zonder verzilverde behandeling verblijven.

⁶¹ De VVT-instellingen die wij in dit onderzoek gesproken hebben organiseren de algemeen medische zorg voor hun Wmo-clieënten conform deze Wlz-instellingen. Wel zien we dat zij voor hun Wlz-clieënten de algemeen medische zorg 'in huis' organiseren, conform Wlz-aanbieders die voornamelijk cliënten bedienen waarbij algemeen medische zorg binnen de Wlz is verzilverd.

⁶² De tabel op de volgende pagina geeft de uitvoeringspraktijk voor de algemeen medische zorg bij beschermd wonen weer.

¹⁴ Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling, Significant, 13 april 2018.

<p>Algemeen medische zorg, beschermd wonen</p>	<p> Clïënt</p>	<p> Behandelaar</p>	<p> Aanbieder</p>
<p>Generieke geneeskundige zorg: a. Geen overkoepelende afspraken maar contact met huisartsen op cliëntniveau b. Overkoepelende afspraken met één of enkele reguliere huisartsen (in de wijk)</p>	<p>a. Cliënten gaan naar een eigen huisarts waar geen overkoepelende afspraken vanuit de aanbieder mee zijn, de locatie van de huisarts speelt een rol bij de keuze b. Overkoepelende afspraken met één of enkele reguliere huisartsen (in de wijk).</p>	<p>a. De huisarts heeft contact met cliënten en begeleiders, hier liggen geen overkoepelende afspraken (over samenwerking) aan ten grondslag b. Naast contact met cliënten en begeleiders heeft de huisarts afspraken over samenwerking met de beschermd wonen aanbieder</p>	<p>a. De aanbieder heeft indien nodig contact met huisartsen van cliënten maar er zijn geen overkoepelende afspraken b. De aanbieder heeft (geformaliseerde) afspraken met één of meerdere huisartsen.</p>
<p>Farmaceutische zorg a. Meerderheid: afspraken met één apotheek of meerdere lokale apotheken b. Ook: geformaliseerde afspraken met apotheken</p>	<p>a. De cliënt wordt gestimuleerd om gebruik te maken van de apotheek waar de aanbieder afspraken mee heeft b. De cliënt maakt gebruik van een eigen apotheek, net als thuis.</p>	<p>a. Tussen de apotheker en de aanbieder zijn afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg b. Tussen de apotheker en aanbieder zijn geen afspraken gemaakt over farmaceutische zorg.</p>	<p>a. Tussen de aanbieder en apotheker zijn afspraken gemaakt b. Tussen de aanbieder en apotheker bestaan geen geformaliseerde afspraken, indien nodig hebben zij contact.</p>
<p>Paramedische zorg a. Paramedische zorg wordt opgezocht wanneer de cliënt hier behoefte aan heeft</p>	<p>a. De cliënt maakt, net als thuis, gebruik van zorg door een paramedicus wanneer hieraan behoefte is.</p>	<p>a. De behandelaar biedt paramedische behandeling aan de cliënt wanneer deze (via een verwijzing van de huisarts) hierom vraagt</p>	<p>a. De aanbieder begeleidt de cliënt (eventueel) bij het verkrijgen van paramedische zorg, de aanbieder heeft geen afspraken met paramedici.</p>
<p>Hulpmiddelen a. Aanbieders van beschermd wonen maken over het algemeen geen afspraken met verstrekkers van hulpmiddelen</p>	<p>a. De cliënt doet aanvraag voor hulpmiddelen, net als thuis, wanneer hier behoefte aan is.</p>	<p>a. Niet van toepassing.</p>	<p>a. De aanbieder ondersteunt cliënt met de aanvraag hulpmiddelen wanneer daar behoefte aan is, aanbieder heeft geen afspraken. Aanbieder verstrekt roerende hulpmiddelen indien nodig.</p>
<p>Tandheelkundige zorg a. Meerderheid: de aanbieder heeft geen afspraken met een tandarts, cliënten zijn bij een tandarts naar keuze ingeschreven b. Ook: aanbieder maakt afspraken met een tandarts</p>	<p>a. De cliënt maakt, net als thuis, gebruik van tandheelkundige zorg wanneer hieraan behoefte is b. De cliënt wordt gestimuleerd om gebruik te maken van de tandheelkundige zorgverlener waar de aanbieder afspraken mee heeft.</p>	<p>a. De tandarts heeft geen overkoepelende afspraken met de aanbieder b. De tandarts heeft afspraken met de aanbieder over de behandeling van cliënten.</p>	<p>a. De aanbieder heeft geen overkoepelende afspraken met een tandarts maar kan cliënten uiteraard stimuleren om gebruik te maken van een tandarts b. De aanbieder heeft afspraken met een tandarts over tandheelkundige zorg voor cliënten.</p>

Geïntegreerde GGZ-instellingen

2.2.11 Invulling van de generieke geneeskundige zorg

⁶³ In de praktijk zien wij twee varianten bij geïntegreerde GGZ-instellingen. Bij de respondenten zien wij een evenredige verdeling van instellingen die een arts in dienst hebben (of ingehuurd) en instellingen die afspraken hebben met huisartsen:

- a. **Arts (basisarts of huisarts in opleiding) is in dienst of wordt ingehuurd.** In deze uitvoeringsvariant hebben instellingen een arts aan zich verbonden door deze in te huren of in dienst te nemen. Bij een enkele zorgaanbieder heeft een huisarts een praktijk op het terrein, deze huisarts levert in dat geval de huisartsenzorg aan de cliënten die in de GGZ-instelling verblijven. Niet alle cliënten van de zorgaanbieder maken gebruik van de arts die verbonden is aan de instelling. Cliënten met langdurige GGZ-problematiek behouden in sommige gevallen de eigen huisarts;
- b. **Afspraken met één of meerdere huisartsen.** In deze variant hebben zorgaanbidders afspraken met één of meerdere huisartsen in de buurt. Op niveau van de instelling of van de locaties worden deze afspraken gemaakt.

2.2.12 Invulling van de farmaceutische zorg

⁶⁴ In de praktijk zien wij onderstaande varianten bij GGZ-aanbidders van verblijf en behandeling:

- a. **Meerderheid: Centrale afspraken met één apotheek.** In deze uitvoeringsvariant hebben zorgaanbidders één apotheek aan zich gebonden. Dit kan een groothandel zijn, een ziekenhuisapotheek, één lokale apotheek of een apotheek op het GGZ-terrein. De instelling heeft afspraken met deze apotheek over de farmaceutische zorg. Digitaal voorschrijven is vaak mogelijk, de apotheker beheert het actueel medicatieoverzicht en is aanwezig bij het farmaceutische overleg;
- b. **Ook: Afspraken met diverse lokale apotheken.** Daarnaast zien wij instellingen die afspraken hebben met een aantal lokale apotheken. De locaties hebben contact met een apotheek in de buurt en zij maken onderling afspraken over de farmaceutische zorg.

⁶⁵ Het merendeel van de instellingen heeft centrale afspraken met één apotheek. Van diverse instellingen die de farmaceutische zorg nog niet centraal hebben georganiseerd begrepen wij dat zij de farmaceutische zorg wel willen beleggen bij één apotheek. Met één

apotheek samenwerken is efficiënter voor de instellingen en draagt bij aan de veiligheid van de farmaceutische zorg.

2.2.13 Invulling van de paramedische zorg

⁶⁶ In de praktijk zien wij onderstaande varianten voor de paramedische zorg:

- a. **Meerderheid: Paramedici zijn in dienst of worden ingehuurd.** In deze variant heeft de instelling één of enkele paramedici (van de meest gevraagde paramedische zorg) nauw aan zich verbonden. De paramedici zijn bij de instelling in dienst of hebben een praktijk op het terrein, dit betreft de instellingen die nu al Wlz-bedden hebben. Vaak bestaan hiernaast afspraken met paramedici uit de eerste lijn;
- a. **Ook: Afspraken met paramedici uit de eerste lijn.** In deze variant heeft de instelling afspraken met paramedici uit de eerste lijn. Het gaat bijvoorbeeld om fysiotherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten. Deze behandelaren komen indien nodig, bij cliënten die in een kliniek verblijven langs. Deze afspraken kunnen verschillen per locatie, afhankelijk van de fysieke locatie werken locaties met verschillende paramedici.

⁶⁷ Van GGZ-instellingen vernemen wij dat facturatie (bij cliënten met een zzp-GGZ of voortgezet verblijf) lastig is voor zorgaanbieders uit

de eerste lijn. De facturen worden met regelmaat naar de cliënt of zorgverzekeraar gestuurd, terwijl deze gericht moeten zijn aan de zorgaanbieder.

