

Passende zorg voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurige intensieve zorgvraag in AM en ZHN

- Plan van aanpak
- Definitieve versie
- 20 december 2023
- voorbereidingsgroep

Inhoudsopgave

1.	Aanbieden Plan van aanpak	3
2.	Aanleiding, toelichting keuzes en leeswijzer	4
3.	Samenvattend overzicht Plan van Aanpak	6
4.	Herijken Visie en (strategische) doelen	9
5.	Plan van aanpak, doelstellingen en acties	10
a.	Samenwerking	10
1.	Mindset	10
2.	Kennisdelen	10
3.	Overzicht expertise en aanbod	11
b.	Toegang/ bemiddeling/ coördinatie	11
1.	Factsheet	12
2.	Gebruik factsheet	12
c.	Aanbod: ondersteunings- en zorg infrastructuur	13
1.	Advies ggz-5-woonzorgprofiel	13
2.	Ondersteunings- en zorginfrastructuur in de wijk	13
3.	Huisvesting maximaal realiseren	14
4.	Inzicht expertise ggz-vg/vv, crisis keten en nodig	14
d.	Elders adresseren	14
6.	Bijlagen	
a.	Ggz-instroom in cijfers en conclusies	15
b.	Bestaande visie en (strategische) doelen	19
c.	Inconsistenties in Wlz, indicaties en andere domeinen	20
d.	Alle betrokken organisaties/ ggz-partners	24

1. Aanbieden Plan van aanpak

Hierbij bieden wij u als ggz-partner in de regio's Amstelland de Meerlanden (AM) en Zuid-Holland Noord (ZHN) ons gezamenlijk ontwikkelde *Plan van aanpak* aan om voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurig intensieve zorgvraag passende zorg te organiseren.

Naar aanleiding van deze opdracht aan gemeenten en zorgkantoren heeft een voorbereidingsgroep met een vertegenwoordiging van mensen uit gemeenten in AM en ZHN, twee grote ggz-woonzorg en beschermd wonen-aanbieders, het zorgkantoor en Stichting Lumen Holland-Rijnland¹ het initiatief genomen om samen met u te komen tot dit *Plan van aanpak*. Alle bekende ggz-partners in onze regio's zijn uitgenodigd om hierin mee te denken.

Wij waarderen de bijdrage van uw organisatie² bij het tot stand komen van dit *Plan van aanpak* en zien uit naar uw bijdrage in de uitvoering van dit plan voor deze inwoners in onze regio's. Een vertegenwoordiging ofwel ambassadeur(s) uit uw organisatie heeft meegedaan aan een inventarisatie van onze gezamenlijke behoeften en knelpunten om te komen tot de zorg en ondersteuning met en voor deze groep mensen. Ook hebben we samen gekeken naar oplossingsrichtingen en verbeteringen. De uitkomst van onze gezamenlijke verdieping op de door ons beïnvloedbare behoeften en knelpunten komen terug als acties in dit regionale *Plan van aanpak*. Daar waar wij aanpassingen in duiding en in wet- en regelgeving nodig hebben, zoals verbeteringen in toegang tot de ggz in de Wlz, zullen wij dat landelijk adresseren en hier als een gegeven beschouwen.

We beschrijven acties in dit plan die wij samen kunnen uitvoeren om deze passende zorg mogelijk te maken binnen onze maatschappelijke uitdagingen.

Een concept van dit *Plan van aanpak* is aan betrokken organisaties in de regio's aangeboden. Vervolgens heeft de voorbereidingsgroep alle ontvangen reacties in een definitief *Plan van aanpak* verwerkt dat ter accordering nu is aangeboden aan alle betrokkenen.

Zowel de regioplannen, die voortkomen uit het IZA met de ontwikkeling van een Mentaal Gezondheidscentrum en dit *Plan van aanpak* raken dezelfde mensen en tevens inwoner in onze regio's. Deze plannen worden naast elkaar opgepakt als gevolg van de aparte landelijk bestuurlijke trajecten waar zij uit voortkomen. Qua inhoud zijn beide plannen duidelijk met elkaar verbonden.

Kortom wij gaan met dit *Plan van aanpak* samen op weg naar het ontwikkelen van passende zorg in AM en ZHN met en voor inwoners met psychische aandoening(en) en een langdurig intensieve zorgvraag!

¹ Stichting Lumen Holland-Rijnland voor belangenbehartiging, ervaringsdeskundigheid en beleidsadvies is hier afgekort tot Stichting Lumen.

² Zie voor alle betrokken organisaties/ ggz-partners bijlage d.

2. Aanleiding, toelichting keuzes en leeswijzer

Aanleiding

Eind mei 2023 zijn [Bestuurlijke Afspraken](#) over zorg en ondersteuning voor mensen met psychische aandoening(en) tussen Valente, de Nederlandse ggz, ZN, VNG, MIND en VWS gepubliceerd. In deze afspraken krijgen alle ggz-partners per zorgkantoorregio samen de opdracht om te komen tot *Passende zorg en ondersteuning voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurige intensieve zorgvraag*. Doel is de zorg en ondersteuning aan deze groep zo te organiseren dat de zorg passend is en ook in de toekomst houdbaar, zowel in personele als financiële zin. Deze houdbaarheid heeft betrekking op zowel de Wmo als de Wlz. We verkennen ook de mogelijkheden van betere aansluiting van voorliggende domeinen als JW, Zvw of Wfz die bepalend zijn op welke wijze deze mensen in beeld komen bij de Wmo en eventueel de Wlz.

Deze bestuurlijke afspraken zijn tot stand gekomen na uitvoerig landelijk overleg sinds begin 2022 over de hoge instroom van genoemde groep inwoners in de Wlz, hoger dan VWS had verwacht. Dit heeft geleid tot één miljard euro meerkosten en deze kosten lopen verder op door de aanhoudende hogere instroom in 2022. De instroom in de Wlz was (nog) niet gedaald tot een acceptabel laag en financieerbaar niveau voor VWS.

In de aanloop naar deze bestuurlijke afspraken bracht VWS twee oplossingsrichtingen in, namelijk: een substantiële korting op ggz-woonzorg-tarieven in de Wlz en een extra uitname uit gemeentefondsen ter dekking van de voortdurende hoge maandelijkse instroom van mensen ook nog begin 2023. De brancheorganisaties zagen niet op welke wijze deze financieel gedreven oplossingen de instroom in de Wlz verminderen of bijdragen aan passende zorg en ondersteuning uit welk domein dan ook. Samen hebben de brancheorganisaties met VWS daarom deze weg afgesproken. Uitgangspunten hiervan is dat gemeenten en zorgkantoren samen met alle betrokkenen in de zorgkantoorregio's tot een *Plan van aanpak* komen om de passende zorg voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurig intensieve zorgvraag te organiseren en te verbeteren.

VWS verwacht dat dit plan leidt tot een vermindering van de gemiddelde maandelijkse landelijke ggz-instroom³ in de Wlz met 20% vanaf begin 2024. Uiteindelijk moet dit dalen naar een gemiddelde landelijke instroom van 100 cliënten per maand.

Ter ondersteuning van deze opdracht heeft VWS drie korte-termijn-maatregelen meegegeven waarop wij in dit document of de bijlagen terugkomen: regiobeelden, [nadere duiding door CIZ toegang ggz-Wlz](#) en langere Wmo-indicaties afgeven. Tevens verwijst VWS naar een lange termijn aanpak, waaronder onderzoek naar aanpassing van wet- en regelgeving om de instroom te beperken; en reguliere en/of lopende acties, zoals de nieuwe inkoopssystematiek van zorgkantoren, het kostprijsonderzoek van de NZa, ontwikkeling van een kwaliteitskader voor deze groep in de Wlz en de ontwikkeling naar 'beschermd thuis' via de Wmo door gemeenten.

Toelichting keuzes

Waarom samenvoeging regio's?

Naar aanleiding van deze opdracht aan gemeenten en zorgkantoren heeft zorgkantoor Zorg en Zekerheid het initiatief genomen om de gemeenten in de zorgkantoorregio's AM en ZHN te benaderen. Gemeenten en zorgkantoor zijn in overleg gegaan en hebben de keuze gemaakt om beide zorgkantoorregio's samen te benaderen om alle betrokkenen in dit proces zo effectief mogelijk en maar één keer in te zetten voor deze opdracht. De ggz-zorg- en ondersteuningsstructuur eindigt niet bij de grenzen van een zorgkantoorregio of regio's samen. Voor sommige mensen vinden we zorg- en ondersteuning bovenregionaal dat wil zeggen buiten AM en ZHN, in andere zorgkantoorregio's. Bovendien hebben sommige zorgaanbieders in AM en ZHN ook locaties in andere zorgkantoorregio's.

Wat bedoelen wij met zorg?

De term *zorg* omvat zowel behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging, omdat deze groep op enig moment hiermee in aanraking komt. Wanneer noodzakelijk wordt een functie specifiek aangehaald. Met de term 'passende zorg' bedoelen we de hier aangehaalde functies inclusief ondersteuning en zorg vanuit de Wmo.

³ Na beëindiging van de instroom van de eerste cliënten in de Wlz met een ggz-woonzorgprofiel in eerste kwartaal 2022, bedroeg de gemiddeld landelijk instroom per maand tussen de 300-400 cliënten.

Bestaande zorg- en ondersteuningsstructuur

De nieuwe ggz-instroom vanaf 2021 in de Wlz in AM en ZHN beslaat samen een klein deel (2,5%) van de landelijke ggz-Wlz-instroom van afgerond 29.000 mensen (september 2023). Die omvang is lager dan verwacht op basis inwoneraantal, maar wel passend bij de beschikbare zorg- en ondersteuningsstructuur in onze regio's. Ons netwerk bestaat overwegend uit voorzieningen en zorgaanbieders die meerdere domeinen en sectoren tegelijk bedienen. Zij leveren samen zorg- en ondersteuning aan deze groep mensen met psychische aandoeningen vanuit meerdere domeinen, soms opeenvolgend of tegelijkertijd in combinatie met elkaar. De variatie in zorgaanbieders is groot, zowel in omvang, expertise en intramuraal versus extramuraal aanbod. Kortom alle ggz-partners zijn ieder op hun eigen wijze belangrijk in onze regio's voor het leveren van zorg en ondersteuning aan deze doelgroep.

