



Van : Bianca den Outer, bovenregionaal projectleider Wvggz
Aan : Ineke Jenniskens/ Myriam Kooij/ regio-overleggen Wvggz
Datum : 7 december 2020
Onderwerp : Probleem samenloop Wet Verplichte ggz (Wvggz) & Wet Zorg en dwang (Wzd)

In deze memo wordt achtereenvolgens kort het probleem geschetst, de achtergrond en uitgebreide analyse ervan en tot slot de mogelijke oplossingsrichtingen.

1. Wat is het probleem (afbakening probleemstelling)?

Sinds 1 januari 2020 gelden twee wettelijke kaders voor verplichte zorg: een bij psychische problematiek (Wvggz) en een bij een verstandelijke beperking dan wel psychogeriatrische problematiek (Wzd). In de samenloop van beide wettelijke kaders leidt dit tot problematiek in de beoordeling, toeleiding en beschikbaarheid van (crisis)zorg:

- Wanneer bij de melding van crisis (niet somatisch) aan de GGZ-crisisdiensten, de voorliggende grondslag niet psychiatrisch is, ontstaat een vacuüm in de verplichte zorgverlening.
- Wanneer de dominante grondslag niet bekend is, zal de crisisdienst (volgens de nieuwe wetgeving) vanaf de beoordeling geen opvolging meer kunnen geven aan de uitvoering van verplichte zorg. Er ontstaat dan een dringend probleem betreft de afhandeling van acute crisisvragen omdat de twee verschillende wetgevingen in dit kader op onderdelen elkaar belemmeren en in de praktijk nog niet zijn afgestemd.

Dit heeft tot gevolg dat burgers/cliënten die in acute crisis gedwongen zorg moeten ontvangen, niet kunnen worden toegeleid naar de juiste zorg. Zonder de (juiste) zorg in de crisisfase lopen deze burgers ernstige schade op, vormen zij (mogelijk) een gevaar voor zichzelf of hun omgeving of lopen langdurig vast in de zorg, met onnodig en onwenselijk leed tot gevolg.

2. Achtergrond problematiek

De problemen voor deze groep mensen wat betreft de beoordeling, toeleiding en beschikbaarheid van de juiste zorg op de juiste plek is niet nieuw. De invoering van de nieuwe behandelwetten geeft echter aanleiding voor het verder afbakenen van toeleiding naar zorg: de patiënten veranderen niet, de wetgeving waaronder de patiëntenzorg plaatsvindt verandert wel en daarmee wordt de problematiek in de samenloop tussen de sectoren GGZ, VG en PG urgenter en tastbaarder.

In de BOPZ werd geen (juridisch) onderscheid gemaakt tussen de psychiatrische problematiek enerzijds en VG, NAH, psychogeriatrische problematiek anderzijds. De rechtspositie was voor beide groepen gelijk. Met als gevolg dat het voor GGZ-instellingen mogelijk (niet wenselijk) was om tijdelijk over te gaan tot opname, ook zonder psychiatrische grondslag.

De invoering van de Wvggz en Wzd per 1 januari 2020 heeft deze situatie veranderd. Dat leidt knelpunten in de beschikbaarheid van voldoende en passende zorg, en tot de noodzaak om regionaal afspraken te maken over een nieuwe verantwoordelijkheidstoedeling en de praktische uitwerking daarvan tussen de sectoren GGZ, VG en PG, met name op het onderdeel acute zorg. Daarbij is in het merendeel van de



regio's de uitgangssituatie dat de VG- en PG-sector de (bereikbaarheid en beschikbaarheid van) acute zorg langdurig heeft overgelaten aan de GGZ, waardoor beschikbaarheid van (voldoende) voorzieningen en samenwerkingsafspraken ontbreekt.

Naast afspraken over de beschikbaarheid van voldoende en passende zorg, moeten er regionaal sluitende werkafspraken zijn over de beoordeling en de toeleiding van mensen die in 1 van de wettelijke kaders gedwongen zorg (kunnen) ontvangen. Deze afspraken dienen helder gecommuniceerd te worden aan partijen in de zorgketen zodat continuïteit van zorg geborgd is.

3. Analyse problematiek samenloop Wvvgz en Wzd

3.1 Overgangsjaar Wzd

Beiden wetten zijn per 1 januari 2020 ingegaan. Voor de PG- en VG-sector is 2020 echter gekwalificeerd als overgangsjaar. Zodoende is door deze sectoren 2020 beschouwd als voorbereidingsjaar op de uitvoering van hun taken. Voor de GGZ is de scheiding van wettelijke kaders per 1 januari 2020 staande praktijk.

Dit heeft in meerdere regio's geleid tot (acuut) overleg met de GGZ-, VG- en PG-sector om af te stemmen dat er tot eind dit jaar ondersteuning wordt gegeven door de crisisdienst om medische verklaringen op te stellen. Voor de GGZ is deze situatie echter niet houdbaar.