Voorbeeld: de GGZ-instelling heeft een fysiotherapeut in dienst. De instelling en de fysiotherapeut hebben een (financiële) afspraak gemaakt op basis van een geschat aantal uren inzet.

2.2.14 Hulpmiddelen

⁶⁸ Afspraken omtrent de verstrekking van hulpmiddelen komen uit ons onderzoek niet naar voren. Hulpmiddelen waar cliënten aanspraak op maken worden via onderstaande wijze gefinancierd:

Type hulpmiddel	Variant a. (Zvw + Wmo)	Variant b. (voortgezet verblijf)
Roerende voorziening, outillagehulpmiddelen	Zorgaanbieder voorziet	Zorgaanbieder voorziet
Persoonsgebonden hulpmiddelen	Zvw	Zorgaanbieder voorziet
Mobiliteitshulpmiddelen	Wmo	Zorgaanbieder voorziet

2.2.15 Invulling tandheelkundige zorg

69 Wij zien twee varianten bij de organisatie van tandheelkundige zorg:

- a. **Meerderheid: afspraken met een tandarts.** Wij zien voornamelijk GGZ-instellingen die afspraken hebben met een tandarts. Deze afspraken worden op verschillende manieren ingevuld. In de praktijk troffen wij GGZ-instellingen die afspraken hebben met een mobiele tandheelkundige zorg unit, in dit geval komen een tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist op locatie om tandheelkundige zorg te bieden. Sommige zorgaanbieders hebben afspraken met een lokale tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of een tandarts die een praktijk heeft op het terrein;
- b. **Minderheid: cliënten hebben een eigen tandarts.** In deze variant hebben zorgaanbieders geen afspraken met tandartsen. Cliënten zijn onder behandeling van een eigen tandarts of hebben geen tandarts. De instelling kan het gebruik van de tandarts, ook bij Zvw-cliënten, stimuleren. De minderheid van de instellingen heeft geen afspraken met een tandarts gemaakt.

Voorbeeld: een GGZ-instelling heeft afspraken met een tandarts gemaakt. Op afroep verleent de tandarts tegen een afgesproken honorarium mondzorg aan cliënten die verblijf en behandeling van de instelling ontvangen..

Samengevat voor GGZ-instellingen




70 In dit onderzoek zien wij dat GGZ-instellingen voor generieke geneeskundige zorg, farmaceutische en paramedische zorg altijd een vorm van afspraken hebben gemaakt. De wijze waarop behandelaren aan de instellingen zijn verbonden wisselt. Behandelaren zijn in dienst van de GGZ-instelling (voor cliënten die hier middels de Zvw of voortgezet verblijf klinisch worden behandeld), of zijn middels een ZZP-constructie aan de instelling verbonden.

71 Het is niet zo dat een instelling de keuze maakt om álle algemeen medische zorg op het instellingsterrein te organiseren; vaak gaat het om combinaties van 'in dienst' en middels samenwerkingsafspraken verbonden.

72 In vergelijking met het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk en consequenties voor de V&V en GHZ¹⁵, komt de organisatie van de algemeen medische zorg door GGZ-instellingen het meest overeen met die van Wlz-instellingen waar (de meeste) cliënten met verzilverde behandeling verblijven. Nieuwe varianten, ten opzichte van varianten in de V&V en GHZ, in de organisatie van algemeen medische zorg zien wij in dit onderzoek niet.

73 In de tabel op de volgende pagina is de uitvoeringspraktijk voor de algemeen medische zorg bij GGZ-instellingen weergegeven.

¹⁵ Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling, Significant, 13 april 2018.

<p>Algemeen medische zorg, GGZ-instelling</p>	 <p>Clïënt</p>	 <p>Behandelaar</p>	 <p>Instelling</p>
<p>Generieke geneeskundige zorg: a. Arts is in dienst of wordt ingehuurd b. Afspraken met één of meerdere huisartsen</p>	<p>a. Cliënten maken (over het algemeen) gebruik van de arts die in dienst is of wordt ingehuurd b. Cliënten maken (over het algemeen) gebruik van de huisarts(en) waar de instelling afspraken mee heeft.</p>	<p>a. De arts is bij de instelling in dienst of wordt ingehuurd b. De arts heeft afspraken met de instelling over behandeling van cliënten die daar verblijven\.</p>	<p>a. De aanbieder heeft een arts gecontracteerd b. De aanbieder heeft afspraken met één of meerdere huisartsen.</p>
<p>Farmaceutische zorg a. Meerderheid: centrale afspraken met één apotheek b. Ook: afspraken met diverse lokale apotheken</p>	<p>a. De cliënt wordt gestimuleerd om gebruik te maken van de apotheek waar de instelling (op centraal niveau) afspraken mee heeft b. De cliënt maakt gebruik van één van de lokale apotheken waar de instellingen afspraken mee heeft.</p>	<p>a. Tussen de apotheker en de instelling zijn op centraal niveau afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg b. Tussen de apotheker en de instelling zijn op lokaal niveau geen afspraken gemaakt over farmaceutische zorg.</p>	<p>a. Tussen de instelling en de apotheker zijn centraal afspraken gemaakt b. Tussen locaties van de instelling en de apotheker(s) zijn afspraken gemaakt.</p>
<p>Paramedische zorg a. Meerderheid: paramedici zijn in dienst of worden ingehuurd b. Ook: afspraken met paramedici uit de eerste lijn</p>	<p>a. De cliënt wordt gestimuleerd om gebruik te maken van paramedici uit de eerste lijn waar instellingen afspraken mee hebben b. De cliënt wordt gestimuleerd om gebruik te maken van de paramedici die de instelling aan zich heeft verbonden</p>	<p>a. De paramedicus uit de eerste lijn behandelt cliënten die verblijven in een GGZ-instelling en heeft hierover afspraken met de instelling b. De paramedicus die verbonden is aan de GGZ-instelling behandelt cliënten die hier verblijven.</p>	<p>a. De instelling heeft afspraken met paramedici uit de eerste lijn voor cliënten b. De instelling heeft één of meerdere paramedici aan zich verbonden.</p>
<p>Hulpmiddelen a. Instellingen maken geen afspraken met verstrekkers van hulpmiddelen</p>	<p>a. De cliënt vraagt hulpmiddelen aan via Wmo en Zvw, net als thuis, voor roerende voorzieningen vraagt de cliënt het hulpmiddel aan bij de instelling b. De cliënt vraagt hulpmiddelen aan bij de zorgaanbieder.</p>	<p>a. Niet van toepassing. b. Niet van toepassing.</p>	<p>a. De aanbieder ondersteunt de cliënt met de aanvraag hulpmiddelen wanneer daar behoefte aan is. Wij hebben geen signalen ontvangen dat aanbieders afspraken met leveranciers van hulpmiddelen hebben. De aanbieder verstrekt roerende hulpmiddelen indien nodig b. De zorgaanbieder voorziet de cliënt van de juiste hulpmiddelen.</p>
<p>Tandheelkundige zorg a. Meerderheid: afspraken met een tandarts b. Minderheid: cliënten hebben een eigen tandarts</p>	<p>a. De cliënt wordt gestimuleerd om gebruik te maken van de tandheelkundige zorgverlener waar de aanbieder afspraken mee heeft b. De cliënt maakt, net als thuis, gebruik van een eigen tandheelkundige zorgverlener.</p>	<p>a. De tandarts heeft afspraken met de instelling over de behandeling van cliënten b. De tandarts heeft geen overkoepelende afspraken met de aanbieder.</p>	<p>a. De instelling heeft afspraken met een tandarts over tandheelkundige zorg voor cliënten Pagina 29 van 50 b. De instelling heeft geen afspraken met een tandarts maar kan cliënten uiteraard stimuleren om gebruik te maken van een tandarts.</p>

3. Uitvoeringsconsequenties

⁷⁴ Bij het in kaart brengen van de uitvoeringsconsequenties stuiten wij op een aantal discussiepunten. Wij vinden het belangrijk om deze discussiepunten te benoemen in deze ‘noot vooraf’ in paragraaf 3.1. Vervolgens maken in paragraaf 3.2 de stap van de huidige uitvoeringspraktijk naar uitvoeringsvarianten. We beschrijven de vier uitvoeringsvarianten die wij onder de aanbieders, in het kader van dit onderzoek hebben gesproken, hebben gezien. In paragraaf 3.3 schetsen wij de algemene uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies. Deze algemene uitvoeringsconsequenties zijn niet specifiek aan één van de uitvoeringsvarianten gekoppeld. In paragraaf 3.4 beschrijven wij de specifieke uitvoeringsconsequenties van de vier uitvoeringsvarianten.