Perspectief van mensen met psychische aandoeningen

Het risico bestaat dat door de aanleiding voor deze opdracht alleen gekeken wordt naar verbetering van het bestaande systeem en niet naar het fundament waaruit wij samen toekomstbestendige passende zorg met en voor deze groep mensen ontwikkelen. Wij hebben daarom Stichting Lumen gevraagd om met ons mee te denken in de voorbereidingsgroep. Stichting Lumen houdt ons scherp om vanuit het perspectief van mensen, ervaringsdeskundigheid en herstelgedachte⁴ dit *Plan van aanpak* vorm te geven zonder mensen uit de groep lastig te vallen met zaken als systeemvereisten.

Afgebakend door onze uitdagingen

Het *Plan van aanpak* beschrijft wat wij met elkaar samen oppakken om te komen tot die passende zorg en ondersteuning, zo effectief en doelmatig mogelijk, waarmee de zorgen en vragen van deze groep mensen een plek krijgen. Bij het realiseren van ons gezamenlijke doel, het organiseren van deze passende zorg in AM en ZHN, houden wij rekening met bestaande uitdagingen, zoals arbeidsmarkt- en huisvestingstekorten, stijgende kosten, stijgende zorg- en ondersteuningsvragen en beschikbare financiële middelen.

Wat kunnen wij in de regio beïnvloeden?

Korte termijn maatregelen genoemd in de bestuurlijke afspraken als vermindering⁵ van de ggz-instroom in de Wlz en langer durende Wmo beschikkingen afgeven, zijn voor ons geen doelen, maar middelen. Deze volgen uit de acties waarvan wij samen vinden daadwerkelijk invloed te hebben in onze regio's. Wat wij niet kunnen beïnvloeden, zoals de toegangscriteria die het CIZ hanteert bij de ggz-zorg in de Wlz, adresseren wij bij VWS en eventueel andere brancheorganisaties.

Veronderstellingen meegegeven in opdracht

De specifieke veronderstelde causale relaties meegegeven door VWS met de regiobeelden⁵ kunnen wij op basis van deze data niet herleiden. Volgens optiek van ggz-partners in de regio moeten jong volwassenen zo lang mogelijk perspectief op een toekomst buiten de Wlz worden geboden. Een levenslang ggz-woonzorg-indicatie past vaak niet bij de ontwikkeling die zij vanaf het 18^e tot het 30^e levensjaar nog doormaken.

Van de grote groep vermoedelijk ingestroomd uit *WMO overig* met het laagste ggz-woonzorgprofiel kunnen wij op basis van beperkte en niet beschikbare data geen oordeel geven. Deels herkennen wij de beschrijvende data, maar door het kleine aantal in onze regio per zorgaanbieder en vergelijking met data uit 2022/ 2023 deels ook weer niet.

Op basis van (complexe) casuïstiek zien we dat een deel van de mensen te vroeg ingestroomd is met een ggz-woonzorgprofiel in de Wlz. Zo heeft behandeling niet plaats gevonden of tot resultaat geleid, waardoor mensen niet enigszins stabiel genoeg zijn om ggz-woonzorg te kunnen krijgen. Ggz-crisis, tijdelijk intensieve behandeling met opname zit niet in de Wlz en bij dwang en drang geldt de Wvvgz.

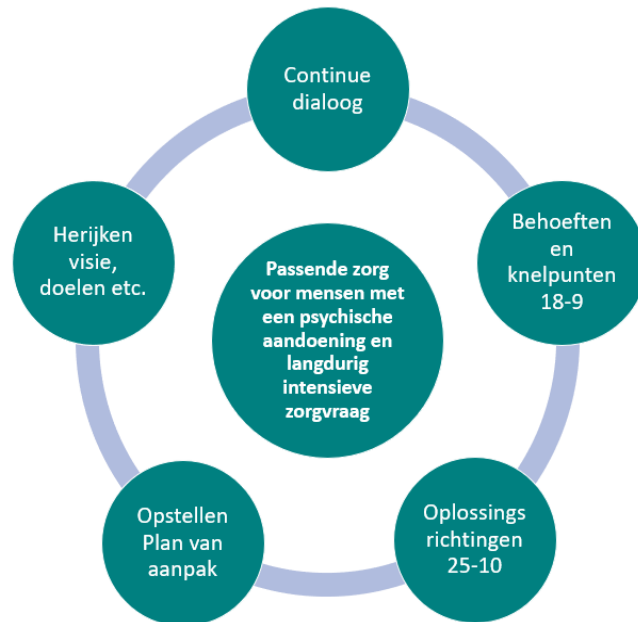
We hebben er voor gekozen ons te focussen op samen het gesprek aan gaan met alle betrokkenen. Inmiddels hebben we ook voldoende aanknopingspunten opgehaald van onderwerpen waar we samen aan kunnen werken om tot zorgen dat die passende zorg en ondersteuning beter beschikbaar is voor deze groep.

⁴ Herstellen als een proces waarin op basis van eigen regie, zelf aangeven, het persoonlijk en maatschappelijk herstel wordt gevolgd.

⁵ Bijlage a: De ggz-Wlz-instroom in cijfers en conclusies, inclusief regiobeelden en link naar landelijke website met gegevens.

Leeswijzer

Dit *Plan van aanpak* is opgesteld, met alle betrokken ggz-partners/ organisaties in onze regio's AM en ZHN om te komen tot passende zorg voor deze inwoners. We hebben de informatie opgehaald volgens de werkwijze die in onderstaande figuur is weergegeven



Hieronder treft u allereerst een samenvattend overzicht van het *Plan van aanpak* op hoofdlijnen met de acties. Vervolgens geven wij een toelichting op de verschillende onderdelen die in dit overzicht staan vermeld.

We beginnen met het herijken van ons fundament, namelijk onze visie en strategische doelen zodat we vanuit dezelfde gezamenlijke stip op de horizon de onderliggende acties oppakken.

Waar gaan we mee aan de slag? We zoomen vervolgens in op drie onderwerpen waarvan wij met elkaar vinden dat wij hier samen invloed op uit kunnen oefenen met medewerking van alle betrokkenen, te weten:

- Samenwerking;
- Toegang/ bemiddeling/ coördinatie en;
- Aanbod: ondersteunings- en zorg infrastructuur.

Elders adresseren: Bij dit onderwerp gaan we in op de inconsistentie, witte vlekken en wet- en regelgeving die VWS en CIZ, en anderen onzes inziens moeten aanpakken om te zorgen dat deze zorg- en ondersteuning nu en ook in de toekomst beschikbaar is.

3.Samenvattend overzicht Plan van Aanpak

Onderstaand overzicht bevat de samenvatting van de inhoud van dit *Plan van aanpak* en de planning op hoofdlijnen. Doel van dit *Plan van aanpak* is passende zorg organiseren voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurig intensieve zorgvraag in de regio's AM en ZHN, waarbij we rekening houden met alle (maatschappelijke) ontwikkelingen.

§	Onderwerp	Actie/ activiteit	Doel	Wie	Wanneer
1.	Akkoord op <i>Plan van aanpak</i> en uitvoering	Via link in email per organisatie/ggz-partner akkoord geven op plan en uitvoering	Passende zorg doelgroep binnen mogelijkheden	Alle regionaal betrokken organisaties Zie bijlage d.	Begin 2024
4.	Herijken visie en (strategische) doelen	Input aanpassingen ophalen partners, dialoog, voorstel en afstemming herijkte visie	Herijken gezamenlijke stip op de horizon, prioritering doelstellingen om daar te komen	Zorgkantoor en voorbereidingsgroep en betrokken organisaties	Q1 2024
5a.	Samenwerken				
1.	Mindset	* Uitgaan van individueel persoonlijk herstel, zelf ingevuld * Samen verantwoordelijkheid nemen voor groep * Hernieuwen kennis over complex zorgstelsel en transparant over (on)mogelijkheden en perspectief * En wat in de tussentijd * Uitvoeren plan met deze mindset	Passende zorg doelgroep binnen onze mogelijkheden	Alle betrokkenen	Vanaf nu
2.	Kennisdelen	* Op basis enquête kennisbehoefte van betrokkenen in regio's ophalen * Programma kennisdelen samen ontwikkelen * Wat kan organisatie zelf bieden aan invulling eigen kennisbehoefte personeel	Doel zo effectief mogelijk de keten inzetten om te komen tot passende zorg	Werkgroep instellen uit: 2-5 gemeenten 2-3 andere ggz-partners zorgkantoor	In 2024
3.	Overzicht expertise en aanbod	Vooraf ordening website transparant maken Iedereen kijkt naar eigen website - zie doel - Via enquête link ophalen voor website op webpagina zorgkantoor site	Inzicht en expertise, doelgroep aanbod en rol in keten	Alle betrokkenen Voorbereidingsgroep	Q1 2024 Q1 2024 en Q2 2024 Q2 2024

§	Onderwerp	Actie/ activiteit	Doel	Wie	Wanneer
5b.	Toegang/ bemiddeling/ coördinatie				
1.	Factsheet opstellen	Gezamenlijk factsheet opstellen en implementeren	Doel effectiever toegang/ bemiddeling/ coördinatie en daadwerkelijk passende zorg realiseren	-Vorbereidingsgroep o.l.v. zorgkantoor -ggz-partners raadplegen/ toetsen -Implementatie alle betrokkenen	Q2 2024
2.	Gebruik factsheet	*Factsheet gebruiken bij complexe casuïstiek, bij alle toegang tot domeinen en uitvoering Wmo *zorglevering door behandelaren/ begeleider en medewerkers van zorgaanbieders *zorgkantoor bemiddeling	Daadwerkelijk gebruiken van factsheet om te zorgen dat groep passende zorg ontvangt	Alle betrokkenen	Vanaf Q2 2024
5c.	Aanbod: ondersteunings- en zorg infrastructuur				
1.	Advies Ggz-5-woonzorg	Advies hoe omgaan met ggz-woonzorg en optie tot beveiliging in relatie tot keten van be-/gesloten ggz-zorg	Doel is zorgaanbod vinden voor mensen met dit profiel	Haarlemmermeer HLT-samen RIBW Kam, GGZ Rivierduinen Brijder Zorgkantoor	Eind Q1 2024
2.	Verankering in wijk	Onderzoek naar wat nodig is om verankering groep in wijk mogelijk te maken; niet namens maar met en kijken naar wegen om dit te realiseren	Ondersteuning, acceptatie en aarden van groep in wijken verbeteren	Haarlemmermeer en HLT-samen GGZ Rivierduinen Lumen Zorgkantoor ...	Eerste helft 2024
3.	Maximaliseren huisvestingsopties	Huisvestingsbehoeften alle groepen adresseren in WOZO, contingent en provinciaal	Doel is om de huisvestingsopties voor deze groep te maximaliseren	Zorgaanbieders Lumen Gemeenten Zorgkantoor	Voortdurend
4.	Nader onderzoek specifiek behoefte expertise vg-ggz & vv-ggz	Inventariseren specifieke behoefte: kennis, experts, infrastructuur, werkproces, welk specifiek aanbod?	Doel inzicht om daarna de hiaten in te kunnen vullen	Zorgkantoor Vorbereidingsgroep Betrokken organisaties	Q2 2024
5d.	Elders adresseren	Inconsistenties, gevolgen etc in zorgstelsel bij VWS en CIZ kenbaar maken	Vragen om uitlegbaar nu en toekomst-bestendige aanpassingen zorgstelsel	-Na akkoord dit <i>Plan van aanpak</i> biedt zorgkantoor plan aan VWS met verwijzing naar inconsistenties	Januari 2024