De Nederlandse ggz en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie hebben aangegeven per 1 januari 2021 in de GGZ te stoppen met de crisisopvang van andere dan ggz-patiënten. Zij constateren dat de ouderenzorg en gehandicaptenzorg er tot nu toe niet in slaagden om de crisisopvang zo te regelen dat iedere doelgroep in professioneel opzicht optimaal bediend wordt en er door de zorgkantoren voldoende zorg is ingekocht.

3.2 Beoordeling medische verklaring Wet zorg en dwang

GGZ-aanbieders hebben overwegend de keuze gemaakt om per 2020 alleen de Wvvgz uit te voeren. Met als gevolg dat zij geen erkenning hebben voor de uitvoering van de Wzd, waardoor het juridisch niet meer mogelijk is om personen met een andere grondslag dan psychiatrie klinisch binnen de eigen instelling op te nemen.

De vraag of de GGZ vanuit haar verantwoordelijkheid vanuit de Wvvgz personen met een andere grondslag dan psychiatrie mag en moet *beoordelen*, heeft landelijk tot discussie geleid. Een beoordeling in het kader van Wzd dient te worden gedaan door een ter zake deskundige arts. Daarmee geeft de Wzd de GGZ-crisisdiensten formeel voldoende ruimte om personen met multi- problematiek te behandelen onder één titel. In een crisissituatie kan de GGZ iemand behandelen op grond van een Wvvgz-crisismaatregel, ook als die later beter thuis blijkt in de Wzd.

Het is daarmee formeel dus mogelijk om iemand vanuit de GGZ te beoordelen, ook ter voorbereiding op een maatregel in het kader van de Wzd. Dat sluit ook aan bij casuïstiek in de acute zorg waarin problematiek uit beide wettelijke kaders samenkomt, of waarbij het op voorhand onduidelijk is wat de (voorliggende) grondslag is.



Vanuit de GGZ worden hierbij wel kanttekeningen bij geplaatst. Er is terughoudendheid aangaande de beoordeling door 'een ter zake deskundig arts' en aangaande de beoordeling van mensen waarbij vooraf geen twijfel bestaat over de grondslag Wzd, maar waarbij de GGZ-Crisisdienst enkel beoordeelt omdat de mogelijkheid tot beoordelen vanuit de VG en PG ontbreekt.

GGZ-aanbieders benadrukken dat zij verantwoordelijkheid willen nemen voor regionale oplossingen – zeker wanneer de VG- en PG-sector aangeeft hoe zij op termijn haar rol gaat vervullen en tussentijds passende randvoorwaarden biedt voor beoordeling vanuit de GGZ. Zo zijn er goede ervaringen in regio's waarbij de GGZ vooralsnog in de beoordeling en aanvraag van IBS'en voorziet, op voorwaarde van werkafspraken over vervolgzorg, een noodbeddenregeling en een consultatiefunctie SO/AVG.

Voor zover problemen in de samenloop betrekking heeft op de financiering van beoordelingen van patiënten die niet binnen de Zorgverzekeringswet gedeclareerd kunnen worden, zou in de loop van 2020 een oplossing komen. VWS treedt hierover in overleg met de NZa en zorgverzekeraars.

3.3 Beschikbaarheid acute vervolgzorg bij beoordeling door de GGZ

De beoordeling betreft het eerste fundamentele knelpunt van de probleemstelling in de samenloop Wvggz en Wzd. Het tweede fundamentele knelpunt betreft het vervolg op de beoordeling: de beschikbaarheid van acute vervolgzorg.

Wanneer uit beoordeling een noodzaak blijkt tot verplichte zorg, is het ook noodzakelijk om direct zorg te leveren. Wanneer de GGZ-Crisisdienst een onderdeel vormt van de beoordeling ten behoeve van een IBS in het kader van de Wzd, is het voor de GGZ van groot belang om de vervolgzorg goed vorm te geven: de GGZ is immers niet (altijd) in staat om passende zorg te leveren.



Uit de factsheet samenloop Crisissituaties Wvggz – Wzd:

Maak regionale afspraken over de wijze waarop de GGZ-crisisdienst een patiënt met een Wzd-titel kan doorplaatsen:

- Voor de sector PG zou doorplaatsing binnen 24 uur geregeld moeten zijn.
- Voor de sector VG zou doorplaatsing in 2020 de eerstvolgende werkdag geregeld moeten zijn. De crisisinterventieteams die door de zorgkantoren worden ingericht kunnen hierin ook een belangrijke rol spelen.
- VWS gaat ervan uit dat zorgaanbieders en zorgkantoren hier gezamenlijk invulling aan geven, voor zover dat in regio's nog niet georganiseerd is. Zij monitort deze invulling.