3.1 Noot vooraf

⁷⁵ In hoofdstuk twee werd zichtbaar dat de huidige uitvoeringspraktijk grote verschillen kent. De aanbieders die wij in het kader van dit onderzoek spraken, hebben in ieder geval één ding gemeen. Dat is de visie die zij, mede vanuit historie, delen op normalisering en het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten met langdurige GGZ-problematiek. Deze visie zit sterk verankerd in

de werkwijze en manier van denken van deze aanbieders en is vastgelegd in het advies van de Commissie Dannenberg over de toekomst van het beschermd wonen in de Wmo: *“In het toekomstbeeld van beschermd wonen staat de sociale inclusie van mensen met een verstoorde zelfregulatie centraal”*.¹⁶ Deze visie van aanbieders van beschermd wonen verklaart de huidige scheiding tussen wonen en behandeling die veelal geldt.

⁷⁶ Aanbieders geven over het algemeen aan dat deze visie leidend is in hoe zij naar de voorgestelde wijzigingen in de positionering van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg kijken. Zij geven aan dat de voorgestelde wijzigingen contrair is aan de ingezette beweging en visie op het normaliseren en het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten met langdurige GGZ-problematiek.

⁷⁷ Daarmee raken wij een tweede discussiepunt die in dit onderzoek verweven is: de doelgroep waar het wetsvoorstel en het advies betrekking op hebben. Bij het in kaart brengen van de uitvoeringsconsequenties merken wij dat onder aanbieders de discussie speelt wat de omvang van de doelgroep is en wat de

¹⁶ Van beschermd wonen naar een beschermd thuis, commissie Dannenberg, 11 november 2015.

intensiteit van de problematiek is. In het bepalen en beschrijven van de uitvoeringsconsequenties zijn wij uitgegaan van de inschatting van de doelgroep zoals door bureau HHM¹⁷ gedefinieerd (zie paragraaf 1.1). Een aantal aanbieders (VVT-instellingen en een beperkt aantal aanbieders van beschermd wonen) geven hierbij aan te zien dat de visie op zelfredzaamheid voor een specifiek deel van de doelgroep (het gaat om cliënten met een intensieve zorgbehoefte op het gebied van somatiek, psychosociale - en psychische problematiek) in mindere mate geldt. Deze specifieke groep heeft een dermate intensieve zorgbehoefte in combinatie met een verminderde zelfredzaamheid, dat ondersteuning vanuit een aanbieder in het organiseren van begeleiding en behandeling nodig is.

⁷⁸ Een derde discussiepunt die aanbieders naar voren brengen is de vraag wat ZIN bedoelt met 'integrale behandeling' en wat zij beogen te bereiken met het advies over de positionering van de Wlz-behandeling. Aanbieders geven aan wonen, begeleiding en behandeling op elkaar aan te laten sluiten. Dit doen zij op dit moment zonder integrale financiering. Een uitvoeringsvorm is het aanbieden van wonen en behandeling op één locatie (geïntegreerde GGZ-instellingen en een aantal locaties van beschermd wonen). Een

¹⁷ GGZ cliënten in de Wlz, 19 mei 2017, HHM.

andere uitvoeringsvorm is het afstemmen en verbinden van verschillende vormen van behandeling en begeleiding om te komen tot een combinatie die past bij de specifieke cliëntvraag. Het grootste deel van de aanbieders die wij in het kader van dit onderzoek spraken, stelt de veronderstelling in het advies van het Zorginstituut dat integrale financiering bijdraagt aan een integrale behandeling ter discussie. Zij geven aan ook zonder integrale financiering een integrale behandeling te kunnen organiseren en dit in de praktijk ook al te doen.

⁷⁹ Bij het lezen van de beschrijving van de uitvoeringsconsequenties is het goed om deze noot vooraf in gedachten te houden.

3.2 Vier mogelijke toekomstige uitvoeringsvarianten

⁸⁰ In hoofdstuk twee werd zichtbaar dat de huidige uitvoeringspraktijk grote verschillen kent. Dat verschil is zichtbaar tussen de twee beschreven varianten en tussen de individuele aanbieders binnen een beschreven variant. De toegang tot de Wlz voor de GGZ-doelgroep neemt voor bijna elke aanbieder andere consequenties met zich mee. In de gesprekken met de in dit onderzoek betrokken aanbieders zien wij grofweg vier mogelijke uitvoeringsvarianten:

- Aanbieders contracteren alle huidige behandelaren van hun cliënten;
- Aanbieders contracteren een beperkt aantal behandelaren;
- Aanbieders breiden de bestaande afspraken met gecontracteerde behandelaren uit;
- Aanbieders besluiten het aanbod te focussen op cliënten met een Wmo-indicatie.

81 De keuze voor één van de uitvoeringsvarianten is afhankelijk van de vertreksituatie én van de keuze van een aanbieder hoe deze uitvoering wil gaan geven aan de organisatie van de specifieke Wlz-behandeling en mogelijk ook aan de algemeen medische zorg.

82 De vertreksituatie van een aanbieder is ingegeven door:

- a. **Wijze van afstemming en aansluiting tussen wonen, begeleiding en behandeling.** Aanbieders geven aan het wonen, de begeleiding en de verschillende behandelvormen zo goed mogelijk op elkaar aan te willen sluiten. Wij zien in de praktijk twee verschillende manieren waarop dit gebeurt. De eerste uitvoeringsvorm is 'het bieden van wonen en behandeling op dezelfde locatie'. De tweede uitvoeringsvorm is 'het op de hoogte zijn van de (verschillende) behandelingen die een cliënt ontvangt en, zo veel als mogelijk samen met de cliënt, zorgen dat deze behandelingen op elkaar aansluiten';

- b. **De specifieke doelgroep die bij een aanbieder verblijft.** In dit onderzoek hebben wij aanbieders gevraagd om dat deel van de cliënten in gedachten te houden die in hun ogen toegang krijgen tot de Wlz bij het beschrijven van de huidige uitvoeringspraktijk en de uitvoeringsconsequenties. Wij zien variatie in de problematiek van cliënten tussen de verschillende aanbieders en tussen locaties van de aanbieders. De wijze van het organiseren van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg wordt mede ingegeven door het karakter van de verschillende doelgroepen. Wij kunnen daar grofweg drie doelgroepen in onderscheiden:

- i. Bij de eerste doelgroep is vaak sprake van multiproblematiek op het snijvlak van psychiatrie, verslaving, somatiek en psychosociale problematiek. Het gaat hier om cliënten met een intensieve zorgvraag;
- ii. Bij de tweede doelgroep zien wij dat een verstandelijke beperking een rol speelt in de problematiek. Dat kan een combinatie van een (licht) verstandelijke beperking met psychiatrie zijn, maar ook een verstandelijke beperking die niet aantoonbaar voor het 18^e levensjaar aanwezig was, om op basis van de verstandelijke beperking toegang tot de Wlz te krijgen;
- iii. Bij derde doelgroep is (ook) sprake van multiproblematiek op het snijvlak van psychiatrie, verslaving, somatiek en/of

psychosociale problematiek. Wij zien dat deze doelgroep over het algemeen een minder intensieve zorgvraag heeft dan de eerste doelgroep.

83 Van de beschermd wonen aanbieders die wij hebben gesproken, zien we dat aanbieders die de eerste of tweede doelgroep bedienen er vaker voor kiezen om vaste samenwerkingsrelaties aan te gaan met behandelaren.

c. **De historie.** Wij zien dat geïntegreerde GGZ-instellingen van oudsher de behandeling 'in huis' hebben georganiseerd en faciliteiten voor de algemeen medische zorg op het instellingsterrein hebben georganiseerd. Bij sommige aanbieders van beschermd wonen zien wij dat een samenwerking tussen een aanbieder en behandelaren van zowel de specifieke behandeling als de algemeen medische zorg (met name de huisarts) vanuit historie is gegroeid. Een voorbeeld dat dit illustreert:

Voorbeeld: een locatie van een beschermd wonen aanbieder verhuisde van de ene kant naar de andere kant van een stad. De bewoners die mee verhuisden hebben zich voornamelijk bij de meest dichtbij zijnde huisarts ingeschreven. Dit bleek een huisarts met veel affiniteit voor deze doelgroep te zijn. De bewoners zijn tevreden over deze huisarts en delen dat met elkaar waardoor andere bewoners zich ook bij deze huisarts inschreven. De aanbieder en huisarts hadden om deze reden in toenemende mate contact met elkaar, waardoor de samenwerking intensiever werd. Deze huisarts komt nu dan ook veel bij deze aanbieder 'over de vloer'.