4. Herijken Visie

De afgelopen periode hebben wij met elkaar gesproken over onderwerpen die wij kunnen beïnvloeden en samen oppakken om te komen tot ons doel de passende zorg- en ondersteuning voor mensen met een psychische stoornis en een intensieve langdurige zorgvraag te organiseren. Dit sluit aan op onze *ggz-Wlz-keten-visie*⁶ van oktober 2022. In onze optiek vraagt deze visie om herijking, omdat er allerlei (maatschappelijke) ontwikkelingen spelen waarvan we moeten toetsen of zij voldoende zijn meegenomen. Bovendien is deze visie van de domeinen samen. Herijken gaat ook over de bijbehorend (strategische) doelen, waar de acties en afspraken in dit *Plan van aanpak* een concretere invulling van zijn. Met de herijking van onze visie maken wij met elkaar duidelijk naar welke stip op de horizon wij samen toewerken met en voor onze inwoners in onze regio's.

Actie en afspraak

Voor het herijken van de visie *ggz-Wlz-keten volgen wij samen* het volgende proces:

- Delen van visie en (strategische) doelen. Zie bijlage b.
- Via een korte enquête uitvragen wat wij missen of welke nadruk wij willen zien in onze visie.
- Van alle opgehaalde informatie sturen we een terugkoppeling met eventueel een voorstel.
- Dit ter voorbereiding op een bijeenkomst eind eerste kwartaal van 2024.
- Uit deze bijeenkomst volgt onze herijkte gezamenlijke visie etc.
- Waarna we samen op een nader te bepalen wijze overgaan tot accorderen.

Uiteindelijk komen we tot eensluidende gedragen visie naar hoe wij samen toewerken naar het organiseren van passende zorg voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurig intensieve zorgvraag in onze regio's.

⁶ Zie bijlage b.

5. Plan van aanpak en doelstellingen

Het doel van dit *Plan van aanpak* is om samen te komen tot passende zorg voor mensen met psychische aandoening(en) en een langdurig intensieve zorgvraag in AM en ZHN, waarbij wij rekening houden met bestaande uitdagingen, zoals arbeidsmarkt- en huisvestingtekorten, stijgende kosten, stijgende zorg- en ondersteuningsvragen en beschikbare financiële middelen.

De opgehaalde behoefte, knelpunten en oplossingsrichting laten zien dat we ook samen al stappen kunnen zetten om te komen tot passende zorg en ondersteuning met de verwachting dat wij vooruitlopen op aanpassingen in wet- en regelgeving in ons zorgstelsel. Die aanpassingen zijn noodzakelijk om nu en ook in de toekomst de passende zorg mogelijk te maken.

De afspraken en acties in dit *Plan van aanpak* bevorderen de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plaats met en voor deze inwoners. We willen niet dat het probleem van het ene domein naar het andere domein verschuift, maar op de juiste plek wordt opgepakt veelal in combinatie met elkaar. Niemand mag tussen wal en schip vallen ook al hebben wij te maken met vele uitdagingen.

a. Samenwerking

Samenwerking is een heel breed begrip dat gaat over houding en gedrag, maar ook over inhoudelijke onderwerpen, werkwijzen en afspraken. In de uitwerking of uitvoering van de acties in dit *Plan van aanpak* wordt gevraagd hierbij stil te staan.

1. Mindset

De mindset waarmee wij elkaar benaderen en aanspreken komt voort uit ons gezamenlijk doel de passende zorg en ondersteuning op basis van de zorgen en vragen van mensen met ggz-aandoening(en) en een intensieve langdurige zorgvraag te organiseren. We gaan uit van het individuele persoonlijke herstel zelf aangegeven. We accepteren en nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor deze groep die van ons gezamenlijk afhankelijk is voor invulling van hun zorgen en vragen. We hernieuwen onze kennis over het zorgstelsel en zijn transparant naar elkaar over grenzen van mogelijkheden, verwachtingen en inconsistenties. We zoeken altijd naar wat dan in de tussentijd en kijken naar perspectief. Wij spreken af dat wij dit *Plan van aanpak* uitvoeren met deze mindset.

2. Kennisdelen

Wij hebben behoefte aan kennis over de verschillende domeinen, de samenhang en combinaties, toegang en uitstroom, waar wij van zijn en waar niet van. En ook hoe dit in onze regio's is geregeld. Dit gaat over de domeinen Zvw, Wfz, JW, Wmo en Wlz⁷. Maar ook op welke tafels wordt welke casuïstiek besproken en met vertegenwoordiging van welke domeinen en hoe en wanneer kan iemand worden aangedragen.

Zo merken wij bij casuïstiekbespreking op de *regiotafel ggz Wlz* dat in het voorliggend traject behandeling had moeten plaatsvinden om de passende zorg te kunnen ontvangen in de Wmo en eventueel daarna pas Wlz.

Actie & afspraak

Om te weten wat wij met elkaar in AM en ZHN moeten organiseren, zorgt een subgroep van ggz-partners uit de regio voor een schriftelijke enquête om op te halen welke kennisbehoefte er leeft over welke domeinen bij medewerkers, zorgverleners en/of behandelaren. Op basis van deze enquête wordt een voorstel gedaan voor invulling van deze kennisbehoefte in de regio, zo mogelijk met een programma aan kennissessie(s) in 2024. Daarnaast zijn alle betrokken organisaties zich bewust van de kennisbehoefte van de eigen medewerkers en komt de organisatie hieraan tegemoet, waar mogelijk samen met elkaar. Zowel het antwoord van de organisatie op de kennisbehoeften van haar medewerkers als nog te organiseren kennissessie(s) is complementair aan elkaar.

⁷ Zvw = zorgverzekeringswet c.q. basisverzekering, Wfz = Wet forensische zorg, JW = Jeugdwet, Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning, Wlz = Wet langdurige zorg.

We vragen de ggz-partners in de regio's medewerkers af te vaardigen om de kennisbehoefte en het antwoord daarop - bijvoorbeeld kennissessie organiseren - uit te werken in 2024. Een werkgroep met een vertegenwoordiging van 2-5 subregio's van gemeenten, waaronder Leiden, en 2-3 zorgaanbieders of een andere ggz-partner, naast het zorgkantoor, nodigen we uit om dit op te pakken.

3. Overzicht expertise en aanbod

Er is een grote behoefte aan inzicht in aanbod voor doelgroepen en specifieke expertise evenals hoe die expertise in te schakelen is. Om dit inzicht te verkrijgen, gaan we uit van welke informatie al beschikbaar is, eenvoudig te delen en welke informatieverrijking nog moet plaatsvinden. We willen voor de informatie aansluiten bij beschikbare (ge-update) en onderhoudbare informatie van een organisatie. De behoefte betreft niet de aantallen woonplekken of klinische opnamen, maar wel doelgroepen of specialisaties/ expertises.

Actie & afspraak

De ervaring leert dat het ingewikkeld is dit inzicht te geven, samen te vatten en visueel te maken; laat staan alle individuele informatie van ggz-partners samen te brengen in een geordend schema. Het heeft de voorkeur dat informatie zo mogelijk maar één keer is vastgelegd in verband met onderhoud en regie voeren op uw informatie. Wij hebben het volgende voor ogen:

U, als betrokken ggz-partner, in AM en ZHN bekijkt uw website en past deze eventueel aan op de door u geleverde expertise(s), het aanbod voor doelgroepen en hoe hiervan gebruik te maken. Door uw eigen website als bron te gebruiken houdt u de regie op welke informatie u beschikbaar stelt.

Wij vragen u via een link/ linken met informatie over expertise en doelgroepen op uw website beschikbaar te stellen op basis van een enquête, uit te zetten door een werkgroep in het eerste kwartaal van 2024.

De enquête bevat ook een voorbeeld van de wijze van ordening van de door u beschikbaar gestelde link(en) op een website van het zorgkantoor *over de ontwikkelingen in de regio voor deze groep*. In het 2^e kwartaal van 2024 is deze webpagina operationeel.

b. Toegang/ bemiddeling/ coördinatie

De titel van deze paragraaf duidt op de verschillende vormen van toegang, bemiddeling, coördinatie van de verschillende domeinen. Soms organiseert de uitvoerende organisatie van het domein zelf de toegang zoals bij de Wmo. Soms is dit onafhankelijk georganiseerd zoals toegang via het CIZ tot de Wlz waarbij het zorgkantoor bemiddelt. Zo is toegang tot de Zvw veelal geregeld met een verwijzing van een huisarts terug te vinden in de polisvoorwaarden van de basisverzekering. In elk domein vindt coördinatie plaats bij invulling en uitvoering van het ondersteuningsplan of zorgplan.

De doelgroep van dit Plan van aanpak maakt een heel zorgtraject door. De start en vervolgzorg van iemand die uiteindelijk tot deze doelgroep wordt gerekend, loopt via JW, Wmo bemoeizorg, Zvw, soms Wfz en Wmo wijkteam en/of beschermd wonen en dan pas eventueel de Wlz. Niemand kan direct van straat op een klinische ggz/ verslaving-behandeling afdeling terecht komen of op een ggz-crisisplek in de Wlz. Deze behandelen bestaat niet in de Wlz en zit in de Zvw en soms Wfz.

