

Passende zorg voor cliënten met complexe problematiek

Rapportage verkenning

MEE NL, 20 april 2016, versie 1.0

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
1 Inleiding.....	5
1.1 Cliënten met complexe problematiek.....	5
1.2 Verkenning	5
1.3 Reikwijdte onderzoek	5
1.4 Leeswijzer	6
2 Bevindingen uit de regio's en deskresearch	7
2.1 Bij welke doelgroepen spelen deze problemen?	7
2.2 Factoren zorgsysteem	9
2.3 Beschikbaarheid van expertise	15
2.4 Sociale kaart	18
2.5 Professionele netwerken en casuïstiek overleg.....	19
3 Beschouwing: resultaten in perspectief.....	23
3.1 Wat is complexe casuïstiek?.....	23
3.2 Er zal altijd complexe casuïstiek zijn	23
3.3 Van toeval naar gestructureerde aanpak	24
3.4 Ingrediënten oplossingen.....	24
4 Conclusies en aanbevelingen.....	27
4.1 Conclusies.....	27
4.2 Aanbevelingen	29

Bijlagen:

Bijlage 1: Respondenten interviews

Bijlage 2: Geraadpleegde andere bronnen

Bijlage 3: Schets opschalingsmodel voor passende zorg

Bijlage 4: Overzicht MEE-regio's

Samenvatting

Er is een groep mensen met een ingewikkelde zorgvraag waarvoor het soms moeilijk is om passende zorg te krijgen. Het Ministerie van VWS werkt er sinds een aantal jaren aan om ook voor deze kleine groep mensen een passend zorgaanbod te kunnen garanderen. Dit project is bedoeld om problemen bij het vinden van dat passende zorgaanbod nader in kaart te brengen en oplossingsrichtingen te verkennen. In opdracht van het Ministerie van VWS is onder leiding van MEE NL een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd om te verkennen hoe deze problemen zich in de verschillende regio's van Nederland voordoen. Hoe werken de betrokken partijen samen, wat weten ze van deze mensen, wat zijn de knelpunten en wat zijn de succesfactoren om wel passende zorg te kunnen bieden. De onderzoeker heeft daarvoor 32 gesprekken gevoerd met 42 vertegenwoordigers van 11 gemeenten, 5 zorgkantoren en 13 MEE-organisaties.

De belangrijkste conclusies van de verkenning zijn:

De doelgroepen worden herkend

De ondervraagde personen zien een aantal problemen bij het vinden van passende zorg voor de kleine groep mensen met de meest complexe zorgvragen. Die komen vooral voor bij mensen met een combinatie van beperkingen en aandoeningen als: Licht Verstandelijke Beperkingen (LVB), GGZ-problematiek, Autisme en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). Het blijkt vooral moeilijk om passende zorg te kunnen bieden als deze beperkingen gecombineerd worden met gedragsproblemen, verslavingen, problematische schulden en justitiële problemen.

Voor de groep mensen met zeer complexe problematiek is veelal zorg en ondersteuning nodig op vele of alle levensdomeinen. Daar waar meerdere aanbieders of financiers betrokken zijn bij het leveren van die zorg en ondersteuning leidt dit soms tot afstemmings- en afbakeningsproblemen.

Factoren zorgsysteem

Respondenten geven aan dat de volgende factoren een rol spelen bij casuïstiek waarin het niet (goed) mogelijk is tot passende zorg te komen:

- Zorgaanbod
 - Beperkingen in locatie, setting of groep
 - Ontbreken benodigde kennis en disciplines
 - Combinatie met intensieve medische zorg
 - Gebrek aan samenwerking
- Financiering en zorginkoop
 - Niet gecontracteerde zorg, Pgb als financieringsoplossing
 - Benodigde middelen
 - Meerzorg zowel knelpunt als oplossing

- Cliënt, netwerk en omgeving
Omstandigheden, zorgen, verwachtingen of eisen van de cliënt, de familie of het netwerk
- Toegang
Niet eenduidige en rigide toepassing toelatingscriteria
- Keten
 - Opstoppingen in de keten
 - Gebrek aan flexibiliteit

Beschikbaarheid van expertise

Een deel van de respondenten is van mening dat voor het realiseren van passende zorg de benodigde kennis niet op alle plaatsen is geborgd. Veel expertise is er wel, maar deze is alleen bij bepaalde personen en organisaties aanwezig en niet altijd rondom de cliënt beschikbaar.

In de praktijk gaat veel tijd en energie zitten in het verhelderen van complexe casuïstiek, de interpretatie van wet- en regelgeving en het tot overeenstemming komen over de te volgen aanpak. Nog te vaak lukt het niet tot gedeelde opvattingen te komen en ontbreekt het aan een ‘beslissende stem’ of uitsluitsel gevend proces. Dat betekent ook dat bij ‘vergelijkbare casussen’ iedere keer opnieuw de discussie aangegaan moet worden.

Sociale Kaart

De respondenten hebben geen eensluidende opvatting over nut en noodzaak van een eenduidige (gezamenlijke) sociale kaart, of waar de verantwoordelijkheid ligt voor deze informatievoorziening. Daarvoor zijn de lokale en regionale verschillen in vraag en aanbod te verschillend en is het lastig deze informatie actueel in een systeem te beheren. Zeker waar het om de echt complexe problematiek gaat, moet altijd per casus naar een oplossing worden gezocht. Dan gaat het er meer om dat de juiste personen elkaar weten te vinden, overleggen en tot een invulling van het benodigde aanbod komen.

Professionele netwerken en casuïstiek overleg

Uit de regionale inventarisatie blijkt dat netwerken als die voor jeugd, LVB, autisme en hersenletsel niet (meer) overal aanwezig of in beeld zijn of zij hebben een andere rol dan het oplossen van casuïstiek. Verder is de betrokkenheid van de cliëntondersteuning binnen de Wlz en Wmo niet overal vanzelfsprekend meer bij het oplossen van complexe problematiek. In verschillende mate zijn er overlegtafels met zorgaanbieders en is overleg tussen zorgverzekeraars en gemeenten in ontwikkeling.

Wat is complexe problematiek?

Bij een groot deel van de problemen zit de ingewikkeldheid vooral in het vinden van de juiste verbinding tussen vraag en aanbod. Met goede samenwerking en meer kennis over het beschikbare aanbod (binnen en buiten de regio) is hier al veel winst te behalen. Bij een restgroep van deze mensen is het echt lastig om passende zorg te regelen doordat:

- de zorg in die vorm, combinatie of situatie niet direct voorhanden is;

- de zorg vraagt kennis en expertise die normaal gesproken niet bij één zorgaanbieder aanwezig is; De samenwerking die daarvoor nodig is vraagt veel flexibiliteit en creativiteit in organisatie en financiering van de zorg.

Er zullen altijd van dit soort ingewikkelde zorgvragen zijn die puzzelwerk, inventiviteit en durf vergen om tot passende zorg te komen. Maar uit de gesprekken blijkt dat die, met enige moeite, vaak wel opgelost kunnen worden. Om dat te bevorderen doen we de onderstaande aanbevelingen aan het Ministerie van VWS.

Aanbevelingen uit onderzoek

- Breng de lijst van ingrediënten die onze gesprekspartners hebben genoemd voor een betere samenwerking onder de aandacht van alle relevante betrokkenen. Waaronder de ingrediënten:
 - Denk niet in doelgroepen, maar investeer wel in kennis van bijzondere doelgroepen
 - Neem als financiers nog meer de faciliterende en regisserende rol
 - Creëer een flexibele bekostiging en organisatie van de zorg
 - Stel mensenwerk voorop
 - Zet in op het voorkomen en escalatie van complexe problematiek
- Bied een platform voor informatie- en kennisdeling
Een te starre benadering van regels en bevoegdheden kan verbeteren door een algemeen platform van een gezaghebbende instantie met domeinoverstijgende informatie over actuele interpretaties van wetten, afbakening tussen domeinen en voortschrijdend inzicht in casuïstiek. Dat kan bijvoorbeeld door te voorzien in (vervolg op) een website zoals ‘hoeverandertmijnzorg.nl’.
- Geef duidelijkheid over toegangscriteria
Rondom de transities is een aantal afbakeningskwesties gerezen. Voor een deel komen deze voort uit interpretatieverschillen tussen betrokkenen of een door respondenten ervaren (te) strikte en niet eenduidige toepassing van indicatiecriteria door het CIZ. Aanbeveling aan VWS is om:
 - de huidige Wlz-toegangscriteria en toepassing daarvan te beoordelen op hun (on)mogelijkheden om te komen tot passende zorg voor cliënten met complexe problematiek;
 - voor zover die mogelijkheden er wel zijn, deze ruimte optimaal te laten benutten door meer duidelijkheid te geven aan alle betrokkenen over de interpretatie van de Wlz-toegangscriteria en een eenduidige toepassing daarvan door het CIZ te waarborgen;
 - voor zover dat onvoldoende is de optie te onderzoeken van een ‘grensgevallenclausule’ CIZ waarmee – onderbouwd met wellicht een rol voor het CCE – afgeweken kan worden van de indicatie.