84 De vertreksituatie in de organisatie van wonen en behandeling is ingegeven door de wijze van afstemming en aansluiting tussen wonen, begeleiding en behandeling, de specifieke doelgroep die bij een aanbieder verblijft en de historische situatie. Daarbij zien wij dat de wijze van financiering niet bepalend is voor hoe wonen, begeleiding en behandeling op dit moment zijn georganiseerd. Bijna alle aanbieders die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken geven aan wonen, begeleiding en behandeling op elkaar af te stemmen, ook zonder dat hier op dit moment een integrale financiering aan ten grondslag ligt. Deze aanbieders geven, vanuit visie en huidige wijze van organiseren, aan niet in te zien welk knelpunt het wetsvoorstel en advies omtrent de positionering van de Wlz-behandeling beoogt op te lossen. Een klein aantal van de

gesproken aanbieders geeft aan dat het voorstel over de positionering van de Wlz-behandeling hen helpt om de randvoorwaarden in de samenwerking met andere aanbieders beter in te vullen.

⁸⁵ Op basis van de interviews met en werkbezoeken aan de aanbieders, komen vier mogelijk varianten in de organisatie van de specifiek Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg naar voren. In dit hoofdstuk beschrijven wij deze vier toekomstige uitvoeringsvarianten en uitvoeringsconsequenties per variant. Wij beginnen in paragraaf 3.2 met het beschrijven van de vier uitvoeringsvarianten. Paragraaf 3.3 beschrijft de algemene uitvoeringsconsequenties en paragraaf 3.4 beschrijft de uitvoeringsconsequenties per uitvoeringsvariant.

⁸⁶ **Concluderend.** Wij zien vier mogelijke uitvoeringsvarianten waar aanbieders aangeven voor te kiezen:

- Aanbieders contracteren alle huidige behandelaren van hun cliënten;
- Aanbieders contracteren een beperkt aantal behandelaren;
- Aanbieders breiden de bestaande afspraken met gecontracteerde behandelaren uit;

- Aanbieders besluiten het aanbod te focussen op cliënten met een Wmo-indicatie.

⁸⁷ De keuze voor een bepaalde werkwijze is afhankelijk van - een combinatie van - de vertreksituatie, de wijze van afstemming en aansluiting tussen wonen, begeleiding en behandeling en de intensiteit van de problematiek van de doelgroep. De uitvoeringsvarianten hebben niet tot doel dat aanbieders één van deze varianten moeten kiezen op het moment dat zij verantwoordelijk worden voor de specifieke Wlz-behandeling en de mogelijke algemeen medische zorg. Het doel van deze beschrijving is om inzicht te geven in de verschillende werkwijzen die aanbieders mogelijk gaan volgen. Elke uitvoeringsvariant neemt uitvoeringsconsequenties met zich mee. Deze specifieke uitvoeringsconsequenties beschrijven wij in paragraaf 3.4.

3.2.1 Aanbieders contracteren alle huidige behandelaren van hun cliënten

⁸⁸ Deze aanbieders geven aan de keuzevrijheid en zelfredzaamheid van cliënten erg belangrijk te vinden. Daarnaast willen deze aanbieders lopende contacten tussen cliënten en behandelaren niet doorbreken. Wanneer het advies van het Zorginstituut over positionering van de behandeling wordt ingevoerd, gaan deze

aanbieders de huidige behandelaren van hun cliënten contracteren. Op deze manier blijven lopende behandelcontacten bestaan en wordt keuzevrijheid geborgd. Dit geldt voor zowel de specifieke Wlz-behandeling als voor de algemeen medische zorg. Het is niet aannemelijk dat deze aanbieders behandeling 'in huis' organiseren. Het gaat in deze variant om het formaliseren van de huidige praktijk. We zien deze variant terug bij aanbieders voor beschermd wonen.

3.2.2 Aanbieders contracteren een beperkt aantal behandelaren

⁸⁹ Deze aanbieders kiezen ervoor om een select aantal behandelaren te contracteren. Voornamelijk de aanbieders die vanuit de huidige vertrekpositie een samenwerking met een beperkt aantal behandelaren hebben, zien deze inrichting in de toekomst voor zich. Dit zijn aanbieders van beschermd wonen. Die samenwerking is historisch gegroeid of ingegeven door de visie dat vaste gezichten en samenwerking tussen behandelaren en begeleiding vanuit de aanbieder belangrijk zijn voor de doelgroep met een blijvende behoefte aan intensieve ondersteuning, begeleiding, behandeling en/of verpleging/verzorging. Ook zijn er een aantal aanbieders van beschermd wonen die aangeven vanuit praktische redenen voor deze variant te kiezen.

⁹⁰ Ook in deze variant gaat het - voor de meeste aanbieders - om het formaliseren van de huidige praktijk. Deze aanbieders geven aan op dit moment samen te werken met één GGZ-aanbieder omtrent de specifieke Wlz-behandeling. Zij werken samen met een beperkt aantal (minder dan drie) behandelaren van de algemeen medische zorg. Wij zien daarbij dat de samenwerking met de huisarts intensiever is dan de samenwerking met andere behandelaren van de algemeen medische zorg.

3.2.3 Aanbieders breiden de bestaande afspraken met gecontracteerde behandelaren uit

Deze variant zien wij terug bij de geïntegreerde GGZ-instellingen. Deze instellingen geven aan dat zij de voorzieningen en afspraken die voor de algemeen medische zorg zijn georganiseerd voor de cliënten die klinisch in de GGZ verblijven, ook beschikbaar kunnen maken voor de cliënten in de beschermd wonen locaties. Deze variant is ingegeven uit praktische overwegingen en gaat in tegen de visie van deze instellingen op normalisering en zelfredzaamheid van cliënten in beschermd wonen. Omdat de specifieke Wlz-behandeling door deze instellingen wordt geleverd, gaat het bij deze variant om het contracteren van algemeen medische zorg.

3.2.4 Aanbieders besluiten het aanbod te focussen op cliënten met een Wmo-indicatie

Een aantal aanbieders voor beschermd wonen kiest vanuit visie op normalisering en het scheiden van wonen en behandeling voor de eerste uitvoeringsvariant ('aanbieders contracteren alle huidige behandelaars van hun cliënten') kiezen. Een deel van deze groep geeft echter aan dat de administratieve lasten bij het invoeren van het advies (voor een klein aantal cliënten per locatie) zeer hoog worden terwijl de kwaliteit van zorg voor cliënten vanuit hun perspectief niet of nauwelijks wordt verhoogd. Deze aanbieders geven aan dat zij zich mogelijk bewust richten op cliënten met een Wmo-indicatie.

3.3 Algemene uitvoeringsconsequenties

⁹¹ In deze paragraaf beschrijven wij de algemene uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies. De uitvoeringsconsequenties die wij in deze paragraaf beschrijven gelden in algemene zin voor aanbieders wanneer het wetsvoorstel en het advies worden aangenomen:

⁹² **Alle gesproken aanbieders voorzien een toename van de administratieve lasten.** Los van de keuze voor het aantal te

contracteren behandelaren, moeten er in elke variant contractuele afspraken gemaakt worden tussen aanbieders en behandelaren (zowel van de specifieke Wlz-behandeling als de algemeen medische zorg). Naast contractering gaat het ook om het aanpassen van de werkprocessen in de administratieve afhandeling. Het vergt aandacht en tijd om per cliënt te weten op basis van welke indicatie een cliënt verblijft (Wlz, Wmo en in geval van geïntegreerde GGZ-instellingen ook op basis van de Zvw) en welke (administratieve) afspraken dit per cliënt met zich meebrengt. Deze toename van administratieve lasten zal in het eerste jaar hoger zijn dan in de volgende jaren, maar is hoe dan ook structureel te noemen. Het afsluiten, benutten en aanpassen van contracten vraagt jaarlijks aanpassingen en aandacht.

⁹³ **Afhankelijk van de inrichting door de aanbieder heeft de cliënt mogelijk beperktere keuzevrijheid.** Over het algemeen zien wij dat de aanbieders voor beschermd wonen sterk de visie op normalisering en het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten volgen. Zij willen dan ook zo veel als mogelijk een situatie organiseren waarbij cliënten de eigen behandelaren kunnen behouden en vrij zijn in hun keuze voor een behandelaar. Dat geldt zowel voor de specifieke Wlz-behandeling als voor de algemeen medische zorg. Deze aanbieders kiezen vanuit visie voor hogere administratieve lasten om de keuzevrijheid van cliënten te behouden.