Toegang tot de ggz in de Wlz is een eindstation en bevat slechts twee zorgvormen bij een CIZ-indicatie 1^e grondslag met ggz. Er bestaat geen ggz-crisis, tijdelijke behandeling met klinisch verblijf in allerlei variaties zoals men gewend is van bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg in de Wlz.

De CIZ-indicatie voortgezet klinisch verblijf krijgen mensen pas na eerst 3 jaar in de Zvw opgenomen te zijn geweest. Deze CIZ-indicatie is altijd tijdelijk en kan telkens maximaal voor 3 jaar worden verlengd, waarna ook uitstroom buiten de Wlz tot de mogelijkheden behoort..

De andere ggz-zorgvorm is een woonsetting met zorg, begeleiding en behandeling⁸ die CIZ wel nog levenslang afgeeft. De optie voor bijkomende beveiliging betekent niet dat iemand gedwongen kan worden om ggz-Wlz-zorg te ontvangen of opgesloten kan worden in de woonsetting. Dit kan alleen met een maatregel voor de Wvvgg die meestal tijdelijk wordt afgegeven totdat een situatie enigszins stabiel is. Ernstige ontregeling/ instabiliteit is niet in een woonsetting in de Wlz op te vangen. Dit vraagt eerst om enige stabilisatie te bereiken via het gewone of forensische behandelcircuit afhankelijk van de situatie.

⁸ FACT = Flexible Assertive Community Treatment: outreachend multidisciplinair behandelteam.

1. Factsheet

Er zijn eenvoudige handvatten te ontwikkelen om samen te zorgen dat mensen in deze doelgroep de juiste zorg krijgen op het juiste moment. Dat wil zeggen dat de aansluiting vanuit JW, Zvw, Wmo en eventuele de Wlz goed gebeurt. Mensen in onze doelgroep hebben op enig moment zorg nodig uit verschillende domeinen, soms in combinatie met elkaar, soms achtereenvolgend, soms tijdelijk, zowel meer als minder intensief en soms gedurende de rest van hun leven. Daarom is het van belang om **zorgtrajecten** samen met cliënt, te ontwikkelen waarin een keten van verschillende combinaties van zorg en domeinen in vervolgstappen worden geïdentificeerd. Een traject schetst een perspectief voor de toekomst en vraagt ook om tijdig een volgende stap in gang te zetten.

Zo is voor een ggz-woonzorg indicatie-aanvraag duidelijk waar de behandelsituatie van de client (binnen afzienbare tijd) aan moet voldoen wil het zinvol zijn deze ClZ-aanvraag te doen. Een ggz-woonzorgprofiel geeft toegang tot een *woonsetting*⁹:

- voor mensen die (enigszins) *stabiel* zijn
- waar bij *alle diagnoses* zijn gesteld en
- het *woonprofiel* (= begeleidingswijze) bekend is.

Deze drie behandelvragen moeten beantwoord zijn voordat een ggz-woonzorgindicatie kan worden aangevraagd. Deze informatie blijkt niet uit een ggz-woonzorgprofiel. Deze indicatieprofielen zijn namelijk niet onderscheidend en de onderliggende de variatie in zorgvragen is groot. Mensen belast met toegangsbeoordeling, ondersteuning, bemiddeling of coördinatie kunnen hier met toestemming van een client zicht op hebben.

Actie & afspraak

De voorbereidingsgroep ontwikkelt deze handvatten verder, en maakt een factsheet. Voor het opstellen van dit factsheet heeft de voorbereidingsgroep een deel van de betrokken ggz-partners geraadpleegd om te komen tot een concept in het eerste kwartaal van 2024. Vervolgens wordt dit getoetst bij meerdere organisaties, in verschillende domeinen en in meerdere overlegtafels in onze regio's. Een definitieve versie verwachten wij in het tweede kwartaal 2024 aan alle betrokkenen aan te bieden, zodat deze kan worden geïmplementeerd.

2. Gebruik factsheet

Dit factsheet is een handvat voor de inzet, het organiseren en coördineren van de behandeling, zorg en ondersteuning uit de verschillende domeinen voor mensen met een psychische aandoening uit deze doelgroep. We vragen dit factsheet te gebruiken bij het ontwikkelen van ggz-zorgtrajecten en op het juiste moment aanvragen van passende zorgen, zodat voldoende tijd is om aansluitende zorg te organiseren.

Dit factsheet wordt na ontwikkeling en oplevering breed verspreid in de regio aan:

- Alle *complexe casuïstiek tafels in onze regio's*, bijvoorbeeld: Transfertaafel(s) Zvw, Veiligheidshuis, Ketenveldoverleg, tafels Wmo & JW en ggz-regiotafel Wlz AM en ZHN.
- *Zorgaanbieders* en hun professionals, zorgcoördinatoren en medewerkers
- *Gemeenten* en hun (centrale) toegangen.
- Buurtteams, sociale wijkteams (en eventueel jeugdteams) die gezondheidsvaardigheden kunnen stimuleren of ondersteunen, zodat de inwoner zelf de benodigde zorg vraagt, bijvoorbeeld een verwijzing van de huisarts.
- Zorgkantoor betrokken bij de bemiddeling.
- Onafhankelijke clientondersteuning vanuit gemeenten en zorgkantoor.

Actie & afspraak

⁹ Woonsetting kan Wlz intramuraal met verblijf zijn maar ook extramuraal in eigen huur woning, al dan niet via de zorgleverende organisatie, of zelfs een woning om eigendom.

We spreken af dat alle betrokken partners dit factsheet implementeren en gebruiken in het tweede kwartaal 2024.

c. Aanbod: ondersteunings- en zorginfrastructuur

Bovenstaande brengt ons dan ook op het zorgaanbod ofwel ondersteunings- en zorginfrastructuur, de behoefte en knelpunten die wij daarin met elkaar ervaren. Dit gaat zowel over Wmo, Zvw, Wfz, JW als Wlz.

We hebben behoefte aan meer betaalbare woningen, en woonplekken en locaties, voor deze groep mensen; we missen specifiek aanbod. Samen met ggz-partners en vertegenwoordiging van de doelgroep nagaan wat nodig is om te verankering in de wijk waarmee ook bijgedragen wordt aan individueel persoonlijk herstel.

Sinds de openstelling van de Wlz voor de ggz per 2021 is zorgkantoor bezig om te komen tot een passende infrastructuur voor de ingestroomde populatie. Deze is nog steeds in ontwikkeling en evolueert. Er komen twee ouderinitiatieven bij met nieuwe woonsettings voor mensen met specifieke psychische aandoeningen in 2025 en 2026. In dezelfde periode worden nieuwe vervangende woonplekken met een kleine uitbreiding gebouwd voor een groep mensen die naast elkaar wonen met zorg uit de Wmo of de Wlz. We signaleren ook de behoefte aan specifiek aanbod in de zorginfrastructuur voor mensen met psychische aandoeningen.

1. Advies ggz-5-woonzorg: begeleiding en beveiliging

Tot op heden heeft het zorgkantoor nog geen ggz-5-woonzorgvoorziening kunnen inkopen; er is ook nog geen aanbod voor ontwikkeld in onze regio's. Er is een heel diverse en zeer kleine populatie geïndiceerd voor deze zorg in onze regio's; soms oneigenlijk geïndiceerd namelijk te vroeg in het zorgtraject van deze persoon. Dit gebeurt met de verwachting dat deze Wlz-indicatie leidt tot verplichte zorgafname, crisisopvang en inhalen van tijdelijke behandeling.

Dit ggz-5-woonzorgprofiel geeft levenslang toegang tot een woonsetting met inzet van beveiliging die iemand nodig heeft. Deze Wlz-woonzorgvoorziening kan, bij voorkeur tijdelijk, deel uitmaken van de Wlz-zorglevering in een zorgtraject, waarna we iemand doorstroom gunnen naar een ander/ lager woonzorgprofiel zonder beveiliging. De mate van beveiliging bij een ggz-5-woonzorg indicatie kan worden ingevuld in stenen en/of met extra inzet van mensen. Dit betekent niet dat mensen gedwongen kunnen worden zorg af te nemen als zij dat niet willen. Dit kan ook hier alleen met een Wvvgg maatregel, net als in de JW, Wmo, Zvw.

Het hoogste profiel ggz-5-woonzorg is sporadisch in aanpalende regio's aanwezig, maar die plekken zijn bezet. Dit hoogste profiel was volledig nieuw per 2021 toen de Wlz opengesteld werd voor de ggz. Enkele voormalige specifieke BW-voorzieningen en sommige voorzieningen in de gehandicaptensector zijn door zorgaanbieders omgezet naar een ggz-5-woonzorgvoorzieningen, maar niet in onze regio voor zover er al mogelijkheden hiertoe waren.

Actie & Afspraak

In het eerste kwartaal 2024 start een gezamenlijke werkgroep uit AM en ZHN om te komen tot een advies aan de regio hoe wij passend ggz-5-woonzorgaanbod kunnen ontwikkelen. We brengen in kaart hoe de bestaande zorginfrastructuur ook in Zvw/Wlz beveiligde bedden en eventueel Wfz eruit ziet. Niet te verwarren met het woonzorgaanbod voor dit hoogste profiel. Deze werkgroep bestaat uit een vertegenwoordiging van 2 gemeenten, te weten: Haarlemmermeer, HLT-samen, en RIBW Kam, GGZ Rivierduinen, Brijder en het zorgkantoor. Oplevering van dit advies wordt eind eerste kwartaal 2024 verwacht. HvO Querido is bereid om mee te denken vanuit ervaring met deze groep via Wfz, niet-gesloten ggz-5-woonzorgaanbod-Wlz en pilot met gesloten zorg in andere zorgkantoorregio.

2. Ondersteunings- en zorginfrastructuur in de wijk

Wat hebben wij nodig om deze groep prettig in een wijk te laten wonen? Deze mensen verblijven intramuraal, maar ook geclusterd, gespikkeld of in eigen woning of in tijdelijke opvang. Soms krijgen zij zorg en/of ondersteuning/ begeleiding uit de Wmo, Zvw, Wlz of in combinatie met elkaar. De vraag is wat hebben wij als regio's nodig om de inbedding van deze groep in onze wijken mogelijk te maken en te verbeteren. Voorbeelden zijn logeeropvang, ook voor mantelzorger, maatjes/ vrienden-app, flexibele (contingent) woningen etc.