- Stimuleer opschalingsnetwerken voor passende zorg
Als samenwerking niet vanzelfsprekend op gang komt, is het nodig om te zoeken naar afspraken waardoor op tijd de juiste partijen betrokken worden die escalatie kunnen voorkomen. Benut voor zover mogelijk bestaande overlegstructuren en netwerken om te komen tot regionale opschalingsnetwerken voor cliënten met complexe problematiek.
- Zoek oplossing voor woonvragen in breder verband
Het beschikbaar krijgen van voldoende en geschikte huisvesting kan volgens ons niet los gezien worden van het breder huisvestingsvraagstuk waar veel gemeenten en andere betrokken tegenaan lopen. Benut daarvoor de resultaten van gemeentelijke en ouderinitiatieven met andere stakeholders, als woningbouwcorporaties en projectontwikkelaars.
- Deze verkenning geeft aanleiding voor nader onderzoek naar:
 - goede cijfers over hoe vaak deze problemen voorkomen.
 - of cliënten en hun verwanten onze knelpunten en aanbevelingen ook zo zien.
 - hoe zorgaanbieders in met name de VG- en GGZ-zorg hier tegen aan kijken.

1 Inleiding

1.1 Cliënten met complexe problematiek

Jaarlijks is er een groep cliënten met een complexe zorgvraag die te lang moet wachten op een plaats in een instelling, of waarvoor geen volledig passende plek kan worden gevonden. In de meeste gevallen is er sprake van een mix van knelpunten die het vinden van een goede plek in een instelling bemoeilijkt. Vaak gaat het om mensen die te maken hebben met gedragsstoornissen naast een licht verstandelijke beperking, maar er is ook vaak een relatie met combinaties van Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH), Autisme of Psychische stoornissen.

Het Ministerie van VWS is daarom in 2015 een project gestart om beter zicht te krijgen op de problematiek en uit te zoeken wat in de regio's nodig is om tot passende zorg te komen voor deze cliënten met complexe problematiek. In opdracht van het Ministerie van VWS is onder leiding van MEE NL een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd om in beeld te brengen in welke mate deze problematiek zich regionaal voordoet; welke kennis, samenwerking en aanbod er is; en welke belemmeringen en succesfactoren er zijn. Het doel hiervan is om het Ministerie van VWS handvatten te bieden voor een passende vervolgaanpak om te voorkomen dat deze burgers geen passende zorg ontvangen.

1.2 Verkenning

In de periode december 2015 – februari 2016 is het onderzoek uitgevoerd om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Per MEE-regio zijn interviews afgenomen met zo veel mogelijk vertegenwoordigers van het zorgkantoor, een gemeente en de MEE-organisatie. Die partijen zijn gekozen om in de korte beschikbare tijd zo snel mogelijk een beeld te krijgen van de complexe problematiek. Hierbij zijn we er van uitgegaan dat aanwezigheid van deze problematiek in ieder geval bij de financiers van zorg en ondersteuning en de Wlz- en Wmo-cliëntondersteuners bekend zou zijn.

Er zijn in totaal 32 gesprekken gevoerd in 18 van de 20 MEE-regio's (zie bijlage voor overzicht MEE-regio's). Gesproken is met vertegenwoordigers van 11 gemeenten, 5 zorgkantoren die in 29 van de 32 zorgkantoorregio's werkzaam zijn en 17 medewerkers van MEE-organisaties, deels met een coördinatiefunctie van netwerken autisme, netwerken niet-aangeboren hersenletsel of expertnetwerk (L)VB.

1.3 Reikwijdte onderzoek

Het betreft een kwalitatief onderzoek, waarbij interviews zijn gevoerd met de hiervoor genoemde groep respondenten van gemeenten, zorgkantoren en MEE-organisaties. Hoewel we niet in iedere regio met alle betrokkenen hebben kunnen spreken, is een goed beeld ontstaan over opvattingen en ervaringen bij deze betrokkenen in het hele land.

Gesprekken met andere (regionale) betrokkenen, zoals zorgaanbieders, CIZ, zorgverzekeraars of cliëntenorganisaties, maken geen deel uit van de regionale verkenning.

Wel zijn landelijk vanuit het project contacten gelegd door het Ministerie van VWS met andere betrokkenen. De resultaten van de regionale verkenning maken deel uit van het breder VWS-project 'Passend zorgaanbod voor cliënten met complexe problematiek'.

Ook is gekeken naar andere bronnen met informatie van andere betrokkenen, zoals de Wiz monitor van Vilans, de jeugdmonitor, de monitor van Zorg Verandert (zie bijlage met overzicht). De resultaten van deze regionale inventarisatie passen goed binnen het beeld dat uit andere bronnen is af te leiden

Mensen tussen wal en schip

Zo heeft Vilans begin 2016 een peiling gehouden onder professionals en ervaringsdeskundigen met specialistische kennis uit praktijk, beleid en management waaronder zorgaanbieders. Zij zijn gevraagd naar hun ervaringen met de transitie bij mensen met een zintuiglijke beperking, een verstandelijke beperking met gedragsproblematiek, autisme, niet-aangeboren hersenletsel en een ernstige psychische stoornis.

Kennis van de doelgroep bij lokale teams om hen te herkennen, een goede aansluiting tussen de toegang en specialisten, een integrale en levensbrede benadering en cliëntondersteuning komen als belangrijke items voor deze doelgroepen uit de peiling.

In het programma Integraal Werken in de Wijk bundelen vijf landelijke kennisinstituten (Vilans, NCJ, NJI, Movisie en Trimbos) vanaf 2016 hun kennis en expertise om gemeenten en professionals te helpen bij het vormgeven van de zorg en ondersteuning van hun burgers. Dicht bij huis, en vooral in samenwerking met wijkteams en professionals en de burgers zelf. Een van de deelprojecten focust zich op bijzondere doelgroepen (Zie ook artikel: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/nieuws-tussen-wal-en-schip.html>. *Bron: Vilans*)

Hoewel dat niet bij voorbaat uitgesloten was, komt in de interviews en geraadpleegde bronnen en daarmee deze rapportage een aantal onderwerpen (vrijwel) niet aan bod:

- de in de zorgverzekering geregelde zorg, zoals de geneeskundige GGZ en intensieve kindzorg (IKZ);
- de combinatie van zorg en onderwijs.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft de bevindingen uit de regio's en de deskresearch weer. Hoofdstuk 3 plaatst deze met een korte beschouwing in perspectief. Hoofdstuk 4 bevat de conclusies en aanbevelingen. De aanbevelingen richten zich vooral op de succesfactoren die in de regio's naar voren worden gebracht om wel tot passende zorg te kunnen komen in complexe situaties.

2 Bevindingen uit de regio's en deskresearch

Dit hoofdstuk geeft de bevindingen van de interviews en deskresearch weer. De respondenten is gevraagd aan te geven of er regionaal casuïstiek is waarin het lastig is passende zorg te realiseren voor cliënten met complexe problematiek; welke kennis, samenwerking en aanbod er is; en welke belemmeringen en succesfactoren er zijn.

De bevindingen zijn gegroepeerd rondom de volgende thema's:

- Bij welke doelgroepen spelen deze problemen?
- Factoren zorgsysteem
- Beschikbaarheid van expertise
- Sociale kaart
- Professionele netwerken en casuïstiekoverleg

2.1 Bij welke doelgroepen spelen deze problemen?

Op grond van signalen uit het veld en bij VWS bekende individuele casuïstiek zag VWS bij aanvang van dit project met name problemen bij de volgende groepen cliënten met behoefte aan complexe zorg en ondersteuning: cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), (lichte) verstandelijke beperkingen en ernstige gedragsstoornissen, autisme en psychische aandoeningen. In de regionale inventarisatie zijn deze landelijke signalen getoetst. Die toetsing geeft het volgende beeld.