De meer praktische keuze voor één van de uitvoeringsvarianten 'uitbreiden van bestaande afspraken' of 'focus op cliënten met een Wmo-indicatie' brengen minder administratieve lasten met zich mee. Hier staat tegenover dat de keuzevrijheid van cliënten (in theorie) wordt ingeperkt.

⁹⁴ **Een beperkt aantal aanbieders verwacht dat integrale financiering en bijbehorende verantwoordelijkheid hen meer mogelijkheid geeft om wonen, begeleiding en behandeling op elkaar af te stemmen.** Zoals omschreven in paragraaf 3.1 geeft het merendeel van de aanbieders aan geen uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies te zien wanneer het gaat om de afstemming tussen wonen, begeleiding en behandeling. Deze aanbieders geven aan deze aspecten nu, ook zonder integrale financiering, op elkaar af te stemmen en aan te laten sluiten (zie paragraaf 3.1). Een klein aantal van de in dit onderzoek betrokken aanbieders ziet echter wel voordelen van integrale financiering en de daarbij horende verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid over de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg geeft hen ten eerste de positie om met aanbieders (voornamelijk van de algemeen medische zorg) in gesprek te gaan over de kwaliteit van de geleverde behandelingen. Ook geven deze aanbieders aan te hopen dat de integrale financiering hen de mogelijkheid geeft de randvoorwaarden rondom de behandeling (multidisciplinair overleg,

schrijven van niet-patiëntgebonden tijd, et cetera) beter in te vullen. Ten tweede geven aanbieders aan dat de integrale financiering en bijbehorende verantwoordelijkheid hen meer ruimte biedt om de zorgmijdende cliënten te motiveren tot behandeling. De verwachting is dat de motivatie van cliënten toeneemt omdat het eigen risico voor de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg daarmee vervalt. Het eigen risico blijft bestaan voor het gebruik van de medisch specialistische zorg. Daarnaast verwachten aanbieders een wat dwingender kader te kunnen bieden op het moment dat de aanbieder verantwoordelijk is.

⁹⁵ Anderzijds roept een integraal tarief vragen op: wat gebeurt er als het budget voor een cliënt 'op' is? Hoe gaan aanbieders om met de prikkel tussen kwaliteit van zorg en financieel resultaat? Houdt het integraal tarief rekening met de huidige op- en afschaling waar de Zvw op dit moment, zeker in het geval van ambulante behandeling door een FACT-team, rekening mee houdt?

⁹⁶ Op welke manier bovenstaande consequenties in de praktijk uitwerken, is afhankelijk van de nader te maken wijze van bekostiging en tarifiering.

⁹⁷ **Aanbieders moeten voldoen aan de geldende kwaliteitseisen Wlz.** Aanbieders voor beschermd wonen waar op dit moment cliënten

met een Wmo-indicatie verblijven, voldoen op dit moment nog niet (formeel) aan de kwaliteitseisen zorgstellingen die gelden in de Wlz en Zvw. Voor Wmo-instellingen gelden andere kwaliteitseisen. Voor deze aanbieders vraagt deze wetgeving om aanpassing van de huidige werkprocessen. Het gaat onder andere om het leveren van verantwoorde zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep, voldoet aan regelgeving over welke professional welke handelingen mag uitvoeren (BIG-geregistreerde professionals mogen bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren), het bespreken van zorgplannen met de cliënt, het organiseren van medezeggenschap en het beschikken over een klachtenregeling. Ook het aanvragen en doorlopen van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) geeft incidentele en structurele administratieve lasten met zich mee die voor een deel van de aanbieders nieuw zijn.

⁹⁸ **De positionering van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg maakt de aanbieder verantwoordelijk voor de kwaliteit van een geleverde behandeling.** Aanbieders geven aan verantwoordelijk te worden voor de kwaliteit van geleverde behandelingen, terwijl zij niet over de deskundigheid beschikken om de kwaliteit te beoordelen. Deze uitvoeringsconsequentie is het grootst bij de algemeen medische

zorg zoals tandartszorg en paramedische zorg. In mindere mate doet deze consequentie zich ook voor bij de specifieke Wlz-behandeling.

⁹⁹ **Wanneer cliënten met een Wlz-indicatie en cliënten met een Wmo-indicatie op één locatie verblijven, zorgt dit voor (zichtbare) ongelijkheid tussen de cliënten.** Dat betekent dat de ene bewoner een all-in-pakket aan zorg ontvangt en zonder eigen risico gebruikmaakt van de specifieke Wlz-behandeling en mogelijk ook de algemeen medische zorg. Aanbieders geven dat het eigen risico zwaar telt voor de doelgroep waar het wetsvoorstel betrekking op heeft. Het eigen risico blijft gelden wanneer een cliënt gebruikmaakt van de medisch specialistische zorg. Deze consequentie is echter niet volledig nieuw, in de huidige situatie bestaan ook verschillen in aanspraak tussen cliënten met een Wmo indicatie, verblijf uit de Zvw, voortgezet verblijf en forensische zorg.

3.4 Uitvoeringsconsequenties per uitvoeringsvariant

¹⁰⁰ De mate waarin eerdergenoemde algemene uitvoeringsconsequenties aan de orde zijn, is afhankelijk van de keuzes die aanbieders maken. In deze paragraaf beschrijven wij per uitvoeringsvariant in welke mate een consequentie voor komt. Ook benoemen wij een aantal uitvoeringsconsequenties die specifiek bij één van de varianten voor kunnen komen.

3.4.1 *Uitvoeringsconsequenties van de variant: aanbieders contracteren alle huidige behandelaars van hun cliënten*

¹⁰¹ **Aanbieders die het wetsvoorstel en advies op deze manier gaan organiseren geven aan geen uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies te zien wanneer het gaat om afstemmen van wonen, begeleiding en behandeling.** Deze aanbieders geven aan wonen, begeleiding en behandeling, op dit moment zonder integrale financiering, op elkaar af te stemmen. De begeleiders die aanwezig zijn op de locatie(s) zijn op de hoogte van de GGZ-behandeling en de contacten met behandelaars van de algemeen medische zorg (voor zo ver deze aan de orde zijn). Als het nodig is, bereidt de begeleider de gesprekken met behandelaars met de cliënt voor, of is aanwezig bij de behandelgesprekken. Deze aanbieders geven aan de wijze waarop zij de behandelingen organiseren en op elkaar afstemmen niet te veranderen op het moment dat de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg onder de verantwoordelijkheid van de aanbieder vallen.

¹⁰² **Geen consequenties voor keuzevrijheid: cliënten blijven vrij om een eigen behandelaar te kiezen.** Contracten worden gesloten met de huidige behandelaars van cliënten zodat lopende behandelrelaties niet worden doorbroken. Deze aanbieders hechten

er veel belang aan dat cliënten vrij blijven hun eigen behandelaar te kiezen ook als dat betekent dat de aanbieder (veel) aanvullende contracten af moet sluiten.

¹⁰³ **Deze variant neemt (zeer) grote administratieve lasten met zich mee.** Deze aanbieders volgen de visie op normalisering en het vergroten van zelfredzaamheid van cliënten, ook wanneer dat (zeer) grote administratieve lasten met zich meebrengt. De administratieve lasten zijn beperkter in omvang wanneer alleen de specifieke Wlz-behandeling onder verantwoordelijkheid van de aanbieder valt. Wanneer ook de algemeen medische zorg verantwoordelijkheid van de aanbieder wordt, kan dit betekenen dat per cliënt enkele contracten gesloten en onderhouden moeten worden. De administratieve lasten hebben betrekking op het afsluiten van contracten met behandelaars, het proces van facturatie, het inrichten van de werkprocessen en aandacht voor de verschillende wet- en regelgeving en administratieve processen tussen cliënten met een Wlz-indicatie of een Wmo-indicatie. De administratieve lasten zijn het eerste jaar het hoogste, omdat het gaat om het afsluiten van nieuwe contracten en inregelen van nieuwe werkprocessen. Deze zijn echter niet incidenteel: het contract- en leveranciersmanagement en aandacht voor de verschillende processen tussen cliënten met een Wlz-indicatie of een Wmo-indicatie zijn structureel.