De betrokkenen signaleren dat er behoefte is aan een *pauzeplek* waar iemand naar toe kan om even (soms langer durend) bij te komen, er hoeft niets, begeleiding/ zorg is aanwezig. Na deze pauze kan de persoon weer terug kan naar de 'eigen' (woonzorg)plek. Dit is niet bedoeld als een behandel-/ vakantieplek, maar als een plek voor een noodzakelijk pauze van het dagelijkse bestaan om het leven daarna weer aan te kunnen.

Actie & Afspraak

Een werkgroep bestaande uit Rivierduinen, Haarlemmermeer en HLT-samen, Lumen met het zorgkantoor levert een advies op en zo mogelijk al een verkenning voor ontwikkeling in 2024.

3. Huisvesting maximaal realiseren

We hebben met elkaar opgehaald dat het beperkte woonzorgaanbod en krapte op de woningmarkt ook een rol speelt in het realiseren van huisvesting voor kwetsbare mensen in onze regio's; dus ook voor mensen in deze doelgroep. In alle gevallen moeten wij allemaal extra aandacht vragen voor het reserveren, beschikbaar stellen en ontwikkelen van woonruimte voor mensen met psychische aandoening(en).

- a. Direct betrokken gemeenten wordt gevraagd bij woningbouwcorporaties onze ggz-doelgroep onder de aandacht te brengen, zodat voldoende variatie in woonplekken beschikbaar komt.
- b. Specifiek vragen we gemeenten om voldoende contigentwoningen voor mensen met ggz, maar ook met een verstandelijke beperking (vg) en ouderen;
- c. Gemeenten die de term contigentwoningen niet hanteren, verwijzen naar optimalisatie van beschikbare huisvesting via een Opstap-regeling of de [Tien werkafspraken \(Thuis in de wijk\)](#).
- d. In de gemeentelijke Woonzorgvisie nemen gemeenten naast ouderen ook de mensen met ggz- en vg-problematiek mee;
- e. In de provinciale plannen over volkshuisvesting in Zuid- en Noord-Holland vragen wij, alle partners in de regio's, gemeenten, maar ook zorgkantoren en zorgaanbieders, aandacht te vragen voor de mensen met een kwetsbaarheid door ggz- of vg-problematiek en ouderdom, zodat voldoende, betaalbare en duurzame woningen worden ontwikkeld.

Actie & afspraak

In alle plannen is terug te vinden dat wij allemaal actief onze inwoners met psychische aandoeningen of vg-problematiek en ouderdom onder de aandacht brengen om over voldoende betaalbare duurzame woningen te kunnen beschikken.

4. Nader onderzoek specifieke expertise ggz-vg/vv en crisis

Tijdens de bijeenkomst zijn specifieke behoeften geuit over inzet van ggz-expertise voor vg, crisisbed ggz-vg, en combinatie van ggz-expertise voor vv. Belangrijk is om inzicht te krijgen wat dan wordt gemist de kennis, een expert en/of het aanbod. We stellen voor het inzicht in wat er nu is en wat nu mist te destilleren uit de inventarisatie bij 5a3. en verdiepende vragen met specifiek aandacht voor combinatie van sectorspecifieke kennis, expertise en aanbod inclusief crisis. Kunnen we bestaande zorg bijstellen of iets nieuws ontwikkelen. Zij er goede voorbeelden die we kunnen meenemen. In 2024 wordt hierover een advies gegeven door betrokken organisaties.

Actie & afspraak

In de loop van 2024 alle aanwezige input uitdiepen in bijvoorbeeld een volgende bijeenkomst. Wat gaat goed, wat missen we en wat hebben wij nodig. De resultaten verwerken we in een plan.

d. Elders adresseren

Actie & afspraak

Het zorgkantoor biedt dit plan van aanpak aan VWS aan met aandacht voor de gesignaleerd inconsistenties, de gevolgen en oplossingsrichting. En vraagt om aanpassingen in wet- en regelgeving die nodig zijn om ons de zorg en ondersteuning in ons zorgstelsel toekomstbestendig en minder complex te maken.

Bijlage a: Ggz-instroom in cijfers en conclusies

Zie onderstaand overzicht instroom GGZW AM, ZHN en Nederland:

- Verdeling instroom AM en ZHN is ongeveer 30% versus 70% GGZW¹⁰.
- AM en ZHN samen bedraagt ongeveer 2,5% van landelijk instroom;
- GGZ05W (hoogste zorgzwaarte) Wlz-instroom is minimaal op dit moment.
 - Groep zal toenemen als de indicaties op een goede manier worden afgegeven;
 - We verwachten ook nog doorstroom vanuit de klinieken naar de Wlz.
- Verdeling woonzorgprofielen in AM en ZHN samen verschilt iets van de landelijke verhoudingen in 2023.
 - GGZW03 t/m 05 en GGZW01 iets lager dan landelijk
 - terwijl er meer toestroom is bij GG02W dan landelijk.
 - GGZ02W = begeleiding + verpleging+ verzorging. Relatief veel verpleeghuizen leveren deze zorg.
 - We hebben In AM en ZHN slechts een kleine groep zorgaanbieders die alleen GGZW leveren, De meeste zorgaanbieders leveren ggz-woonzorg in combinatie met vg- of vv -zorg.
- De berekende gemiddelde maandelijkse regionale en landelijke instroom lijkt in 2023 dalende te zijn⁷. Onduidelijk is of dit al de verwachte daling is naar een stabiel lager instroomniveau na initiële instroom. We weten dat het CIZ op dit moment achterstanden heeft. We hebben geen zicht in de omvang van het aantal wachtende op een indicatie voor GGZW.
- Jong volwassen 18-26 jaar: er is wel instroom. Dit bedraagt tot op heden 10% van de totale populatie ongeveer 74. Met voorgestelde werkwijze beperkt de instroom zich tot de jong volwassenen waarvan we al weten dat zij levenslang een bepaalde vorm van begeleiding en nabijheid nodig hebben ter voorkomen van ernstig nadeel in een enigszins stabiele situatie waarbij diagnoses en begeleidingsprofiel bekend is.
- Instroom GGZ01W (laagste profiel) is hoog meer dan 1/4 van de instromers hebben deze zorg nodig. Deze groep is groter dan verwacht in 2021. Landelijk wijkt AM en ZHN nauwelijks af van deze verhouding.
- We kunnen niet per GGZW-profiel volgen waar cliënten vandaan komen, door ontbreken gegevens.
- In 2023 is in ZHN 33% ingestroomd in de Wlz uit BW en 56% uit Wmo overig en 11% onbekend.
- In 2023 is AM 50% ingestroomd in de Wlz uit Wmo overig en 50% herkomst onbekend.
- We weten niet wat de gemiddelde verzilvering per GGZW indicatie is op dit moment. We kunnen de aanname van VWS dat mensen die uit *overig Wmo* instromen in de Wlz weinig zorg ontvangen niet verifiëren door ontbrekende data. Soms kan weinig zorg in een stabiele situatie na een lange zorgcarrière genoeg zijn waarop iemand goed gedijt geven de zorgaanbieders terug.
- In de Wlz leveren bijna alle zorgaanbieders – waarbij het zorgkantoor inkoopt¹¹ - ook zorg aan een aantal GGZ01W cliënten en alle intramurale en extramurale vormen van zorg. Ook ontvangen cliënten met GGZ 01W soms een PGB.
- Een groot deel van de cliënten met PGB ontvangt overigens daarnaast ook ingekochte Wlz-zorglevering (MPT) in een combinatie met elkaar.
- De veronderstelling dat het laagste zorgprofiel het meest in PGB wordt verzilverd herkennen wij niet.
- In de data van september 2023 verblijven in de Wlz mensen met *vormen van zorg thuis* d.w.z. zij wonen in meestal in eigen gehuurde woonruimte, vaak geclusterd, met zorg van een aanbieder nabij georganiseerd.
 - 59% ontvangt zorg met verblijf
 - 41% extramurale *vormen van zorg* ook in combinatie met PGB
- Grootste deel van cliënten die wachten op zorg, ontvangen zorg uit de Wlz; dit kan ook verblijf zijn.
- Zij wachten op locatie van voorkeur of uit voorzorg. Geen urgent/ actief wachtenden in september 2023.

¹⁰ Zie *Overzicht instroom GGZW in de Wlz AM en ZHN versus Nederland* aan einde van deze bijlage a.

¹¹ Dit noemen we zorg in natura ofwel ZIN.

Overzicht instroom GGZW in de Wlz AM en ZHN versus Nederland¹²

	Amstelland en de Meerlanden (AM)						Percentage	Toename AM
Peildatum 1 oktober	GGZ01W	GGZ02W	GGZ03W	GGZ04W	GGZ05W	Totaal	AM van TOT.	gemid / mnd
4e kwartaal 2021	20	30	85	5	.	145	33%	12
4e kwartaal 2022	35	40	105	10	.	195	32%	4
4e kwartaal 2023	30	40	125	10	3	208	28%	1

	Zuid-Holland Noord (ZHN)						Percentage	Toename ZHN
Peildatum 1 oktober	GGZ01W	GGZ02W	GGZ03W	GGZ04W	GGZ05W	Totaal	ZHN van TOT.	gemid / mnd
4e kwartaal 2021	80	90	115	10	.	300	67%	25
4e kwartaal 2022	120	125	160	15	.	420	68%	10
4e kwartaal 2023	170	140	195	20	5	535	72%	10

	AM en ZHH TOTAAL (TOT.)						Percentage	Toename TOT.
Peildatum 1 oktober	GGZ01W	GGZ02W	GGZ03W	GGZ04W	GGZ05W	Totaal	van landelijk	gemid / mnd
4e kwartaal 2021	100	120	200	15	.	445	2,2%	37
4e kwartaal 2022	155	165	265	25	.	615	2,4%	14
4e kwartaal 2023	200	180	320	30	8	743	2,5%	11
Verdeling GGZW 2023	26,9%	24,2%	43,1%	4,0%	1,1%	100,0%		