De doelgroepen worden herkend

De respondenten van gemeenten, zorgkantoren en MEE-organisaties herkennen over het algemeen de op basis van casuïstiek landelijk gesignaleerde doelgroepen met complexe problematiek. Dit geldt met name voor cliënten met (L)VB, GGZ/autisme en de combinatie van beperkingen/aandoeningen en gedragsproblematiek. Aanvullend hierop zijn de combinatie van beperkingen met verslavingsproblematiek, problematische schulden en een justitiële voorgeschiedenis van de cliënt genoemd als complicerende factoren voor het realiseren van passende zorg.

Onderstaand volgen de genoemde knelpunten bij het realiseren van passende zorg voor deze doelgroepen.

Onvoldoende brede doelgroepkennis bij aanbieders

Uit de gesprekken komt naar voren dat bij aanbieders een gebrek aan kennis van andere doelgroepen dan de eigen primaire doelgroep een rol speelt. Dat gaat onder meer om cliënten met NAH die bij een zorgaanbieder verstandelijk gehandicaptenzorg komen, waarbij deze niet goed herkent dat de NAH-problematiek toch anders is dan een verstandelijke beperking.

Het gebrek aan kennis van andere doelgroepen speelt met name bij het niet kunnen bieden van passend aanbod bij meervoudige beperkingen en combinaties met gedragsproblematiek.

Dat komt vooral naar voren bij de onderstaande twee doelgroepen:

- Cliënten met een verstandelijke beperking en psychische problematiek
Zorgaanbieders hebben over het algemeen kennis van hetzij de verstandelijke beperking, hetzij de psychische aandoening en een daarop toegespitst aanbod. Zij kunnen hun aanbod dan niet afstemmen op andere problematiek. Zo zijn de GGZ-behandelmethoden vaak niet geschikt voor cliënten met een verstandelijke beperking, bijvoorbeeld omdat zij veel schriftelijke en/of communicatieve vaardigheden vergen. Of behandelaars en andere professionals in de GGZ hebben onvoldoende kennis en vaardigheden om cliënten te ondersteunen die naast een psychische aandoening een (licht) verstandelijke beperking hebben. Omgekeerd geldt hetzelfde voor professionals uit de gehandicaptensector als het gaat om de ondersteuning van cliënten die naast een (licht) verstandelijke beperking een psychische aandoening hebben.
- Cliënten met een beperking (met name LVB) en gedragsproblemen
Als een cliënt naast een beperking ook gedragsproblemen heeft, is het niet altijd mogelijk voor deze cliënt zorg te realiseren of te continueren. Daarbij spelen naast factoren als geschikte faciliteiten en capaciteit ook kennis en vaardigheden voor het om kunnen gaan met de gedragsproblematiek een rol.

Bij NAH niet altijd een geschikte plaats

Per regio verschilt de mate waarin het voor cliënten met een complexe zorgvraag door niet-aangeboren hersenletsel problematisch is om tot passende zorg te komen. Een deel van de respondenten geeft aan dat niet altijd een geschikte plaats beschikbaar is. Dit wordt met name gemeld vanuit Groningen, Drenthe, Friesland, Utrecht en Amsterdam. Het betreft vooral plaatsen voor de jongere NAH-er voor wie het beschikbare aanbod van instellingen voor lichamelijk gehandicapten of verpleeghuiszorg niet passend is. Bijvoorbeeld vanwege de samenstelling van de groep, de prikkelrijke omgeving of vanwege gedragsproblematiek die NAH met zich mee kan brengen en waar LG-zorg geen goed antwoord op heeft. Ook reisafstanden kunnen een rol spelen: dan is er wel passend aanbod, maar is dat te ver weg voor de cliënt en zijn verwanten.

Beschermd wonen voor LVB-jongeren is een opkomend probleem voor gemeenten

Op het grensvlak Wlz-Wmo-Jeugdwet signaleren gemeenten met name het realiseren van beschermd wonen/begeleid wonen als een groot probleem. Dit zien/ervaren ook de andere gesprekspartners.

Dit is vooral problematisch voor jongere mensen met LVB. Die hebben vaak 2 tot 3 jaar intensieve begeleiding nodig om te leren zelfstandig hun leven te leiden. Of zij hebben tijdelijk meer nodig dan een paar uur begeleiding per week om rust te creëren terwijl ze bijvoorbeeld proberen om van een verslaving of schulden af te komen. In het veld leeft het beeld dat voor hen een passend wettelijk kader ontbreekt, omdat zij niet voldoen aan de criteria voor de Wet langdurige zorg. Tijdelijk beschermd wonen voor deze groep valt onder de Wmo, maar gemeenten hebben niet altijd bij de inkoop rekening gehouden met deze groep en er is bij gemeenten discussie over de hiervoor beschikbare financiële middelen.

Uit de inventarisatie blijkt dat gemeenten op verschillende wijzen met deze casuïstiek omgaan. Een deel van de gemeenten ziet het gestelde wettelijke en financiële kader als begrenzing van de verantwoordelijkheid en daarmee handelingsmogelijkheden. Andere gemeenten hebben de ingekochte ‘GGZ-plaatsen’ beschermd wonen ook beschikbaar gesteld voor andere doelgroepen of hebben vooruitlopend op een landelijke oplossing daarvoor extra aanbod gecontracteerd (zie kader). Zij hebben gekozen om het realiseren van passende zorg voor de betreffende cliënten in de praktijk niet afhankelijk te stellen van de principiële discussie over verantwoordelijkheden en financiën.

Niemand tussen wal en schip

De gemeente Amsterdam is begin 2015 geconfronteerd met tientallen jong volwassen Amsterdammers met een (licht) verstandelijk beperking die urgent een tijdelijk verblijf/behandeling in een 24-uurs voorziening nodig hebben.

De gemeente Amsterdam heeft in afwachting van een landelijke oplossing een tijdelijke regeling opgesteld voor de financiering van 24-uursopvang. De regeling is tot stand gekomen na overleg met MEE Amstel en Zaan, de zorgaanbieders, Achmea, de gemeente Amsterdam en besproken binnen de stedelijke stuurgroepen GZ en GGZ.

Zie voor meer info:

<http://gemeentenvandetoekomst.nl/item/Regeling-tijdelijke-urgente-zorg-LVB-021900>

2.2 Factoren zorgsysteem

De respondenten is gevraagd welke factoren een rol spelen bij casuïstiek waarin het niet mogelijk is passende zorg voor cliënten met complexe problematiek te realiseren. De rode lijn is dat het aanbod, de toegang en financiering daarvan nog erg in domeinen en sectoren zijn georganiseerd.

Uit de gesprekken komt het beeld naar voren dat de decentralisaties en de hervorming van de Langdurige zorg regelmatig als effect hebben dat zorgaanbieders en financiers (zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten) zich terugtrekken op hun eigen domein. De behoefte aan duidelijkheid over nieuwe verantwoordelijkheden leidt tot het trekken van te scherpe grenzen, waardoor mensen tussen wal en schip vallen. Waar aan de ene kant nieuwe samenwerking ontstaat in de wijken verscherpen aan de andere kant grenzen tussen het jeugd domein, de Wmo en de Wlz. De door respondenten genoemde factoren zijn rondom de volgende thema's te groeperen:

- Zorgaanbod
- Financiering en zorginkoop
- Cliënt, netwerk en omgeving
- Toegang
- Keten

Zorgaanbod

De complexe problematiek stelt eisen aan de zorg en ondersteuning waaraan zorgaanbieders moeilijk kunnen voldoen door:

- Beperkingen in de locatie, setting of groep
Ernstige (gedrags)problematiek van de cliënt kan het bieden van zorg binnen een groep onmogelijk maken, vanwege het effect van deze cliënt op de gehele groep. Of de locatie vergt faciliteiten (zoals afscherming) die niet aanwezig zijn en ook niet makkelijk kunnen worden aangebracht. Ook kan de benodigde zorg zo intensief zijn (1 op 1 of frequent) dat die niet in een groepsgewijze setting kan worden geboden.
- Het ontbreken van benodigde kennis en disciplines in het zorgaanbod
Zoals in 2.1 benoemd is het onvoldoende in huis hebben van bepaalde domein-vreemde expertise voor aanbieders vaak een 'contra-indicatie'. Ofwel een argument voor het niet toelaten van de cliënt tot de instelling, omdat men dan niet de benodigde zorg kan leveren. Dit speelt dus vooral bij ernstige gedragsproblematiek, de combinatie met verslaving en een combinatie van beperkingen.
- Combinatie met intensieve medische zorg
Door MEE worden ingewikkelde casussen genoemd waar veel medische en verpleegkundige zorg nodig is en discussie ontstaat over de financiering daarvan (o.a. zorgverzekering). Zoals cliënten die vanwege hun verstandelijke beperking een zorgprofiel geïndiceerd krijgen met veel begeleiding, maar die ook veel medische/verpleegkundige zorg nodig hebben waarin het zorgprofiel niet voorziet. Of bijvoorbeeld een thuiswonende cliënt met meervoudige beperkingen met Wlz-zorg, die vanwege slaapapneu vanuit het ziekenhuis een slaapapneu-kap en nachtzorg nodig heeft.
- Gebrek aan samenwerking in het zorgaanbod
De voor passende zorg aan cliënten met complexe problematiek benodigde samenwerking tussen zorgaanbieders komt om verschillende redenen soms niet tot stand. Dit kan zijn vanwege terughoudendheid of schroom van een zorgaanbieder om hulp/expertise in te roepen van collega-instellingen. Het kan ook komen doordat de zorgaanbieder uitgaat van het 'alles of niets'-principe: als we zelf niet alles kunnen bieden, is deze cliënt hier niet op z'n plaats. Of er ontstaat discussie over de vraag 'Wiens cliënt is het' en daarmee de financiering. Verder wordt de toegenomen concurrentie als factor genoemd. Naarmate er meer prikkels zijn voor aanbieders om te concurreren, is er minder basis om samen te werken bij complexe casuïstiek. Het kan ook anders, respondenten noemen positieve voorbeelden van samenwerking vanuit verschillende organisaties om kennis te delen en gezamenlijk ondersteuning in te zetten, zoals het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP) in Drenthe; en OPSY, centrum voor orthopedagogiek en psychiatrie in Zuidoost-Brabant.

Financiering en zorginkoop

De zorgkantoren melden minder vaak dat zij geconfronteerd worden met complexe problematiek. Dat komt omdat zij niet direct met alle casuïstiek te maken krijgen. Zij laten het initiatief in eerste instantie bij zorgaanbieders en pas als dat niet tot oplossingen leidt,

komen zij in beeld. Een deel van de zorgkantoren heeft hiervoor klantbemiddelaars of specifieke medewerkers voor de echt complexe casuïstiek. Zorgkantoren zien zichzelf vooral als facilitator of regisseur.

Toch zijn de financiering van de zorg en de zorginkoop volgens de respondenten eveneens een belangrijke factor bij het realiseren van passende zorg voor cliënten met een complexe problematiek. Daarbij gaat het om verschillende aspecten:

- Niet gecontracteerde zorg, Pgb en andere arrangementen

Passende zorg in complexe situaties kan soms vragen om financiering van zorgaanbod die niet past in de reguliere door zorgkantoren en gemeenten gecontracteerde zorg. De passende zorg kan dan alleen geboden worden door inzet van een niet-gecontracteerde aanbieder, of een aanbieder die voor andere vormen van zorg is gecontracteerd. Soms kan dan het ‘omkatten’ van de gecontracteerde ZZP via de vertaaltabel ‘sectorvreemde ZZP’s’ uitkomst bieden. Echter dit biedt niet altijd een optie.

Een Pgb wordt zowel door zorgkantoren als gemeenten regelmatig gebruikt om tot een oplossing te komen. Dit is niet altijd gewenst, maar in incidentele gevallen is dat de enige manier, omdat geen andere financieringsbasis mogelijk is.

Zorgkantoren en gemeenten geven overigens aan dat regelmatig zorgaanbieders bij de cliënt aansturen op een zorgarrangement op basis van een Pgb. Het is in die gevallen niet altijd zo dat de cliënt hier een bewuste afweging gemaakt heeft voor eigen regie door middel van het Pgb. Het Pgb dient eerder als oplossing voor de financiering van de, meestal kleinere, zorgaanbieder.

- Benodigde middelen

MEE-respondenten geven aan dat zorgaanbieders en zichzelf minder financiële ruimte hebben om mee te werken rondom complexe casuïstiek, zoals het meedenken en deelnemen aan overlegtafels, het inbrengen van expertise rondom een cliënt of het gezamenlijk invullen van de zorg.

Verder melden respondenten dat zorgaanbieders aangeven dat bij complexe casuïstiek soms zoveel personele inzet nodig is dat dit financieel niet uitkomt, ook niet als meerzorg mogelijk is. Dat kan dan komen doordat de inzet individueel en niet groepsgewijs is georganiseerd, vraagt om inzet van verschillende disciplines en de klok rond beschikbaar moet zijn. Een aantal respondenten spreekt de verwachting uit dat met het aflopen van het overgangsrecht en aanpassingen van de ZZP-systematiek er bovendien meer financiële knelpunten gaan ontstaan.

Een aantal gemeenten geeft aan naar meer flexibele financieringsvormen te zoeken, waardoor het beter mogelijk moet zijn voor alle betrokkenen om bij te kunnen dragen aan het realiseren van passende zorg (zie kaders).

Pilot populatiegebonden bekostiging

De gemeente Heerlen werkt aan een andere manier van sturing en bekostiging binnen het sociaal domein. Het zoveel mogelijk bieden van ondersteuning op maat, op basis van de vraag en behoefte van de cliënt, staat centraal. Bij de nieuwe manier van financiering wordt vanaf 2017 de Wmo niet meer betaald per geleverd uur per cliënt, maar op basis van gerealiseerde resultaten waarbij de invulling aan de aanbieder is. Daarnaast moet de nieuwe systematiek bijdragen aan het terugdringen van de bureaucratie en het creëren van meer regelruimte voor de aanbieder tegen minder kosten. Omdat de Wmo niet op zichzelf staat maar een onderdeel is van het sociale domein, wordt ook gekeken naar mogelijke aanpassingen bij jeugdhulp, beschermd wonen, maatschappelijke opvang en participatie. Onderdeel van de nieuwe aanpak is in 2016 de start van een pilot populatiegebonden bekostiging in Hoensbroek. Zie voor meer info:

<http://www.heerlen.nl/Gemeente-Heerlen/Inkoopproces-Wmo-2017-2019-op-basis-van-nieuwe-maanier-van-financiering.html>

Bron: Gemeente Heerlen

Meer flexibele financiering: lumpsum-financiering

Verschillende gemeenten waaronder Tilburg en Den Bosch hebben de zorg ingekocht op lumpsum-basis. Daarmee wordt het te bereiken resultaat meer centraal gesteld en niet het (standaard)product of aantal uren. Het geeft ook de benodigde ruimte en flexibiliteit om tot maatwerk per cliënt te komen en zo nodig daarin samen te werken als aanbieders met verschillende expertisen. Volgens de gemeenten werkt een aanpak met ruimte en vertrouwen beter.

Den Bosch overweegt om voor langere termijn te gaan contracteren (4 jaar in plaats van 2 jaar). Dit leidt tot minder administratieve lasten, geeft rust/continuïteit en geeft mogelijkheid te investeren in moeilijke doelgroepen.

Bron: Gemeente Tilburg en Gemeente Den Bosch

- **Meerzorg**

De meerzorgregeling wordt wisselend beoordeeld als een knelpunt of oplossing. Deels wordt de 'oude' meerzorgregeling te bureaucratisch, knellend, tijdrovend en niet toereikend genoemd. Anderzijds worden proeftuinen genoemd, waarin meer ruimte kan worden gegeven die voor deze casuïstiek mogelijkheden geeft (zie kader).

Proeftuin Meerzorg 2.0 veelbelovend

Zorgkantoor VGZ is betrokken bij de proeftuinen Meerzorg en is enthousiast over de (tussen)resultaten. De kwaliteit van leven van de cliënt staat centraal en de context waarbinnen zorg wordt geboden is een belangrijk aandachtspunt, waaronder de kennis/expertise van medewerkers en de invulling van dagbesteding aansluitend bij de behoeften. Een effect is dat zorgaanbieders meer gaan samenwerken en kennis/expertise gaan delen rondom cliënten met complexe zorgvragen. Het zorgkantoor heeft hier de rol van verbinder. Zie ook:

<http://www.stichtingcce.nl/hoofdmenu/over-cce/nieuws/terug-naar-de-bedoeling-van-meerzorg>

Bron: Zorgkantoor VGZ

Cliënt, netwerk en omgeving

Respondenten noemen eveneens factoren die meer in de cliënt of zijn/haar omgeving zijn gelegen en die een rol spelen bij het moeilijk kunnen realiseren van passende zorg.