VWS onderzoekt gedurende 2020 de noodzaak en mogelijkheid voor een landelijk informatiepunt die een overzicht heeft van beschikbare (vrije) bedden als uitstroom na beoordeling.

In het kader van de doorplaatsing van patiënten naar de sectoren PG en VG gaat VWS begin 2020 in gesprek over de volgende onderdelen:

- In overleg met de zorgkantoren en NZa over voldoende (in aantal en deskundigheid) crisisplaatsen in de sectoren PG en VG die beschikbaar zijn. VWS neemt dit mee in het kader van reeds lopende trajecten binnen het programma 'Langer Thuis'.
- In overleg met de NZa over financiering van plaatsen voor patiënten met een Wzd-machtiging die niet (gaan) voldoen aan de criteria voor de Wlz, waardoor er (nog) geen passende financiering is. Dit onderdeel zal VWS in januari 2020 oppakken zodat deze groep patiënten niet tussen wal en schip zal vallen.
- Het onderzoeken van de noodzaak en mogelijkheid om na 2020 ook binnen de gehandicaptenzorg binnen 24 uur een plaatsing in crisissituaties te kunnen doen.

3.4 Ontwikkelen passend aanbod: beschikbaarheid en capaciteit uitvoerende sectoren

Naast tijdelijke noodoplossingen als randvoorwaarde voor beoordeling door de GGZ-Crisisdienst, is het structureel en duurzaam organiseren van beschikbaarheid van voldoende passende crisiszorg een terugkerend knelpunt in de zorginfrastructuur. Dit hiaat komt voort uit het feit dat de VG- en PG-sector de (bereikbaarheid en beschikbaarheid van) acute zorg langdurig heeft overgelaten aan de GGZ, waardoor beschikbaarheid van (voldoende) voorzieningen en samenwerkingsafspraken ontbreekt: de ontwikkelopgave voor deze sectoren is groot.

Vanuit de VG- en PG-sector wordt daarbij aangegeven dat sprake is van onvoldoende gekwalificeerd personeel om uitvoering te geven aan de wetten. Met name de VG en VVT-sector (naast de GGZ) spreekt over nijpende tekorten aan deskundige artsen (specialisten ouderengeneeskunde bijvoorbeeld). Binnen de VG en VVT-sectoren zijn niet voldoende passende (intramurale) plekken ingericht voor de beoogde doelgroep. Verpleeghuizen en VG-instellingen hebben beperkte intramurale capaciteit welke voldoet voor het gedrag dat deze groep teweegbrengt.

De GGZ-sector heeft zich al eerder landelijk uitgesproken dat de administratieve lasten door onder andere de substantiële toename van klachtgronden onder de Wvggz zorgen voor een groot tekort aan



psychiaters; daarnaast speelt het feit dat een arts in opleiding geen beoordelingen meer mag doen in het kader van de Wvvgz, waardoor extra druk op de psychiaters komt te liggen.

3.5 Organisatorische inrichting VG en VVT in relatie tot de Wet langdurige zorg (Wlz)

De inzet, inkoop en structuur van aanbieders binnen de huidige Wlz (voorzieningen) is nog onvoldoende ingericht om een dekkend en passend aanbod van ambulante (verplichte) zorg te realiseren. Dit zorgt voor het uitblijven van dit deel van de Wet zorg en dwang. Daarnaast is de VG en VVT-sector niet ingericht om (buiten kantoor tijden) crisismeldingen van a tot z op te pakken en te plaatsen. De AVG en SO kunnen niet voorzien in beoordeling thuis terwijl de psychiater na beoordeling de cliënten niet kan plaatsen. Een betere samenwerking en snellere overname van 'verkeerde bed cliënten' over en weer, alsmede een plek voor de psychiaters om cliënten 'kwijt te kunnen' na beoordeling in de crisisdienst zou helpend zijn voor alle partijen.

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van onafhankelijke expertise om te kijken naar een crisis in de Wet langdurige zorg en daarbij een zo goed mogelijke oplossing te vinden. Daarvoor worden bedden ingekocht bij zorgorganisaties die namens het zorgkantoor worden beheerd. De regisseur van deze partij is tijdens kantoor tijden te benaderen voor vragen en aanmeldingen. Zij of hij zal altijd bereid zijn om mee te denken. Het doel kan zijn om te proberen de regeling zo leeg mogelijk te houden, dat wil zeggen eerst zal de aanmelder in het reguliere circuit moeten zoeken naar een plaats pas daarna kan gebruik gemaakt worden van een veel duurder crisisbed. De regisseur zal niet zelf met de cliënt aan het werk gaan. Dit wordt gedaan door de aanmelder, dat kan iemand van een jeugdteam, wijkteam, MEE consulent of een andere hulpverlener zijn.