	Nederland						Landelijke toename	Landelijke gemid / mnd
Peildatum 1 oktober	GGZ01W	GGZ02W	GGZ03W	GGZ04W	GGZ05W	Totaal		
4e kwartaal 2021	5.315	3.970	9.445	1.000	420	20.145	20.145	1.679
4e kwartaal 2022	7.140	4.970	12.100	1.320	605	26.130	5.985	499
4e kwartaal 2023	8.125	5.320	13.945	1.660	780	29.830	3.700	308
Verdeling GGZW 2023	27,2%	17,8%	46,7%	5,6%	2,6%	100,0%		

¹² Bron: CIZ databank uitgezonderd data over GGZ05W afkomstig van zorgkantoor Zorg en Zekerheid

[Link naar landelijke data 2023 \(dec 2023\)](#)

[Link naar landelijk dashboard 2023](#)

Figuur landelijke data 2022 KPMG

Algemene informatie



17.8mil.
Inwoners

26.985
Wlz indicaties in 2022

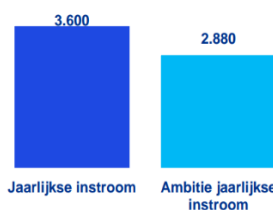
Instroom jongeren

1,6%

Van de totale instroom
is 18-26 jaar

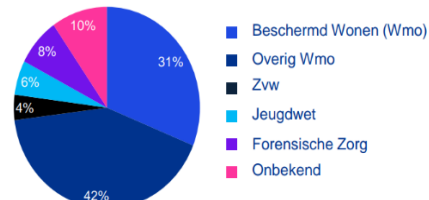
Dit betekent dat er in 2022 ca. 84 jonge cliënten de Wlz zijn ingestroomd. De blijvendheid is bij hen vaak lastig te bepalen. Dit hangt mede af van hun eerder zorg/en ondersteuningsgebruik. De ambitie is om de instroom van deze groep met 43% te verminderen.

Aandeel van de totale Wlz instroom van Nederland



- De maandelijkse instroom is 300 per maand. De doelstelling voor de totale maandelijkse instroom is een reductie van 20%. Dit betekent dat er jaarlijks in totaal 720 cliënten minder moeten instromen om de doelstelling te behalen.
- De reductie kan worden behaald door de beweging naar passende zorg. De groep cliënten die zowel zorg/ondersteuning vanuit de Wmo / Zvw als de Wlz kan ontvangen wordt gezien als het meest kansrijk voor het verminderen van de instroom.

Herkomst van de instroom



De aanname is dat cliënten binnen de Wlz die getypeerd zijn als 'afkomstig uit Wmo overig' ambulante zorg ontvangen. Deze groep behelst ca. 42% van het aantal aanvragen in 2022. In 2022 zijn dit 2.275 cliënten. De ambitie is om de totale instroom van deze groep met 43% te verminderen.

Aandeel zzp 1 indicatie

27%

Van de totaal aantal indicaties
heeft een zzp 1 indicatie

Meer dan een kwart van de totale Wlz indicaties heeft een zzp 1 indicatie. Behoort de aard van de aandoening of stoornis tot de zorg die wordt geleverd onder de Wlz of is zorg vallend onder de Wmo ook voldoende?

[Link naar regiobeelden ggz 2023 \(dec 2023\)](#)

[Link naar Zuid-Holland Noord data 2023](#)

[Lin naar Zuid-Holland Noord dashboard 2023](#)

Figuur Zuid-Holland Noord data 2022 KPMG

Algemene informatie



550k
Inwoners

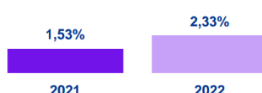
450
Wlz indicaties in 2022

Instroom jongeren*

2,7%
Vanuit totale instroom is 18-26 jaar

Wat betreft groep 18-26, scoort zorgkantoorregio Zuid-Holland – noord relatief hoog in vergelijking met de totale instroom. (let op, dit gaat echter slechts om circa 9 jonge cliënten).

Aandeel van de totale Wlz instroom van Nederland



- De instroom in Wlz in Zuid-Holland – Noord is 2,33% van de totale instroom in Wlz in Nederland in 2022. Hiermee is het aandeel in de Wlz instroom gemiddeld in vergelijking met de andere regio's.
- Het aandeel van de instroom van Zuid-Holland - Noord is relatief laag in verhouding met het inwonersaantal.
- Zuid-Holland – Noord heeft echter wel een forse toename in het aandeel instroom in de Wlz van 52,22%. Namelijk van 1,53% van de totale instroom in Nederland in 2021 naar 2,33% van de totale instroom in Nederland van 2022.

Instroom vanuit Wmo



Wat betreft herkomst Wmo overig, valt zorgkantoor Zuid-Holland – Noord hier niet op in vergelijking met de totale instroom. De instroom is deels te verklaren door de ambulante groep uit de Wmo maar ook door instroom uit andere uit andere domeinen zoals Beschermd Wonen.

Aandeel zzp 1 indicatie

1,8%
Van de totale instroom heeft een zzp 1 indicatie

Zuid-Holland - Noord heeft een gemiddeld percentage cliënten met een laag zorgprofiel (Wlz ggz-wonen 1) t.o.v. totale instroom van de ggz. Kunnen deze cliënten beter passende zorg ontvangen in een ander kader?

*Let op: Totaalinstroom 18-26 jaar is zeer klein (circa 350 cliënten) waardoor één extra persoon meer of minder een grote impact heeft op het totale aandeel.

KPMG

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

| 58

[Link naar Amstelland de Meerlanden data 2023](#)

[Link naar Amstelland de Meerlanden dashboard 2023](#)

Figuur Amstelland de Meerlanden data 2022 KPMG

Algemene informatie



304k
Inwoners

205
Wlz indicaties in 2022

Instroom jongeren*

0,0%
Vanuit totale instroom is 18-26 jaar

Zorgkantoorregio Amstelland en de Meerlanden heeft geen instroom in Wlz-w vanuit de groep 18-26 jaar.

Aandeel van de totale Wlz instroom van Nederland



- De instroom in Wlz in Amstelland en de Meerlanden is 1,06% van de totale instroom in Wlz in Nederland in 2022. Hiermee is het aandeel in de Wlz instroom een van de laagste van Nederland.
- Het aandeel van de instroom van Amstelland en de Meerlanden is ook in verhouding met het inwonersaantal.
- Amstelland en de Meerlanden heeft echter wel een forse toename in het aandeel instroom in de Wlz van 51,78%. Namelijk van 0,70% van de totale instroom in Nederland in 2021 naar 1,06% van de totale instroom in Nederland van 2022.

Instroom vanuit Wmo



Wat betreft herkomst Wmo overig, valt zorgkantoor Amstelland en de Meerlanden hier niet op in vergelijking met de totale instroom. De instroom is deels te verklaren door de ambulante groep uit de Wmo maar ook door instroom uit andere uit andere domeinen zoals Beschermd Wonen.

Aandeel zzp 1 indicatie

0,5%
Van de totale instroom heeft een zzp 1 indicatie

In Amstelland en de Meerlanden is geen hoge instroom van cliënten met een laag zorgprofiel. Dit betekent dat er een grotere kans is dat de cliënten die instromen in de Wlz hier ook passende zorg ontvangen.

*Let op: Totaalinstroom 18-26 jaar is zeer klein (circa 350 cliënten) waardoor één extra persoon meer of minder een grote impact heeft op het totale aandeel.

KPMG

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

| 6

Bijlage b: Bestaande visie en (strategische) doelen (oktober 2022)

Visie ggz-Wlz-keten¹³

Zorgkantoor Zorg en Zekerheid streeft voor haar inwoners in AM en ZHN naar *toegankelijke ggz* van goede kwaliteit en doelmatig. We streven naar een *aansluitende keten* van ondersteuning, zorg en behandeling voor de mensen met een ggz-aandoening samen met klanten, zorgaanbieders, gemeenten, ZZ en andere ketenpartners. We zetten *ons gezamenlijk in om de uitdagingen van de zorg in de regio's te adresseren*.

De ggz gaat uit van *herstelgerichte zorg* met het benutten van veerkracht en eigen regie van en met de klant. De levenslange behoefte aan Wlz-zorg en behandeling in de nabijheid en/of 24-uurs toezicht als gevolg van de ggz-aandoening vindt waar mogelijk veilig en *verantwoord thuis plaats*. Voorliggende of aanvullende vormen van ondersteuning, zorg en behandeling, gebaseerd op de pijlers van *positieve gezondheid*, sluiten op elkaar aan. We maken alle benodigde vormen van ggz beschikbaar voor klanten in onze zorgkantoorregio's. Deze ggz past bij de omvang van de vraag, is *effectief, best passend, betaalbaar en kwalitatief goed*.

Strategische doelen

- I. Voldoende en kwalitatief goede zorg die toegankelijke en betaalbaar is nu en in de toekomst
- II. Aansluiten van alle vormen van ondersteuning, zorg en behandeling voor levering ongeacht domein
- III. Zoveel (waar) mogelijk inzet op extramurale zorglevering d.w.z. scheiden van wonen en zorg
- IV. De aansluitende infrastructuur moet de levering van (extramurale) zorg ondersteunen
- V. Positieve gezondheid organiseren we om instroom te voorkomen en kan een handvat zijn voor de persoonlijke ontwikkeling en kwaliteit van leven

Operationele doelen uit inkoopdocumenten 2024

GGZ-sector

In de GGZ-sector zien wij AM en ZHN niet als twee regio's, maar als één regio. Vanwege de complexiteit van de sector is samenwerking over de regiogrenzen heen belangrijk, vanwege de multiproblematiek van de doelgroep, de sector en specifiek regionale beschikbaarheid. We streven naar goede afstemming van integrale ggz-zorg om aan de aanhoudende hogere zorgvraag van deze complexe en diverse doelgroep te voldoen. Hoe we deze ambitie vormgeven leest u in het inkoopdocument 2024-2026, op onze website en bespreekt u met uw zorginkoper.