Daarbij gaat het om:

- Omstandigheden, zorgen, verwachtingen of eisen van de cliënt, de familie of het netwerk die het lastig maken om in overleg tot gedragen oplossingen te komen. Het uitblijven van overeenstemming kan ertoe leiden dat casussen als ‘complexe problematiek’ worden aangemerkt, terwijl daarvan inhoudelijk geen sprake is. Genoemde casuïstiek:
 - het netwerk heeft op dat moment de zorg zelf zo ingevuld met individuele begeleiding of 24 uren beschikbaarheid dat daar volgens de familie door de aanbieder niet aan te voldoen is;
 - grote reisafstanden en het daardoor doorbreken van de band met het direct eigen netwerk van de cliënt zijn een knelpunt voor de cliënt/familie:
 - in regio’s waar minder aanbod is of dit aanbod minder verspreid is en daardoor grote afstanden zijn te overbruggen;
 - bij beperkte lokale capaciteit en/of (boven)regionale voorzieningen;
 - niet alleen de cliënt maar ook de familie heeft, al dan niet onderkende, beperkingen die het bereiken van passende oplossingen ingewikkeld maken door moeilijke communicatie, of een slecht draagvlak voor de mogelijke oplossingen;
 - regelmatig hebben zorgaanbieders en een cliënt samen voorkeur voor zorg in natura of een Pgb, maar is daarvoor geen indicatie afgegeven of is het zorgkantoor of de gemeente van mening dat dit niet de aangewezen oplossing is;
 - medewerking cliënt: zowel bij overgang 18-/18+ als bij volwassenen wordt de zorg verleend op basis van vrijwilligheid. Als de cliënt niet instemt met zorg, ook al is die passend, is het niet mogelijk die te leveren als er geen aanleiding is om zorg vanuit een gedwongen kader (BOPZ) te bieden. Dit komt met name voor bij LVB bij overgang 18-/18+ en bij volwassenen met verslavingsproblematiek. Dan is er dus mogelijk wel passend aanbod, maar weigert de cliënt deze.

Toegang

Het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) beoordeelt of iemand toegang heeft tot de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is voorliggend op de door gemeenten te verlenen ondersteuning vanuit het sociaal domein (Wmo, Jeugdwet). Respondenten geven aan dat de invulling van de indicatiestelling Wlz door het CIZ een factor is voor het realiseren van passende zorg voor cliënten met een complexe problematiek. Respondenten hebben de indruk dat deze criteria niet eenduidig en vaak te rigide worden toegepast. Dit is ook elders signaleerd (zie kader).

- De grondslag VG wordt volgens de respondenten bijvoorbeeld niet afgegeven indien bij een cliënt niet voor het 18e jaar de verstandelijke beperking is vastgesteld. Er zijn echter situaties waarin dat verklaarbaar is. Zo is er vaak langdurige inzet van familie en het eigen netwerk totdat dit vanwege de leeftijd van de cliënt of ouders niet meer mogelijk is. Bij anderstaligen is het lastig de verstandelijke beperking vast te stellen en/of is die informatie niet beschikbaar (met name bij migranten). Daarmee is voor

deze cliënten geen toegang tot Wlz-gefinancierde verstandelijke gehandicaptenzorg mogelijk, terwijl deze wel meest passend is.

Volgens de CIZ-beleidsregels is het wel mogelijk om na het 18e jaar een grondslag VG te geven. In de beleidsregels staat “als de beperkingen op bovengenoemde terreinen al voor het 18e jaar aanwezig zijn.”, maar ze hoeven niet al vastgesteld te zijn.

In een voetnoot staat de toelichting: “soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar.”

Hier vormen de regels dus geen belemmering, maar mogelijk wel de uitvoering óf het beeld dat in het veld bestaat.

- De Wlz-criteria ‘blijvende behoefte’ en ‘permanent toezicht’ leiden in een aantal situaties tot knelpunten:
 - Deze criteria sluiten tijdelijk of kortdurend verblijf van 2 tot 3 jaar uit, behalve bij SGLVG-problematiek.
 - Omdat het bij jonge kinderen lastig is het ontwikkelperspectief vast te stellen en daarnaast sprake is van ‘gebruikelijke zorg’ komt deze groep volgens respondenten vrijwel niet in aanmerking voor Wlz-zorg.

Overleg CIZ over complexe casussen

In de eerdergenoemde VNG-brief over afbakeningskwesties komen ook de toegang Wlz en de door het CIZ gehanteerde toegangscriteria aan de orde.

Naast een inhoudelijke toelichting daarop, is de boodschap dat vooral communicatie tussen het CIZ en het werkveld over complexe casussen van belang is.

Bron: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/afbakeningskwesties-wlz-zvw-wmo-jeugdwet-ga-in-gesprek>

Keten

Respondenten melden problemen met het vinden van passende zorg vanwege knelpunten in de ketensamenwerking. Dit varieert van ‘opstoppingen in de keten’ tot het gebrek aan flexibiliteit om vanuit verschillende betrokkenen tot een oplossing te komen.

- Instroom/Doorstroom/Uitstroom
In paragraaf 2.1 zijn al capaciteitsproblemen benoemd voor met name de doelgroepen NAH en LVB met sterke gedragsproblematiek. Problemen bij het vinden van vervolgaanbod kunnen daardoor eveneens bij voorliggend zorgaanbod voor beschikbaarheidsproblemen zorgen. Dat kan ook ontstaan door wachtlijsten in vervolgaanbod of geen bereidheid van een zorgaanbieder een cliënt op te nemen of het ontbreken van de juiste financieringsbasis.

Zorgkantoren geven daarnaast aan dat zij bij bovenregionale voorzieningen waar zij niet zelf een contracteerrelatie mee hebben, minder snel tot een oplossing kunnen komen

vanwege wachtlijsten en urgente casussen uit de andere regio. Dit gebeurt dan ondanks goede afstemming met het zorgkantoor dat wel die contracteerrelatie heeft.

- **Starre regels, gebrek aan flexibiliteit**

Veel respondenten geven aan dat starre regels, dan wel de rigide toepassing daarvan het bereiken van oplossingen in de weg kunnen staan. Dat geldt binnen alle domeinen en ook tussen domeinen. Verder geven gemeenten aan dat binnen het gemeentelijk sociaal domein er een verschil in ruimte en flexibiliteit zit: met name de toepassing van de participatiewet wordt als beperkend ervaren voor het vinden van een creatieve oplossing in individuele situaties die vragen om samenhang tussen wonen, inkomen en zorg. Interne en externe toezichteisen (rechtmatigheid, verantwoording) en daarnaast cultuur- of mentaliteitsverschillen tussen de diverse afdelingen spelen dan vaak een rol. Sociale wijkteams vervullen nog alleen incidenteel een rol bij het overbruggen van de kloof tussen zorg en participatie.

- **Passende huisvesting**

Een deel van de complexe casuïstiek heeft te maken met het vinden van geschikte huisvesting. Dit is niet los te zien van de algemene huisvestingsproblematiek waar veel gemeenten tegenaan lopen. In die gemeenten is een groot tekort aan woningen: voor de gehele bevolking en daarmee ook voor deze doelgroepen.

Gemeenten voeren al een specifiek huisvestingsbeleid voor bijzondere doelgroepen, waaronder burgers die zorg nodig hebben. Ondanks dat blijft het lastig in concrete situaties op afzienbare termijn een geschikte locatie te vinden die aan alle eisen voldoet. Er zijn veel aspecten om rekening mee te houden vanuit: de behoefte van de cliënt aan veiligheid, rust en betaalbaarheid; de eisen uit de omgeving aan draagvlak en het vermijden van overlast; en de wensen van de woningeigenaar voor afspraken over begeleiding en waarborgen van betaling.

Hoewel steeds meer wordt ingezet op het scheiden van wonen en zorg zijn deze componenten wel sterk met elkaar verbonden. Bij scheiden van wonen en zorg gaat het om het apart organiseren en financieren daarvan, maar beide elementen moeten wel vervuld worden om tot een passende oplossing te komen. Bijvoorbeeld voor een cliënt met een psychische aandoening en een onzeker inkomen door verslavings- en schuldenproblematiek kan geen zorg worden geboden zolang geen woonruimte beschikbaar is en vice versa.

2.3 Beschikbaarheid van expertise

De respondenten is gevraagd of voor het realiseren van passende zorg voor cliënten met een complexe problematiek regionaal alle benodigde expertise aanwezig is. In verschillende al eerder genoemde thema's is het gebrek aan de juiste expertise als probleem benoemd. Uit de antwoorden valt af te leiden dat het daarbij om verschillende vormen van expertise gaat en plaatsen waar die aanwezig moet zijn.

Het gaat om kennis van:

- Doelgroep en beperkingen, en met name combinaties daarvan.
- Aanbod, wat is geschikt aanbod, waar is het beschikbaar?

- Wet- en regelgeving, onder welk regime valt een cliënt, wat is mogelijk?
- Financiering, hoe kan de zorg gefinancierd worden, welke middelen zijn beschikbaar?