Wat de plaatsing op crisisbedden Wlz moeilijk maakt is, dat wanneer iemand geen Wlz indicatie heeft de persoon niet mag worden geplaatst op een crisisbed Wlz. Wanneer er geen Wlz indicatie met grondslag VG aanwezig is, dan kan in regio's op dit moment niet worden geplaatst in de WLZ crisis regeling. Wel kan worden geplaatst als er een Wlz indicatie met grondslag VG aangevraagd is.

Overkoepelend ontstaat er een druk vanuit de VG en PG sector vanuit hiaten in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van voldoende en passende crisiszorg. Dat versterkt de druk op de GGZ-Crisisdienst en leidt tot knelpunten in de samenloop Wvvgz en Wzd, ook wanneer daar vanuit de individuele problematiek geen aanleiding toe is.

Als het OM te maken krijgt met een Wzd casus, wordt het voor hen heel ingewikkeld. Het CIZ is passief en legt de bal terug. Het OM moet eerst een medische verklaring hebben alvorens te kunnen handelen. Het vinden van een specialist is daarbij een belemmering voor het OM. Als er dan uiteindelijk een medische verklaring is, dan ligt de actie om een instelling bereid te vinden client op te nemen, ook bij het OM. Dat is niet een geëigende taak voor het OM.

3.6 Inrichting in het systeem Khonraad

Er is een landelijke wens om een andere volgorde in het huidige proces van de inbewaringstelling. Dit punt is landelijk in het ketenoverleg geagendeerd en men is bezig met de technische uitwerking. Deze wijziging heeft technisch en operationele impact op het systeem van Khonraad.



De grootste uitdaging zit in het deel "achter de schermen" niet zichtbaar voor accounthouders en betreft de koppelingen met andere ketenpartners. Op het moment dat een beslissing wordt genomen, worden er veel processen in gang gezet om de juiste partijen van informatie te voorzien. Dit betreft voor de inbewaringstelling de koppelingen met de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de Raad voor Rechtsbijstand (RvR). Zij ontvangen deze geautomatiseerde berichten direct na het nemen van de beslissing en hebben de gegevens over de accommodatie nodig voor hun proces. Het wijzigen van dit proces betekent dat deze partijen een bericht ontvangen als er een beslissing wordt genomen én later een mogelijke update op het moment dat de accommodatie bekend is.

Khonraad voert gesprekken met bovengenoemde partijen om in kaart te brengen welke wijzigingen er in de koppelingen noodzakelijk zijn indien de accommodatie later in het proces gekozen kan worden. Een wijziging in een koppeling kan nooit eenzijdig worden gedaan en omdat Khonraad met alle partijen een aparte koppeling hebben, wordt er overleg gevoerd met al deze partijen. Ook aan de andere kant moeten er technisch aanpassingen ingepland en uitgevoerd worden. Omdat de koppelingen cruciaal zijn voor het correct verlopen van het proces en alle wijzigingen tegelijk "live" moeten is dit een complex proces.

Inmiddels is Khonraad in goed overleg en tot afstemming gekomen met de IGJ en het CIZ en hebben zij een implementatieplan rond. Khonraad is op dit moment nog aan het wachten op de uitkomst van de interne bespreking bij de Raad voor Rechtsbijstand. Daarna kunnen zij de wijzigingen technisch gaan realiseren. Omdat zij afhankelijk zijn van deze partijen is een datum lastig te noemen. Het staat in ieder geval met hoge prioriteit op de agenda van de Khonraad-developers.

4. Vervolg/oplossingsrichtingen

- Belang regionale afspraken bestaande uit:
 - o Sturing op ontwikkeling voldoende en passend zorgaanbod
 - o Het erkennen van ieders verantwoordelijkheid
 - o Werkafspraken over oplossingen in de tussenliggende periode, op basis van wederzijdse waarborgen (noodbeddenregeling, consultatiefunctie, etc.)
 - o Benoemen en mitigeren van risico's
- Noodzaak praktische oplossingen op stelselniveau (o.a. betaaltitels).
- Urgentie bij de vindbaarheid van informatie en gegevens: van actuele beschikbaarheid van voorzieningen tot telefoonnummers.
- Toezien op naleving samenwerkingsafspraken
- Belang gedeelde verantwoordelijkheid: kwaliteit samenwerkingsafspraken
- Iedere sector heeft hierin een verantwoordelijkheid en een belang bij samenwerking in de keten. Daarbij is op korte termijn een goed inzicht en besluitvorming nodig over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van crisisplaatsen, ongeacht sector.
- Belang van erkenning voor de GGZ. VG/PG is probleemeigenaar, maar de GGZ wordt (publiekelijk) aangesproken op het ontwijken van verantwoordelijkheid.