Aanvullend visie op Wlz

- Beweging nodig om toekomstbestendige zorg beschikbare te maken
- Zelf, thuis, digitaal en passend voor meest kwetsbare
- Geldende kwaliteitsdocumenten als Kwaliteitsuitgangspunten ggz woonzorg in de Wlz
- Arbeidsmarkt behoud personeel
- Nieuwe werkwijzen/concepten voor innovatie
- Duurzaamheid
- Behandeling

Inkoopdoelen sectorspecifiek

- Onvoldoende passend aanbod voor cliënten met hoge zorgvraag autisme spectrum stoornis
- Onvoldoende passend aanbod voor de cliënten met een ggz-aandoening met behoefte aan Verpleging en Verzorging
- Onvoldoende aanbod van flexibele woonvormen integraal of met aansluitende ggz-behandeling/verslaving uit Zvw
- Onvoldoende passend aanbod voor (jong)volwassen cliënten met een ggz- woonzorgprofiel

¹³ Visie is met grootste deel van ggz-partners bijlage c besproken en getoetst in september 2022.

Bijlage c: Inconsistenties in Wlz, indicaties en andere domeinen

We gaan hier in op misverstanden, vooronderstellingen en issues in de uitvoering van de Wet langdurige zorg voor de mensen met toegang tot de Wlz en een 1^e grondslag ggz¹⁴. Ons zorgstelsel bestaat uit meerdere wetten en bijbehorende regelgeving. Over de jaren is dit samenspel in combinatie van zorglevering steeds ingewikkelder geworden. We sluiten af met de belangrijkste ervaren issues van aanpalende domeinen.

Gemeentelijke dienstverlening ook aan deze groep bestaat uit veel meer dan uitvoering geven aan de Wmo. Bijvoorbeeld schuldhulpverlening, reclassering, curatele/ bewindvoering/ mentorschap. Dit komt voort uit andere en wet- en regelgeving, waar we hier niet op ingaan, maar ook van belang is voor deze doelgroep.

1. Wlz en toegang via CIZ

Inconsistentie in de Wlz die nu en in de toekomst beschikbaarheid van zorg onder druk zet:

- a. *Recht op behandeling, zorg en verblijf*: De indicatie geeft recht op invulling van de zorgbehoefte in het zorgplan tot maximum van de het bedrag van de indicatie. Soms wordt dit ingevuld door maximalisatie van de indicatie in plaats van optimalisatie van deze zorgbehoefte volgens het zorgplan.
- b. *Keuzevrijheid o.a. van zorgaanbieder, zorglevering en financieringsvorm*¹⁵: kunnen we gezien alle arbeidsmarktkrapte keuzevrijheid van zorgaanbieder, behandelaren, zorgleveringsvorm en financieringsvorm (ZIN en/of PGB) waar (blijven) maken.
- c. *Zorgplicht*: zorgkantoren spannen zich in om de zorg samen met zorgaanbieder zo optimaal binnen de mogelijkheden in te vullen. Zorgplicht betekent niet u vraagt, wij draaien en wel direct, voor mensen met een 1^e grondslag ggz:
 - o voor ggz-zorg die zich niet in de Wlz bevindt. Zoals crisis en andere onstabiele ontregelende situaties, behandeling en diagnoses moeten inhalen of dwang en drang in een gesloten- (woon)setting.
 - o Het ggz-Wlz-zorgdeel bestaat uit aanbod voor 2 specifieke groepen met psychische aandoeningen. De andere vormen van begeleiding en/of behandeling als dan niet met (tijdelijk) verblijf zijn opgenomen in de Wmo eventueel in combinatie met Zvw. Voor specifieke groepen in JW en Wfz.
- d. *Voorliggend zijn van Wlz op de Wmo*: de Wlz wordt behandeld alsof daar eerst naar moet worden gekeken voor een zorgoplossing, terwijl de Wlz in ons stelsel, wanneer aan de orde, het eindstation is een zorgtraject in alle sectoren.
- e. *Omvang eigen bijdrage in de Wlz; oplopend bij MPT, VPT en ZZP niet in relatie tot gebruik. En relatie eigen risico in de Zvw.*
- f. *Indicatiestelling voor de Wlz doet het CIZ onafhankelijk op basis van beleidsregels over de profielen.*

Welke incongruenties kennen we tussen de ggz-Wlz en ggz-indicatiestelling?

De Wlz kent maar voor een heel beperkt ggz-zorgvraag toegang tot de Wlz; het zorgaanbod bestaat slechts uit 2 hoofdgroepen:

- a. *Woonzorgindicatie voor mensen met 1^e grondslag ggz van zorgzwaartes oplopend 1 t/m 5*:
 - ggz-woonzorgprofiel (GGZW); waarbij cijfers in de profielen ook verwijzen naar bijkomende zorgbehoefte als -verpleging en verzorging bij 02 en 04; en beveiliging bij 05.
 - Bij GGZ01W en GGZ03W bestaat de zorgvraag alleen uit psychische aandoening(en) inclusief verslaving en het betreft vaak meer dan één ggz-aandoening.
 - Woonsetting waarbij mensen al dan niet zelf huur betalen/ koop; kan intramuraal, maar hoeft niet (zie terug voetnoot 9).
 - Levenslang wonen met begeleiding en andere zorg in nabijheid en/of toezicht om ernstig nadeel te voorkomen.
 - In een indicatie zit altijd behandeling, maar de zorglevering en afspraken met zorgkantoor is bepalend voor levering van behandeling. Volgens regelgeving kan alleen ggz-woonzorg met *verblijf en behandeling* worden

¹⁴ Een 1^e grondslag ggz wil zeggen dat CIZ oordeelt dat dit het gedrag is dat bepalend is om zorg te ontvangen via de Wlz.

¹⁵ Hiermee wordt bedoeld op voorkeur voor: intramuraal (ZZP), volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) en ook financieringsvorm in patiëntgebonden budget (PGB) of zorg in natura (ZIN).

afgesproken (ZZP¹⁶ inclusief BH¹⁷). Hiermee wordt verwezen naar integrale zorglevering. Dit komt in AM en ZHN om plausibele redenen nauwelijks voor.

- Modulaire levering van behandeling gaat om de levering van verblijf (ZZP exclusief BH) en alle extramurale zorgvormen¹⁸ in de Wlz. Behandeling wordt dan via de Zvw geleverd bijvoorbeeld huisartsenzorg en ggz-behandeling (F-ACT). Zo is bijna alle ggz-woonzorg in AM en ZHN georganiseerd.
- De onderliggende zorgvraag bij alle ggz-woonzorgprofielen, en specifiek bij grote groep met middelste zorgzwaarte GGZ03W, is zeer divers; de zorgbehoeften varieert van klein naar groot, voor allerlei (combinaties van) diagnose. De profielen zijn weinig onderscheidend. Er moet na afgifte van een CIZ-indicatie naar de zorgbehoefte worden gekeken om samen met de client het zorgplan te kunnen invullen met passende ggz-woonzorg.
- Nieuw per 1-1-2021 in de Wlz is de GGZ05W-indicatie die gaat over begeleiding en beveiliging. Dit profiel bestond niet in de AWBZ of Wmo. Nu is het aan ons, samen werkend ggz-partners in AM en ZHN om uit te vinden wie en waarvoor krijgen mensen deze indicatie, welke zorgvraag is hier mee gemoeid, wil iemand die zorg en heeft iedereen dan dezelfde zorgvraag. Kunnen we hier groepen in onderscheiden om zorgaanbod te ontwikkelen. Is dit profiel correct afgegeven voor zorg in de Wlz of zien wij passendere oplossingen in Zvw, al dan niet in combinatie met Wmo of Wfz.

b. Voortgezet klinisch verblijf met 1^e grondslag ggz van zorgzwaarte 3 t/m 7: bekend als GGZ-B in de Wlz.

- Deze Wlz-indicatie krijgt iemand pas na 3 jaar ggz-opname via de Zvw.
- De duur is maximaal 3 jaar en kan telkens weer voor maximaal 3 jaar worden verlengd.
- Na de klinische opname uit de Zvw is klinisch voortgezet verblijf nog nodig, maar dan in de Wlz.
- Uitstroomopties: naar huis met of zonder Zvw, al dan niet in combinatie met Wmo, of andere Wlz-indicatie.

Voor wie is het ggz-woonzorg profiel (nog) niet bedoeld?

- Voor mensen in crisis of mensen die ontregeld gedrag laten zien, en dit keer op keer binnen korte tijd weer flink escaleert.
- Dus voor mensen die niet stabiel zijn en dan mogelijk tijdelijke klinische opname voor behandeling nodig hebben;
- Waarvan omgeving vindt dat client verplicht Wlz zorg moet afnemen, ook al wil client dit zelf niet.
- Mensen die ggz hebben en wel functioneren in de wijk, maar geen (goede) woonplek hebben.
- Mensen waarvan diagnoses onvoldoende zijn gesteld.
- Mensen waarvan het woonprofiel/ begeleidingsprofiel niet (onvoldoende) bekend is.
- Mensen waarbij tijdelijk de mantelzorg wegvalt en iemand weer terug kan naar huis.
- Jong volwassenen die geen behandeling hebben gehad of zonder resultaat.

Waar moet het CIZ mee rekening houden?

- Er bestaan maar 2 ggz-Wlz-zorgvarianten! CIZ hanteert 1 beslis regel en kijkt niet naar inhoud zorgprofielen die nu aan de orde is.
- Welke ggz-zorg of ondersteuning via andere wetten is geregeld en eerst nodig is.
- Welke zorg behoort bij ggz-woonzorgprofiel.
- Welke zorg behoort tot ggz-B profielen na 3 jaar Zvw opnamen.
- CIZ blijft indiceren voor alle variaties aan ggz-zorg, ook die zich niet in de Wlz bevinden.
- CIZ zou geen verblijf moeten vastleggen daar dit gene onderdeel uitmaakt van profiel, maar degene die zorgplan met client invult. Meerdere zorgaanbieders hebben een eigen keten van zorg met verblijf, naar zorg met zelf huren op enige afstand wanneer mensen meer eigen regie aankunnen.
- Niet meer zomaar aanbieder van voorkeur invullen als CIZ niet weet dat of deze GGZW levert.

¹⁶ ZZP = zorgzwaarte pakketten voor verblijf.

¹⁷ In verblijf kent de Wlz Zorg zwaarte pakket (= ZZP) al dan niet met behandeling (=BH).

¹⁸ Extramurale zorgvormen zijn: Volledig pakket thuis (=VPT) met een beperkt pakket aan functies te leveren thuis en Modulaire pakket thuis (MPT) is uren van verschillende functies conform zorgplan, als: verpleegkundige, verzorgende, begeleiding, huishoudelijke verzorging en eventueel dagdelen dagbesteding.