3.4.2 *Uitvoeringsconsequenties van de variant: aanbieders contracteren een beperkt aantal behandelaren*

¹⁰⁴ **Aanbieders die het wetsvoorstel en advies op deze manier gaan organiseren geven aan weinig uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies te zien wanneer het gaat om het afstemmen van wonen, begeleiding en behandeling.** Deze groep aanbieders ziet geen noodzaak tot wijzigingen in de huidige wijze van afstemmen en uitlijnen van wonen, begeleiding en behandeling. Zij geven aan dat op dit moment ook af te stemmen, zonder dat daar integrale financiering aan ten grondslag ligt. De in het kader van dit onderzoek betrokken aanbieders die voor deze variant kiezen, werken samen met een beperkt aantal behandelaren. Dat kan vanuit de historie zo zijn gegroeid, maar ook een bewuste keuze zijn. Deze aanbieders vinden vaste gezichten voor cliënten belangrijk. De samenwerking met een beperkt aantal behandelaren zorgt voor een vertrouwde samenwerkingsrelatie tussen externe behandelaren en de aanbieder. Deze aanbieders geven aan bovenstaande nodig te vinden voor de doelgroep met een blijvende behoefte aan intensieve ondersteuning, begeleiding, behandeling en/of verpleging/verzorging.

¹⁰⁵ De wijze waarop de behandeling wordt georganiseerd en afgestemd zal voor de meeste aanbieders in deze variant niet

veranderen: zij geven aan de huidige samenwerkingsrelaties te contracteren. Dat zorgt ervoor dat afspraken over tarieven en ureninzet onderdeel van de samenwerking wordt. Aanbieders voor beschermd wonen vrezen voor een nieuwe dynamiek in de samenwerking: de onderling samenwerking gaat niet langer alleen over de behandelinhoud, maar ook over financiële afspraken.

¹⁰⁶ Een enkele aanbieder voor beschermd wonen geeft aan bewust voor deze variant te kiezen. Ten eerste om cliënten te motiveren tot behandeling. Middels deze variant kan ook een vertrouwde samenwerking opgebouwd worden met behandelaren die affiniteit hebben met de doelgroep. Deze aanbieders zien bovengenoemde voordelen vooral bij de algemeen medische zorg. Ten tweede omdat de verantwoordelijkheid over de behandeling hen in de positie brengt om samen met de cliënt of namens de cliënt in gesprek te gaan met behandelaren over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Deze aanbieders geven aan mogelijkheden te zien om bepaalde zorgvormen 'in huis' te organiseren. Genoemde voorbeelden zijn een psycholoog voor de basis-GGZ behandeling, om cliënten toe te leiden naar de GGZ en als sparringpartner voor het team van begeleiders. Ook wordt een tandarts of mondhygiënist genoemd om cliënten te motiveren tot tandartszorg. Het derde voordeel is dat een integrale financiering, afhankelijk van de wijze van bekostiging en tarifiering) een aanbieder in staat kan stellen om de randvoorwaarden

rondom de behandeling beter te organiseren. Een genoemd voorbeeld is bijvoorbeeld het kunnen schrijven van de niet-patiëntgebonden tijd.

107 Voor het overgrote deel van de cliënten heeft deze variant geen consequenties voor de keuzevrijheid. Voor een beperkte groep cliënten blijft er keuzevrijheid, maar wordt deze ingeperkt.

Omdat aanbieders afspraken maken met de huidige behandelaren, heeft deze uitvoeringsvariant weinig tot geen effect op de keuzevrijheid van cliënten. Op dit moment is er echter (een beperkte groep) cliënten die een andere behandelaar hebben (gaat voornamelijk over de algemeen medische zorg) dan de meeste cliënten op een locatie. Afhankelijk van de keuze die een aanbieder maakt om ook deze uitzonderingen te contracteren, kan de keuzevrijheid van een beperkte groep cliënten worden ingeperkt. Daarbij merken wij op dat dat alle aanbieders aangeven de keuzevrijheid van hun cliënten erg belangrijk te vinden. Zij dragen er zorg voor dat er in ieder geval keuze is tussen een aantal behandelaren voor de specifieke Wlz-behandeling (vaak geborgd omdat er meerdere behandelaren bij één aanbieder betrokken zijn) en door bij de algemeen medische zorg meerdere aanbieders te contracteren.

108 Deze variant neemt grote administratieve lasten met zich mee. Het contracteren van de huidige samenwerkingspartners brengt administratieve lasten met zich mee. De administratieve lasten zijn voor aanbieders die voor deze variant kiezen beperkt ten opzichte van de eerste variant, omdat deze aanbieders een beperkt aantal behandelaren contracteren. De administratieve lasten zijn beperkter in omvang wanneer alleen de specifieke Wlz-behandeling onder verantwoordelijkheid van de aanbieder valt. Wanneer ook de algemeen medische zorg verantwoordelijkheid van de aanbieder wordt, zorgt dit voor het contracteren van ongeveer twee tot drie aanbieders per aanvullende zorgvorm. De administratieve lasten hebben betrekking op het afsluiten van contracten met behandelaren, het proces van facturatie, het inrichten van de werkprocessen en aandacht voor de verschillende wet- en regelgeving en administratieve processen tussen cliënten met een Wlz-indicatie of een Wmo-indicatie. De administratieve lasten zijn het eerste jaar het hoogste, omdat het gaat om het afsluiten van nieuwe contracten en het inregelen van nieuwe werkprocessen. Deze zijn echter niet incidenteel: het contract- en leveranciersmanagement en aandacht voor de verschillende processen tussen cliënten met een Wlz-indicatie of een Wmo-indicatie zijn structureel.

¹⁰⁹ **Afspraken met een beperkte groep behandelaren zorgt mogelijk voor een versnelde en eenvoudige toegang tot behandeling.** Een aantal aanbieders verwacht dat het contracteren van een beperkt aantal vaste behandelrelaties zorgt voor een versnelde en eenvoudige toegang tot zorg. Zeker wanneer zij deze behandeling 'in huis' organiseren. Ook hopen zij dat deze psycholoog mogelijk de-escalerend kan werken in een overbruggingsperiode wanneer het niet goed gaat met een cliënt en er wachtlijsten zijn voor de specialistische specifieke Wlz-behandeling.

3.4.3 Uitvoeringsconsequenties van de variant: aanbieders breiden de bestaande afspraken met gecontracteerde behandelaren uit

¹¹⁰ **GGZ-instellingen geven aan dat het uitbreiden van de bestaande afspraken voor cliënten die klinisch bij de GGZ-instelling verblijven praktisch gezien te organiseren zijn. Zij benadrukken dat dit echter niet in het belang van de cliënt is.** De geïntegreerde GGZ-instellingen hebben voor de cliënten die klinisch bij hen verblijven vaak afspraken met behandelaren van de algemeen medische zorg. Te denken valt aan een huisartsenpraktijk of tandartspraktijk op of nabij het GGZ-terrein of een vaste diëtist of fysiotherapeut die cliënten bezoekt, die de kliniek niet kunnen verlaten. Deze aanbieders geven aan deze bestaande afspraken uit

te breiden voor cliënten die door het wetsvoorstel toegang gaan krijgen tot de Wlz. Dat zijn zowel cliënten die op basis van de Zvw klinisch verblijven als de cliënten die op basis van een Wmo-indicatie in een aan de geïntegreerde GGZ-instelling verbonden beschermd wonen locatie wonen.

¹¹¹ Aanbieders geven echter aan dat de uitvoeringsconsequentie van deze keuze is dat cliënten 'een stap terug' gaan in het proces van herstel wat zij doormaken. Deze organisatiewijze brengt met zich mee dat cliënten naar het GGZ-terrein moeten om hun huisarts of tandarts daar te bezoeken, in plaats van een eigen huisarts of tandarts in de wijk. Dit vormt ook een extra belasting op de begeleiders die mee gaan naar de consulten van cliënten.

¹¹² **Uitbreiden van de bestaande afspraken met behandelaren van algemeen medische zorg neemt administratieve lasten met zich mee.** In vergelijking met de andere varianten brengt deze variant minder administratieve lasten met zich mee, omdat het gaat om het uitbreiden van reeds bestaande afspraken. De administratieve lasten hebben betrekking op het uitbreiden van de afspraken met de aanbieders van de algemeen medische zorg. De geïntegreerde GGZ-instellingen bieden namelijk de specifieke Wlz-behandeling aan. De aanbieders die voor deze variant kiezen geven aan ook (beperkt) aanvullende afspraken te willen maken voor

cliënten die graag een vertrouwde behandelaar behouden. Dat geldt met name over het behouden van de huidige huisarts. Het uitbreiden van afspraken is een incidentele exercitie. Het maken van nieuwe afspraken met huidige behandelaren van een cliënt neemt incidentele én structurele lasten met zich mee.