Deze kennis moet aanwezig zijn bij:

- De matching van vraag en aanbod in loketten, toegang en indicatiestelling.
- De hulpverleners en aanbieders.
- De financiering, inkoop en beleid.

Uit de regionale inventarisatie blijkt dat een deel van de respondenten van mening is dat de kennis niet op alle plaatsen geborgd is. Veel expertise is er wel, maar deze is alleen bij bepaalde personen en organisaties aanwezig en niet altijd rondom de cliënt beschikbaar. Juist bij cliënten met een complexe problematiek is het volgens een aantal respondenten van groot belang dat rekening wordt gehouden met hun specifieke kenmerken (zie kader).

Koppeling participatiedenken en kennis van de beperkingen van doelgroepen

Gemeenten en sociale wijkteams richten zich met name op het breder kijken naar een situatie of gezin en het aanspreken van de eigen kracht, het eigen netwerk en de omgeving. Daarbij wordt niet uitgegaan van de doelgroep, maar van zelfredzaamheid en participatie. Leidend zijn het effectiviteitsdenken en de kosten. Daarbij dreigt soms voorbij gegaan te worden aan wat mensen niet kunnen of dat zij dat zelf niet toegeven of weten. Overschatting, overvragen en uitval kunnen daarvan het gevolg zijn.

Sommige wijkteams zijn (nog) erg druk en daardoor soms erg gericht op de caseload en het 'afsluiten van casussen'. Dat sluit niet altijd aan bij wat de doelgroepen LVB, NAH en autisme nodig hebben (in sommige gevallen meer langdurige lichte ondersteuning).

Een risico is dat sociale teams te druk worden om te zien wat er echt speelt en om de tijd te nemen om de regisseursrol goed te (blijven) vervullen.

De transformatie in het sociaal domein vraagt om het combineren van:

1. Kijken naar de brede ondersteuningsvraag, de specifieke situatie van de persoon of het gezin en de eigen kracht, het netwerk en de omgeving daarbij betrekken.
2. Kennis van de beperking/zorgvraag en de achtergrond of betekenis daarvan voor iemands leven en mogelijkheden. En vanuit deze beide perspectieven:
3. Een passend (duurzaam) maatwerk aanbod vormen.

Bron: MEE Utrecht, Gooi & Vecht

Het goed kunnen herkennen van specifieke doelgroepen, het inschatten van hun ondersteuningsbehoefte en het invullen van de benodigde ondersteuning bieden meer waarborgen voor passende zorg bij complexe problematiek en het voorkomen daarvan. Verder worden vaak wel inspanningen gedaan om aan kennisoverdracht en deskundigheidsbevordering te doen, maar is daar vanwege werkdruk en gebrek aan tijd nog niet volledig in voorzien.

Versterken sociale netwerken en NAH

De gemeente Nijmegen is samen met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en andere partners een project rondom mensen met niet-aangeboren hersenletsel gestart. Deze groep wordt vaak laat ontdekt, bijvoorbeeld omdat pas na verloop van tijd restverschijnselen van de aandoening duidelijk worden. Dan is echter al zoveel gebeurd dat de cliënt (een groot deel van) zijn netwerk kwijt is. Door eerder het sociale netwerk (familie, vrienden, etc.) een volwaardige rol te geven in het herstelproces, al tijdens de revalidatie, met inzet van de sociale netwerk strategie te versterken, wordt getracht dit te voorkomen.

Bron: Gemeente Nijmegen

Eenduidige uitleg wet- en regelgeving

Het komt voor dat er geen overeenstemming is over de interpretatie en de te kiezen oplossing. De samenhang tussen de verschillende kennisaspecten is met de transitie van belang. De nieuwe situatie leidt tot andere afbakeningen, interpretatievraagstukken en grensdiscussies (zie kader).

In de praktijk gaat veel tijd en energie zitten in het verhelderen van complexe casuïstiek en tot overeenstemming komen over de te volgen aanpak. Nog te vaak lukt het niet tot gedeelde opvattingen te komen en ontbreekt het aan een ‘beslissende stem’ of uitsluitend gevend proces. Dat betekent ook dat bij ‘vergelijkbare casussen’ iedere keer opnieuw de discussie aangegaan moet worden. Uit de inventarisatie komt het beeld dat met name de professionals in de uitvoering daardoor veel ‘complexe problematiek’ signaleren. De indruk is dat een deel daarvan opgelost kan worden als er een meer eenduidige uitleg van wet- en regelgeving en uitvoeringspraktijk is.

Het kan toch niet waar zijn

De VNG heeft eind 2015 een overzicht gemaakt van de meest gemelde afbakeningskwesties, in het bijzonder bij cliënten met meervoudige problematiek. De VNG leidt daaruit af dat veel ‘grensgevallen’ niet zozeer komen door omissies in wet- of regelgeving, maar voortvloeien uit onwennigheid en soms zelfs ongelof: ‘Het kan toch niet waar zijn dat dit geval onder onze verantwoordelijkheid valt?’

Naast het geven van het eigen VNG-standpunt bij deze kwesties adviseert de VNG alle betrokkenen vooral het gesprek met elkaar aan te gaan en niet te rusten voor er een oplossing is voor de cliënt.

Bron: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/afbakeningskwesties-wlz-zvw-wmo-jeugdwet-ga-in-gesprek>

Kennis delen

Bij complexe casuïstiek is het kennis delen en samen met anderen kijken naar mogelijke oplossingen belangrijk. Dit is volgens een deel van de respondenten met de transitie voor deze doelgroepen wel lastiger geworden. Professionals werken op verschillende locaties waardoor de interactiemomenten minder zijn, de kennis is meer versnipperd of door werkdruk heeft kennisdeling en deskundigheidsbevordering zeker het afgelopen jaar minder prioriteit gekregen of is nog te weinig benut. Dit signaleren niet alleen respondenten die met sociale wijkteams van doen hebben en daar zelf geen deel van uitmaken, maar ook de professionals die deel uitmaken van de gemeentelijke sociale wijkteams (waaronder MEE) en gemeenten zelf.

Gemeenten proberen wel op verschillende manieren vragen, knelpunten en casuïstiek op te

lossen, zoals bijvoorbeeld met de Transitiedesk in Nijmegen (zie kader). De bedoeling is snel tot een uitwisseling van kennis te komen en zo nodig aanpassing van beleid en uitvoering.

Gemeentelijke Transitiedesk voor verbinding beleid en uitvoering

De gemeente Nijmegen heeft sociale wijkteams opgericht om de transformatie op het gebied van zorg en welzijn (Wmo en Jeugdwet) vorm te geven. Om de verbinding tussen uitvoering en beleid tot stand te brengen is een Transitiedesk opgericht. Binnen de Transitiedesk worden vragen, dilemma's en signalen omgezet naar uitvoerbare werkprocessen en beleid.

Bron: Gemeente Nijmegen

Cliëntondersteuners brengen kennis in

Respondenten benadrukken het belang van expertise van de doelgroepen met een complexe problematiek bij cliëntondersteuners om casussen te signaleren en tot passende zorg voor deze cliënten te komen. In een aantal Wlz-regio's en gemeenten hebben cliëntondersteuners vanuit die expertise een expliciete betrokkenheid bij het komen tot oplossingen. In andere regio's en gemeenten is die positie minder vanzelfsprekend geworden, doordat cliëntondersteuning in wijkteams of expertteams niet als een te onderscheiden functie wordt aangeboden en is het zoeken naar de optimale wijze om deze expertise in te zetten.

CCE brengt kennis in

Een aantal respondenten geeft aan dat het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) nuttige expertise heeft over ernstig probleemgedrag. Binnen (en buiten) de Wlz is het CCE op verschillende manieren bij complexe casuïstiek betrokken door consultatie bij probleemgedrag, kennis delen en het expertonderdeel voor de beleidsregel Meerzorg. Desondanks wordt niet altijd een beroep gedaan op het CCE. Redenen daarvoor zijn:

- Het CCE richt zich op de meest complexe zorgvragen en moet daarmee selectief zijn en is dus niet altijd voor alle casuïstiek beschikbaar.
- Binnen het gemeentelijk domein is de bekendheid van het CCE minder groot. Respondenten die het CCE vanuit de Wlz kennen, suggereren wel een mogelijke rol van het CCE voor gemeenten. Dit sluit aan bij een door het CCE ingediende subsidie-aanvraag voor het uitvoeren van pilots met gemeenten.