- Zich realiseren dat het aanbod ggz in Wlz beperkter is dan de sectoren gehandicaptenzorg of verpleging en verzorging waarbij de complete range zich in de Wlz bevindt.
- ClZ zou moeten terugverwijzen naar ander domeinen of geen indicatie afgeven als de antwoorden op deze 3 behandelvragen niet bekend zijn bij aanvraag van een ggz-woonzorgprofiel.
 - Enigszins stabiele situatie
 - Alle diagnoses bekend
 - Woon/ begeleidingsprofiel bekend
- De Wlz/ het zorgkantoor kan niemand dwingen tot zorg; daarvoor is het GGZ05W-profiel ook niet bedoeld! Levenslang gesloten woonzorg krijgen kan alleen met een maatregel via Wvvgg afgegeven door een rechter voor een specifieke periode. Hier speelt een zorgvuldige afweging van (morele) dilemma's een rol bij continuering van levenslange zorginvulling met maatregelen.

2. Belangrijkste hick-ups in wet- en regelgeving in ons zorgstelsel

Wet forensische zorg (Wfz): mensen uit onze doelgroep kunnen (tijdelijk) door de rechter gesloten behandeling krijgen opgelegd vanwege een delict. Soms heeft iemand al een Wlz-indicatie die stopt bij ingaan justitiële behandelopname. Client is dan veelal de plek in de Wlz-voorziening kwijt. De Wlz-indicatie wordt opgeschort. Na afloop van de behandelopname wordt de indicatie weer geactiveerd, waarbij meestal niet aansluitend een Wlz-plek kan worden gevonden of beschikbaar is. Regelmatig wordt de Wlz-client pas heel kort voor ontslag bij het zorgkantoor aangemeld. Soms is de indicatie niet meer passend bij het beeld van client, er is geen behandeling geweest, of is niet gelukt. Uit historie blijkt dat direct sprake is van ontregeling en direct terugval omdat client niet zelf de stabiele situatie kan handhaven. Soms kan een maatregel nodig zijn en dan is het soms zoeken naar een behandelaar en de vervolgzorg soms in de Wlz. Soms moet ook een (vervolg)behandeling worden gestart om de voorwaarde te scheppen om zorg te krijgen uit de Wlz.

We zien ook situaties waarbij de ggz-woonzorgindicatie voor het eerst wordt aangevraagd als uitstroomoptie uit de justitieel forensische psychiatrie. De kans is groot dat dit uitstroommoment niet aansluit op instroom in een Wlz-voorziening daar strafoplegging in verhouding moet staan tot delict en niet tot einde van de benodigde behandeling. De forensische psychiatrie behandeling moet dan via de Zvw vaak worden voortgezet, voordat doorstroom naar een ggz-woonzorgplek mogelijk is. Als dit niet goed wordt opgepakt bij uitstroom uit de Wfz belanden mensen op straat of in de nachtopvang, als er geen woonplek voor hen is om naar terug te gaan omdat een woonzorgplek voor deze persoon nog niet aan de orde is. De regie ligt in dit geval in de Veiligheidsketen waarbij de Wmo, de Zvw en de Wlz ook betrokken worden.

In deze trajecten die mensen doormaken zou een tijdige ClZ-aanvraag tijdens de forensisch justitiële periode op basis van de juiste gronden (3 behandelantwoorden) heel tijdig moeten worden ingezet, tenzij is andere forensisch psychiatrische zorg via de Zvw nog nodig is. Een tijd ClZ aanvraag en doorzetting naar het zorgkantoor is van belang om te bemiddelen naar deze schaarse vormen van ggz-woonzorg of combinatie van vg-ggz. Het digitale Wlz-instroomproces waarbij de indicatie eerder is aangevraagd tijdens de justitieel forensische psychiatrische opname wordt niet automatisch digitaal ondersteund in iWlz.

Zvw: ggz-behandeling heeft in deze zorgtrajecten op meerdere momenten een plek, soms van intensief, afnemend en onderhoud, dan weer oplevend door een specifieke of acute behandelvraag en dat soms meermaals. Mensen die op enig moment een ggz-behandeling hebben en (daarna) participeren en functioneren in de maatschappij, ook al is sprake van een opleving van de aandoening op meerdere momenten in hun leven kunnen levenslang intensieve zorg nodig hebben zonder dat zij zich tot de Wmo of Wlz wenden. Dit kan ook in combinatie met alleen Wmo voorkomen.

Het belasten van het eigen risico in de Zvw voor mensen met psychische aandoening(en) t.o.v. mensen met somatische aandoeningen is verschillend. Voor een deel van deze groep in het PvA komt betalen van het eigen risico bovenop de nu nog minimale Wmo eigen bijdrage of de forsere eigen bijdrage voor de Wlz.

De ggz-behandeling heeft niet plaats gehad of is niet gelukt. Dus op de drie behandelvragen is geen (recent) antwoord, waardoor voor client geen passende Wlz-plek wordt gevonden omdat de zorgvraag onduidelijk is en

een zorgaanbieder niet kan bepalen of deze client iets te bieden heeft. Reden hiervoor kunnen zijn dat client bijvoorbeeld op een wachtlijst voor behandeling staat of dat behandeling (voortijdig) is beëindigd. Verslavingsbehandeling rekenen we ook tot ggz-behandeling. Verslavingsbehandeling gaat veelal uit van gemotiveerde mensen, terwijl motivatie fluctueert. En als die wel aanwezig is, kan niet direct worden gehandeld/ opgenomen. Crisis ggz-opnamen/ hulp en ervaren-ggz-crisis lopen uiteen. Zo gaat crisis ggz in de Zvw uit van directe ontregeling door psychose of suïcide-gevaar. Dit sluit niet aan op de beleving van mensen en hun omgeving.

In vervolgtraject waarbij mensen instromen in de Wlz ontstaat verwarring over verslavingsbehandeling die niet is gelukt of waar sprake is van herhaaldelijke terugval. In sommige Wmo en Wlz-voorzieningen wordt gebruik onder specifieke voorwaarden gedoogd en afspraken gemaakt over al dan niet mogen terugval. Wanneer abstinentie van middelen aan de orde is dan is de wens een maatregel Wvggz wanneer iemand niet zelf de craving aan kan, en dit ook al herhaaldelijk is gebleken met zeer ontregelend gedrag tot gevolg. Die maatregel wordt lang niet altijd afgegeven en is voor een tijdelijke periode. Gesloten varianten bestaan niet of nauwelijks in Nederland.

Uit de Zvw komt naast ggz-behandeling, huisartsenzorg, eventueel bijkomende geneesmiddelen en medisch specialistische zorg. De polisvoorwaarden van de basisverzekering beschrijft op welke wijze en hoe hiervan gebruik kan worden gemaakt.

Mensen kunnen een ggz-behandeling uit de Zvw krijgen en daarnaast ook Wmo-ondersteuning hebben.

Mensen kunnen een ggz-behandeling uit de Zvw krijgen en daarnaast een combinatie van de modulaire/ extramurale zorgvormen uit de Wlz (zie pagina 22).

Wmo: bemoeizorg *verleidt* mensen naar ondersteuning en zorg. Soms lukt dit niet of is moeizaam en kent ook een lange adem, soms van jaren. Mensen kunnen onder voorwaarden terecht in de maatschappelijke opvang (MO) via een centraal georganiseerde toegang. Wmo gaat uit van kansen en mogelijkheden van een inwoner en manieren om participatie te stimuleren soms uitmondend in een vraag voor een voorziening bijvoorbeeld: *overige Wmo ondersteuning* aan mensen die eigen woonplek hebben of *beschermde wonen*. Gemeenten werken ook met outreachende teams als sociale wijkteams of buurtteams of via JW met jeugdteams (voor gezinnen met) kinderen onder de 18 jaar.

Jeugd Wet (JW): de psychische en gezinszorg voor jeugdigen tot 18 jaar is in deze wet belegd. Wanneer mensen na zorg uit de JW in de Wmo of zelfs al in de Wlz belanden, valt op dat soms geen of slechts deels ggz-behandeling is geleverd.

Voordat een jong volwassene, vanaf het 18e jaar levenslang in de Wlz terecht komt, is het van belang dat ggz-behandeling is uitgezocht en tot resultaat heeft geleid of wordt ingehaald. Helaas heeft jeugd soms ook geen woonplek na uitstroom uit de JW en dan lijkt de Wlz een goede oplossing, terwijl deze jong volwassene nog belangrijke ontwikkelingen door maken en daar nog niet thuis zouden moeten horen, op een kleine groep na.

Bijlage e: Overzicht betrokken organisaties/ ggz-partner in AM en ZHN

Voor instemming PvA

1. Stichting Lumen Holland-Rijnland
2. Alpen Aan Den Rijn
3. Amstelveen
4. Aalsmeer
5. Haarlemmermeer
6. Leiden
7. Kaag en Braassem
8. Katwijk
9. Leiden
10. Leiderdorp
11. Nieuwkoop
12. Noordwijk
13. Oegstgeest
14. Ouder-Amstel
15. Uithoorn
16. Voorschoten
17. Zoeterwoude
18. HLT Samen Hillegom, Lisse, Teylingen
19. Ouder-Amstel, Uithoorn, Diemen & Duoplus uitvoeringsorganisatie Ouder-Amstel, Uithoorn, Diemen
20. RIBW Kam
21. De Binnenvest
22. De Haardstee
23. De Steenrots
24. HvO Querido
25. Leger des Heils
26. Prodeba
27. Cardea
28. Tom in de Buurt
29. Gemiva Svg
30. Ipse de Bruggen
31. Ons Tweede Thuis
32. Philadelphia
33. 's Heerenloo
34. Stichting de Linde
35. ActiVite
36. Zorgbalans
37. Brijder
38. GGZ Rivierduinen
39. GGZ inGeest
40. MEE ZHN
41. MEE AZ
42. MEE UGV
43. Clientondersteuning Plus
44. Zorg en Zekerheid
45. Zorgkantoor Zorg en Zekerheid

Voor ontwikkeling PvA

46. Amsterdam¹⁹
47. Haarlem²⁰
48. Bestuurlijk Aanjaagteam VWS

¹⁹ Amsterdam betrekken gebeurt via subregio Amstelland in verband met toegang Wmo en JW etc. in AM

²⁰ Haarlem betrekken gebeurt subregio Haarlemmermeer in verband met toegang Wmo en JW etc. in AM