¹¹³ De toegang van cliënten tot de Wlz en de positionering van de specifieke Wlz-behandeling vraagt voor deze aanbieders om aanpassing van de werkwijze op de backoffice rondom de facturering. De behandeling valt niet langer onder de Zvw, maar onder de Wlz-financiering. De positionering van de specifieke Wlz-behandeling onder verantwoordelijkheid van de aanbieder betekent dat de geïntegreerde GGZ-instellingen met meerdere aanbieders van beschermd wonen contractuele afspraken moeten maken over het leveren van de specifieke Wlz-behandeling, omdat zij bij deze aanbieders de ambulante behandeling verzorgen.

¹¹⁴ **Deze uitvoeringsvariant perkt de keuzevrijheid van cliënten in.** In principe kunnen de cliënten gebruik gaan maken van de gecontracteerde behandelaren van de algemeen medische zorg. Deze behandelingen kunnen plaatsvinden op het GGZ-terrein, mogelijk worden ook bezoeken aan de beschermd wonen locaties georganiseerd als onderdeel van de uitbreiding van de huidige afspraken. Daarmee is het de bedoeling dat cliënten zo veel als

mogelijk zorg ontvangen van de huidig gecontracteerde aanbieders. Daarmee wordt de keuzevrijheid van cliënten ingeperkt. De aanbieders die voor deze variant kiezen geven aan ook (beperkt) aanvullende afspraken te willen maken voor cliënten die graag een vertrouwde behandelaar behouden. Dit betreft met name het behouden van de huidige huisarts.

3.4.4 Uitvoeringsconsequenties van de variant: aanbieders besluiten het aanbod te focussen op cliënten met een Wmo-indicatie

¹¹⁵ Het aantal aanbieders dat aangeeft zich toe te leggen op cliënten met een Wmo-indicatie is afhankelijk van de keuze over welke vormen van behandeling onder de verantwoordelijkheid van de aanbieder gaan vallen. Aanbieders geven aan eerder voor deze variant te kiezen op het moment dat zowel de specifieke Wlz-behandeling als de algemeen medische zorg onder hun verantwoordelijkheid gaat vallen. Deze aanbieders vinden het volgen van hun visie op normalisering en het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten dermate belangrijk, dat zij de huidige behandelaren van cliënten zouden willen contracteren (in lijn met de aanbieders in variant 1 'aanbieders contracteren de huidige behandelaren van hun cliënten'). Het verschil tussen beide varianten is dat deze groep aanbieders verwachten dat de administratieve

lasten dermate hoog gaan zijn dat zij dit niet vinden opwegen tegen 'de baten'. Een ander argument is de huidige scheiding tussen wonen en behandeling die op dit moment geldt binnen de aanbieders voor beschermd wonen: aanbieders die voor deze variant kiezen willen geen concessies op dit onderscheid doen.

¹¹⁶ Wanneer de specifieke Wlz-behandeling onder verantwoordelijkheid van de aanbieder valt en de algemeen medische zorg vanuit de Zvw wordt gefinancierd, neemt dat beperktere administratieve lasten met zich mee. Dat betekent dat aanbieders in deze variant eerder zijn geneigd zich op de Wlz-doelgroep te richten. Ook wanneer alleen de specifieke Wlz-behandeling onder verantwoordelijkheid van de aanbieder valt, houden aanbieders vast aan het eerder genoemde argument over het behouden van de huidige scheiding tussen wonen en behandeling.

¹¹⁷ Deze uitvoeringsvariant heeft geen invloed op de uitvoering van een beschermd wonen aanbieder zelf. Wel zien wij consequenties voor cliënten: voor cliënten betekent dit dat zij minder keuze hebben uit aanbieders van beschermd wonen. Zeker voor cliënten uit landelijke gebieden kan dit consequenties hebben en moeten zij verder van huis wonen. Afhankelijk van hoe groot de groep aanbieders die voor deze variant gaat kiezen is, ontstaan op korte termijn mogelijk wachtlijsten voor aanbieders van beschermd wonen




voor cliënten met een Wlz-indicatie. Respondenten geven aan zich zorgen te maken om de cliënten die vanuit een GGZ-instelling door kunnen stromen naar een beschermd wonen aanbieder. Als hier wachtlijsten voor zijn, is de vraag wat er met deze cliënten gebeurt.




¹¹⁸ **Uitvoeringsconsequenties samengevat.** De tabel op pagina 45 en 46 vat de uitvoeringsconsequenties per uitvoeringsvariant samen.

¹¹⁹ Specifiek voor de VVT-instellingen zien wij dat, wat betreft de algemeen medische zorg, de uitvoeringsconsequenties zoals beschreven in het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling¹⁸ gelden. De organisatie van de specifieke Wlz-behandeling heeft voor deze doelgroep (ten opzichte van de doelgroep die op basis van somatische problematiek toegang tot de Wlz krijgt) meer voeten in de aarde. De VVT-instellingen die wij in het kader van dit onderzoek gesproken hebben geven aan de specifieke Wlz-behandeling graag onder de verantwoordelijkheid van de instelling te organiseren. Zij stellen zich een multidisciplinair behandelteam voor, waarbij de Specialist Ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar is. Via een inhuurconstructie (op afroepbasis vanuit een geïntegreerde GGZ-instelling, ingehuurd vanuit een zelfstandige behandeldienst of als ZZP-er aan de instelling

¹⁸ Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling, Significant, 13 april 2018

verbonden) of in dienst van de instelling, kan GGZ-expertise in de vorm van een psychiater of GZ-psycholoog worden toegevoegd aan het multidisciplinair behandelteam. De VVT-instellingen merken wel op dat ze zich afvragen in hoeverre dit haalbaar is, gezien de krapte op de arbeidsmarkt.

Uitvoeringsvarianten (1/2)	 Clïënt	 Behandelaar	 Aanbieder
Algemene uitvoeringsconsequenties	<p>Afhankelijk van de inrichting door de zorgaanbieder heeft cliënt mogelijk beperktere keuzevrijheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: afhankelijk keuze uitvoeringsvariant. Op dit moment weinig opties in keuze aanbieder van (specialistische) specifieke Wlz-behandeling: vaak één speler in een regio; De algemeen medische zorg: afhankelijk van uitvoeringsvariant. <p>Wanneer cliënten met een Wlz-indicatie en cliënten met een Wmo-indicatie op één locatie verblijven, zorgt dit voor (zichtbare) ongelijkheid tussen cliënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: eigen risico voor specifieke Wlz-behandeling en algemeen medische zorg geldt voor cliënten met Wmo-indicatie, niet voor cliënten met Wlz-indicatie; De algemeen medische zorg: Wlz-clïënten krijgen mogelijk een 'all-in-pakket'. 	<p>Een beperkt aantal aanbieders verwacht dat integrale financiering en bijbehorende verantwoordelijkheid de behandelaar meer mogelijkheid geeft het wonen, begeleiding en behandeling op elkaar af te stemmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: mogelijk meer mogelijkheden om randvoorwaarden te organiseren en ruimte om cliënten tot behandeling te motiveren; De algemeen medische zorg: verantwoordelijkheid geeft aanbieder positie om met behandelaren in gesprek te gaan over kwaliteit van geleverde zorg. 	<p>Structurele toename van administratieve lasten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: toename van administratieve lasten; De algemeen medische zorg: zeer grote toename administratieve lasten. <p>Aanbieders moeten voldoen aan geldende kwaliteitseisen Wlz.</p> <ul style="list-style-type: none"> Geen onderscheid consequentie tussen specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg. <p>De positionering van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg maakt de aanbieder verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde behandeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> De algemeen medische zorg: kwaliteit de algemeen medische zorg moeilijk te beoordelen voor aanbieder: expertise beperkt aanwezig.
Contractering volgt cliënten	Geen consequenties op keuzevrijheid.	Geen consequenties op behandelinhoud.	<p>Zeer grote structurele toename van administratieve lasten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: grote toename van administratieve lasten. Pagina 46 van 50 De algemeen medische zorg: zeer grote toename administratieve lasten.