2.4 Sociale kaart

Heel veel informatievoorziening en ook 'de sociale kaart' worden door alle betrokken partijen afzonderlijk ingevuld. Deels is het de professional die geacht wordt over de benodigde informatie over het beschikbare ondersteuningsaanbod in welzijn, (jeugd)zorg, informele en professionele zorg te beschikken. Deels werkt iedere organisatie op de eigen manier aan bundeling en delen van deze informatie. Er is geen overzicht over of samenhang van het geheel aan beschikbare informatie. Daarbij is er een onderscheid te maken naar:

- een algemene sociale kaart met voorzieningen voor ondersteuning en zorg: voor het gros van de matching vraag-aanbod;
- een specifieke 'kaart' met informatie over oplossingsrichtingen voor complexe problematiek die mogelijk meer flexibiliteit en maatwerk vergt en daarmee meer 'dynamisch' is.

De respondenten hebben geen eensluidende opvatting over nut en noodzaak van een eenduidige (gezamenlijke) sociale kaart, of waar de verantwoordelijkheid ligt voor deze informatievoorziening. Daarvoor zijn de lokale en regionale verschillen in vraag en aanbod te verschillend en is het lastig deze informatie actueel in een systeem te beheren. Zeker waar het om de echt complexe problematiek gaat, moet altijd per casus naar een oplossing worden gezocht. Dan gaat het er meer om dat de juiste personen elkaar weten te vinden, overleggen en tot een invulling van het benodigde aanbod komen.

2.5 Professionele netwerken en casuïstiek overleg

De respondenten is gevraagd of er voor het oplossen van casuïstiek met complexe problematiek gebruik wordt gemaakt van specifiek overleg of netwerken met specifieke expertise rondom de genoemde doelgroepen.

Netwerken

Uit de regionale inventarisatie blijkt dat netwerken als die voor jeugd, LVB, autisme en hersenletsel:

- niet (meer) overal aanwezig of in beeld zijn of zij hebben een andere rol dan het oplossen van casuïstiek. Zij bieden wel informatie en voorlichting, consultatie en advies, deskundigheidsbevordering en casuïstiekbesprekingen, maar hebben geen doorzettingsmacht;
- vooral vanuit de langdurige zorg zijn georganiseerd en minder binnen het gemeentelijk domein bekend zijn en benut worden;
- vrijwel geen betrokkenheid kennen van zorgkantoren en gemeenten.

De navolgende kaders geven een overzicht van de expertisenetwerken autisme, niet-aangeboren hersenletsel en LVB.

Netwerken Autism

Het programma 'Vanuit autisme bekeken' heeft het rapport opgesteld met de titel 'Foto Autismenetwerken en steunpunten autisme anno 2015'.

- In de periode 2012–2015 zijn 8 convenanten autisme opgeheven en is er geen landelijke dekking meer. In 2015 zijn er nog 13 actieve convenanten autisme over met 24 regionale autismentnetwerken, waarbij 373 organisaties (leden) zijn aangesloten. In Flevoland is het regionale convenant autisme opgeheven maar zijn 4 kleine, gemeentelijke autismentnetwerken in ontwikkeling.
- Functies van de netwerken: kennisdeling en casuïstiek bespreken en/of oplossen. Per regio komen daar soms functies bij als het beheer van een sociale kaart met regionaal zorgaanbod.
- Alle autismentnetwerken kennen een tijdelijke financiering met een gemiddelde looptijd van 1 tot 3 jaar. De financiering wordt in alle netwerken opgebracht door de aangesloten aanbieders van zorg en ondersteuning, die via een verdeelsleutel bijdragen aan het netwerk. In 5 regio's geeft MEE een extra bijdrage in de vorm van het beschikbaar stellen van een deel van de uren van de coördinator en faciliteiten. De financiering is/wordt in een aantal regio's problematisch.

Bron: <http://www.vanuitautismebekeken.nl/>

Project Duurzame Verankering Autismenetwerken

In 2016 start met VWS-subsidie een tweejarig project voor de duurzame verankering van de integrale ondersteuning aan mensen met autisme middels regionale netwerken.

- Bedoeling is weer tot een landelijk dekkende regionaal ingevulde netwerkstructuur te komen:
- bestaande uit de mensen met autisme zelf, de regionaal bekende zorgaanbieders uit GZ en GGZ, de MEE-organisatie's, de welzijns-, onderwijs- en arbeidsorganisaties en met betrokkenheid van gemeenten en verzekeraars;
- waarbij de financiering van de (coördinatie van elk van de) netwerken vanaf 2018 gerealiseerd wordt door de deelnemende en belanghebbende regionale partijen.

Bron: MEE NL

Netwerken NAH

In Nederland zijn 17 regionale coördinatiepunten/hersenletselteams voor advies en informatie over Niet Aangeboren Hersenletsel. Zij geven advies en informatie aan:

- mensen met hersenletsel
- familieleden of andere betrokkenen
- behandelaars, begeleiders of andere hulpverleners

De coördinatiepunten/hersenletselteams maken deel uit van regionale netwerken/samenwerkingsverbanden NAH, die tot doel hebben de samenhang in de zorg en ondersteuning aan mensen met NAH te verbeteren.

De netwerken NAH bestaan dankzij subsidie van VWS en de door aangesloten organisaties geleverde inzet in uren.

Bron: <http://www.hersenletselteams.nl/>

Stedelijke borging expertisenetwerken Amsterdam

De gemeente Amsterdam werkt aan een duurzame borging van de bestaande expertisenetwerken NAH, LVB 18+, (L)VB Jeugd, Jonge Kind en Autisme. De Expertisenetwerken bespreken onder meer complexe casuïstiek multidisciplinair en agenderen deze indien nodig in het platform overleg. Amsterdam richt zich op samenwerking tussen de Expertisenetwerken en ondersteuning daarvan door SIGRA. Dit is het samenwerkingsverband van organisaties en formele netwerken, actief in de gezondheidszorg en welzijnssector in de regio Groot Amsterdam, Zaanstreek Waterland en Noord-Holland Noord (www.sigra.nl).

De financiering van de Expertisenetwerken is nog in onderzoek: deels via lidmaatschap deelnemende zorg- en welzijnsorganisaties, deels implementatiebudget gemeente en zorgkantoor/zorgverzekeraar, co-financiering, zoals (tijdelijk) doorlopende VWS-financiering.

Bron: Gemeente Amsterdam

Het functioneren van deze netwerken en de inzet van deelnemende partners is na de transitie niet overal meer gewaarborgd. Door de overgang van verantwoordelijkheden en het verleggen van toegangspaden komen er geen aanmeldingen meer van doelgroepen als bijvoorbeeld de LVB-ers met psychische problematiek. Niet duidelijk is waar deze cliënten dan wel terecht komen en geholpen worden. De vrees is dat deze groep niet adequaat herkend wordt, van instantie naar instantie gaat schuiven en uiteindelijk in de maatschappelijke opvang verdwijnt.

Ontmanteling Regionaal Netwerk VG-GGZ

Dit (boven)regionaal netwerk voor mensen met (L)VB en complexe problematiek in de regio Zuidoost-Brabant houdt in 2016 op te bestaan. De deelnemende instellingen uit de GGZ, (L)VB, SGLVB die samenwerken met verslavingszorg, onderwijs en andere regionale netwerken kunnen niet langer financieel het voortbestaan waarborgen, door een gebrek aan aanmeldingen van cliënten. Met het verleggen van de toegang naar de lokale teams, is het netwerk niet meer in beeld. Dit ondanks de meerwaarde van het netwerk die deelnemers zien in de verbinding tussen organisaties bij complexe casuïstiek (o.a. door aanbieden alternatieven, organiseren functionele samenwerking, breekijzer bij moeizaam traject). Onduidelijk is of deze cliënten en hun problematiek nog wel herkend worden en op een andere manier hun weg weten te vinden.

Bron: Regionaal Netwerk VG-GGZ Zuidoost-Brabant

Overleg met cliëntondersteuners

De betrokkenheid van de cliëntondersteuning is binnen de Wlz en Wmo niet overal vanzelfsprekend meer bij het oplossen van complexe problematiek. Tot 2015 had MEE binnen de Awbz-zorg in veel regio's een ondersteunende en coördinerende rol bij het regionaal overleg over 'moeilijk plaatsbare cliënten' en stond cliënten bij om passend aanbod te realiseren. Weliswaar heeft cliëntondersteuning vanaf 2015 nog steeds een rol in de matching van vraag-aanbod, maar niet meer vanzelfsprekend een positie bij het organiseren van overleg tussen betrokken hulpverleners en financiers over complexe problematiek, bij het maken van afspraken en de uitvoering daarvan (ondersteunen en coördineren). Ook in de gemeentelijke praktijk van sociale wijkteams is deze functie van cliëntondersteuning vaak geen prioriteit meer. Daarmee wordt het ook lastiger voor cliëntondersteuners om overzicht te houden van de knelpunten in het aanbod voor cliënten met een complexe problematiek, het wel of niet bereiken van oplossingen, de invulling van bereikte oplossingen en het delen daarvan voor vergelijkbare situaties.