Uitvoeringsvarianten (2/2)	 Cliënt	 Behandelaar	 Aanbieder
Contracteren beperkt aantal behandelaren	<p>Voor beperkte groep cliënten wordt keuzevrijheid ingeperkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> De algemeen medische zorg: keuzevrijheid blijft door het contracteren van meerdere aanbieders per zorgvorm. Beperkt aantal cliënten zal moeten wisselen van behandelaar. <p>Mogelijk versnelde en eenvoudige toegang tot behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: organiseren basis GGZ-kennis 'in huis' ter overbrugging of preventief/de-escalierend. 	<p>Een beperkt aantal aanbieders verwacht dat integrale financiering en bijbehorende verantwoordelijkheid de behandelaar meer mogelijkheid geeft het wonen, begeleiding en behandeling op elkaar af te stemmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: mogelijk meer mogelijkheden om randvoorwaarden te organiseren en ruimte om cliënten tot behandeling te motiveren; De algemeen medische zorg: verantwoordelijkheid geeft aanbieder positie om met behandelaren in gesprek te gaan over kwaliteit van geleverde zorg. <p>Onderaannemerschap met huidige samenwerkingspartners brengt nieuwe dynamiek in samenwerking met zich mee. Naast behandelinhoud weegt ook de financiële component mee.</p> <ul style="list-style-type: none"> Geen onderscheid consequentie tussen specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg. 	<p>Structurele toename van administratieve lasten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: toename van administratieve lasten; De algemeen medische zorg: zeer grote toename administratieve lasten. <p>Aanbieders moeten voldoen aan geldende kwaliteitseisen Wlz.</p> <ul style="list-style-type: none"> Geen onderscheid consequentie tussen specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg. <p>De positionering van de specifieke Wlz-behandeling en de De algemeen medische zorg maakt de aanbieder verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde behandeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> De algemeen medische zorg: kwaliteit De algemeen medische zorg moeilijk te beoordelen voor aanbieder: expertise beperkt aanwezig.
Uitbreiden bestaande afspraken	<p>Beperking keuzevrijheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: beperktere impact; De algemeen medische zorg: keuzevrijheid blijft door contracteren meerdere aanbieders per zorgvorm. Beperkt aantal cliënten zal moeten wisselen van behandelaar. <p>'Stap terug' in herstelproces.</p> <ul style="list-style-type: none"> De algemeen medische zorg: cliënten maken gebruik van faciliteiten op GGZ-terrein in plaats van in de eigen woonomgeving. 		<p>Toename administratieve lasten</p> <ul style="list-style-type: none"> Specifieke Wlz-behandeling: afspraken over ambulante specifieke Wlz-behandeling bij beschermd wonen aanbieders; De algemeen medische zorg: uitbreiden bestaande afspraken.
Focus op cliënten met een Wmo-indicatie	<ul style="list-style-type: none"> Minder keuze uit aanbieders beschermd wonen: verder van huis wonen; Wachlijsten bij Wlz-instellingen voor beschermd wonen; Aanbieders uiten zorgen om mogelijkheden tot ambulantisering; 		

4. Reflectie

120 In dit onderzoek brachten wij de huidige uitvoeringspraktijk en uitvoeringsconsequenties van het wetsvoorstel en het advies in kaart. In hoofdstuk twee en drie van deze rapportage beschreven wij onze bevindingen.

121 Kijkend naar de bevindingen zien wij dat de voorgestelde wijzigingen omtrent de positionering van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg grote gevolgen met zich meebrengen. De uitvoeringsconsequenties hebben grotendeels betrekking op een toename van administratieve lasten. Het gaat onder andere om het maken van contractuele afspraken met onderaannemers, het aanpassen van de werkwijze, het organiseren van de backoffice en het aantrekken van het benodigd administratief personeel. De administratieve lasten zijn hoger wanneer de algemeen medische zorg ook onder verantwoordelijkheid van de aanbieder valt. Het gaat om zowel een incidentele - als een structurele toename van de administratieve lasten.

122 Ook zien wij dat de voorgestelde wijzigingen over de positionering van de Wlz-behandeling strategische vraagstukken voor aanbieders met zich meebrengen: In hoeverre houden aanbieders vast aan de visie op normalisering en zelfredzaamheid als dit

dermate grote administratieve lasten met zich mee brengt? Kiezen aanbieders voor segmentatie van hun doelgroep en richten zij hun aanbod op cliënten met een indicatie uit één wettelijk kader? Kiezen zij in dit geval voor cliënten met een Wmo-indicatie? Hoe gaan zij om met bestaande en nieuwe cliënten in de overgangssituatie of met twee verschillende verantwoordelijkheden en bekostigingsregimes met mogelijke gevolgen voor cliënten op één locatie?

123 Op een iets ander abstractieniveau verwachten wij dat dit ook gevolgen gaat hebben voor de ontwikkeling van het (regionale) zorglandschap. Blijven voor deze specifieke zorgvragen voldoende bedden over of trekken aanbieders zich terug uit de ene of andere markt? Wat betekent dit voor samenwerkingsafspraken in de keten of voor de ontwikkeling van vraag en aanbod? In dit onderzoek zijn dergelijke vragen (nog) niet te beantwoorden, maar spelen in de verdere implementatie een rol.

124 Wij hebben ons in dit onderzoek gefocust op het ophalen en beschrijven van de uitvoeringspraktijk en de uitvoeringsconsequenties. Tijdens het ophalen van informatie merkten wij dat bij aanbieders een discussie speelt over het nut en de noodzaak van de voorgestelde wijzigingen over de positionering van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg. Deze discussie is specifiek voor de GGZ en speelt veel minder een

rol bij de VVT-instellingen die wij in dit onderzoek gesproken hebben. Dat zien wij ook terug in een eerder onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling¹⁹. De specifieke kenmerken van de doelgroep en vertrekpositie van instellingen spelen hierbij een rol.

¹²⁵ Aanbieders die wij in het kader van dit onderzoek spraken geven aan dat de voorgestelde wijzigingen over het positioneren van de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg in hun ogen voornamelijk het formaliseren van de huidige praktijk betreft. Zij geven aan het wonen, de begeleiding en behandeling in de huidige situatie op elkaar aan te laten sluiten, ook zonder integrale financiering. Het merendeel van de aanbieders ziet derhalve weinig meerwaarde in de positionering van de algemeen medische zorg en geeft aan dat deze contrair is aan de ontwikkelrichting voor cliënten met psychische problematiek, waarin scheiding tussen wonen en verblijven centraal staat.

¹²⁶ Een beperkte groep aanbieders geeft echter aan de meerwaarde te zien van de verantwoordelijkheid over de specifieke én aanvullende Wlz-behandeling: dit geeft hen de positie om met (de tot op heden niet aan de aanbieder gebonden) behandelaren in gesprek

te gaan over de kwaliteit van de geleverde zorg, de randvoorwaarden van de behandeling in te vullen en cliënten te motiveren tot behandeling.

¹²⁷ Bij het uitvoeren van dit onderzoek merken wij dat de onzekerheid over de omvang van de doelgroep, onzekerheid over de wijze van bekostiging en tarifiering onderdeel van de discussie zijn. Het is derhalve van belang de in dit rapport beschreven uitvoeringsconsequenties nogmaals te bezien op het moment dat de NZa de beoogde bekostigingsvorm en tarifiering (in concept) heeft bepaald.

¹⁹ Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling, Significant, 13 april 2018.

A. Respondenten

Naam organisatie	Type organisatie	Regio en omvang	Betrokken middels
Anton Constandse	Beschermd wonen	Den Haag	Interview en werkbezoek
Cato WWZ	Begeleid wonen (ouderenzorg)	Den Haag	Interview
Dimence	GGZ instelling	Landelijk	Interview en werkbezoek
Emergis Zeeland	GGZ-instelling	Zeeland	Interview
Fundis / WelThuis	Begeleid wonen (ouderenzorg)	Haaglanden, Hollands-Midden, Utrecht-West	Interview
Hilverzorg	Wlz-zorg (ouderenzorg)	Hilversum	Interview
GGZ Noord Holland Noord	GGZ-instelling	Noord Holland	Interview en werkbezoek
HVO Querido	Beschermd wonen	Amsterdam	Interview
Kesslerstichting	Beschermd wonen	Den Haag	Interview en werkbezoek
Kwintes	Beschermd wonen	Midden Nederland	Interview
Leger des Heils	Beschermd wonen	Landelijk	Interview
Lister	Beschermd wonen	Midden Nederland	Interview
Parnassia	GGZ-instelling	Den Haag/Rotterdam	Interview
Philadelphia	Beschermd wonen	Landelijk	Interview en werkbezoek
Rivierduinen GGZ	GGZ-instelling	Hollands-Midden	Interview
Robert Coppes	Wlz-instelling, Visuele functiebeperking	Brabant	Interview
SMO Breda	Beschermd wonen	Brabant	Interview
Zienn	Beschermd wonen	Friesland	Interview en werkbezoek