Overlegtafels zorgaanbieders (Wlz)

Zorgkantoren geven aan dat in een deel van de Wlz-regio's overlegtafels zijn ingericht voor de bespreking van complexe casuïstiek, waaraan vooral zorgaanbieders deelnemen. Deels is dit op structurele basis en bestaat dat al langer, deels gebeurt dit ad hoc en is het van recentere datum. De rol van het zorgkantoor bij de regionale overleggen varieert van initiatiefnemer tot faciliterend of meer toehoorder.

Een aantal zorgkantoren geeft aan dat als zorgaanbieders elkaar eenmaal weten te vinden het vaak ook niet (meer) nodig is om casuïstiek in een gezamenlijk regionaal overleg te bespreken.

Overleg tussen zorgverzekeraars en gemeenten

Uit de antwoorden van de respondenten valt af te leiden dat het overleg tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en gemeenten vaak nog aan het begin staat, maar wel in ontwikkeling is. Gemeenten lijken daaraan meer behoefte te hebben en daarbij meer verwachtingen te hebben over de resultaten. In een aantal regio's zitten gemeenten en zorgkantoor gezamenlijk in een Veiligheidshuis-overleg. Hoewel dat deels cliënten betreft met eenzelfde achtergrond als cliënten met een complexe problematiek (LVB, GGZ), komen daar nog andere aspecten bij kijken die niet binnen het zorgkader vallen (openbare orde, veiligheid, gedwongen kader).

Constructief overleg gemeenten - zorgverzekeraars/zorgkantoren

De VNG doet naar aanleiding van de eerder geschetste afbakeningskwesties een aantal suggesties:

- Constructief lokaal of regionaal overleg.
- Instellen regionaal onafhankelijk panel deskundigen.
- Leer/werkbijeenkomsten en casusbesprekingen voor uitvoerend professionals van alle betrokkenen in de keten.
- Zeker bij complexe meervoudige problematiek: niet in afgebakende voorzieningen denken maar op het individu en zijn omgeving afgestemde (domeinoverstijgende) ondersteuning.

Bron: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/afbakeningskwesties-wlz-zvw-wmo-jeugdwet-ga-in-gesprek>

3 Beschouwing: resultaten in perspectief

De in het vorige hoofdstuk gepresenteerde bevindingen zijn ontleend aan een groot aantal gesprekken en via deskresearch geraadpleegde bronnen. Om de betekenis te kunnen duiden geeft dit hoofdstuk een beschouwing op een aantal aspecten. Deze plaatst de resultaten in perspectief.

3.1 Wat is complexe casuïstiek?

In de interviews en andere beschikbare bronnen – waaronder signaleringsrapportages van MEE – komt een veelheid van casuïstiek naar boven van cliënten voor wie niet direct een passend aanbod beschikbaar is.

- Een groot deel daarvan wordt opgelost door soms heel intensieve trajecten van cliëntondersteuner met cliënt, zorgaanbieders, gemeenten en/of zorgkantoor. De complexiteit zit bij deze casussen, bijvoorbeeld door wachtlijsten, vooral in het vinden van een juiste match tussen vraag en aanbod.
Dit neemt niet weg dat het met name voor de direct betrokken cliënt, het netwerk en professional (cliëntondersteuner MEE, cliëntbemiddelaar aanbieders, wijkteamlid of klantadviseur zorgkantoor) lastig kan zijn tot een oplossing te komen. Zeker als dit iedere keer opnieuw moet gebeuren bij een vergelijkbare situatie.
Op basis van het onderzoek is de indruk dat hierin nog winst te bereiken is, zodat sneller tot oplossingen en de uitwisseling daarvan kan worden gekomen.
- Bij een restgroep van de genoemde casussen gaat het om cliënten bij wie het lastig is om tot passende zorg te komen vanwege complexe problematiek doordat:
 - de zorg in die vorm, combinatie of setting niet direct voorhanden is;
 - dit uitwisseling vraagt van kennis, inbreng van expertise en samenwerking in ondersteuning van zorgaanbieders;
 - dit creativiteit vergt in de organisatie en financiering van het benodigde arrangement (zoals bundeling van financieringsstromen, flexibele inzet van capaciteit binnen en tussen zorgaanbieders).

Op basis van de interviews is de voorzichtige inschatting dat het bij deze restgroep jaarlijks gaat om een enkele casus per gemeente tot maximaal een handvol casussen per regio.

3.2 Er zal altijd complexe casuïstiek zijn

Het is waarschijnlijk een illusie dat er straks geen complexe casuïstiek meer is. In een aantal situaties zal het altijd puzzelwerk, inventiviteit en durf vergen om tot passende zorg te komen. Ook blijven er soms cliënten waarbij na verloop van tijd het toch weer nodig is voor andere oplossingen te kiezen. Juist daarom is het van belang te voorzien in een proces om met deze situaties om te gaan en naar creatieve oplossingen te zoeken. Naarmate dat beter werkt, zal naar verwachting wel een groter deel van de casussen met complexe problematiek eerder en beter worden opgelost.

Verscheidene respondenten spreken wel de verwachting uit dat met het aflopen van het overgangsrecht en daarop volgende herindicaties er meer cliënten komen voor wie het lastig

wordt tot een passende oplossing te komen. Een aantal respondenten geeft aan de indruk te hebben dat bepaalde doelgroepen, waaronder deze complexe cliënten met de transities uit beeld verdwijnen en mogelijk in de maatschappelijke opvang terechtkomen.

3.3 Van toeval naar gestructureerde aanpak

Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten niet alle oplossingen kennen die in de praktijk tot stand komen. Een deel bestaat uit onderlinge afspraken binnen en tussen zorgaanbieders, zoals het invoeren van expertise of het overplaatsen van cliënten tussen locaties en/of tussen zorgaanbieders.

Ook is de indruk dat veel oplossingen niet geformaliseerd zijn of in brede verbanden gedeeld zijn. Bij de echt complexe casuïstiek wordt per keer gekeken naar mogelijke oplossingen. Dat hangt enerzijds van de cliëntsituatie af, maar anderzijds ook van beschikbare opties. Daarmee heeft dat deels een ‘toevalsfactor’ en is het ook afhankelijk van personen.

De uitdaging is om zonder blauwdrukken op te leggen, wel te komen tot een gestructureerde aanpak van casussen met complexe problematiek. Omdat flexibiliteit nodig is staat de uitkomst daarvan niet bij voorbaat vast, maar is de weg waarlangs daarnaartoe wordt gewerkt wel duidelijker, bij iedereen bekend en worden oplossingen gedeeld.

3.4 Ingrediënten oplossingen

Er is geen kant en klaar recept ‘passende zorg voor cliënten met complexe problematiek’. Wel zijn uit de gesprekken en deskresearch door MEE NL randvoorwaarden en elementen afgeleid die belangrijke ingrediënten vormen voor het vinden van oplossingen.

Deze ‘ingrediëntenlijst’ kan voor de ene regio als een ‘afvinklijst’ dienen (check, doen we al), voor de andere regio als een actielijst (dat gaan we doen) of als bespreekpunten van een gezamenlijk overleg met andere betrokkenen.

- **Denk niet in doelgroepen**

‘Als je niet meer in doelgroepen denkt en altijd naar maatwerk zoekt, is er geen sprake meer van complexe casuïstiek’. Dit is niet het wegdefiniëren van het probleem. De cliënt en zijn ondersteuningsbehoefte blijven bestaan. Het is wel op een andere manier kijken naar een mogelijk antwoord daarop.

Het niet binnen hokjes (sectoren, standaardaanbod) denken kan ruimte geven voor meer creatieve oplossingen en zo nodig ook ‘buiten de lijntjes kleuren’.

- **Investeer in kennis van doelgroepen**

Het loslaten van het doelgroepdenken wil niet zeggen dat kennis van deze doelgroepen niet van belang is bij:

- lokale instanties en in de toegang;
- hulpverleners en zorgprofessionals;
- de financiers en beleidsmakers.

Veel (branche)organisaties, beroepsverenigingen en professionals verrichten al inspanningen op dit gebied of zijn dat voornemens. Het is belangrijk dat dit prioriteit krijgt en structureel gebeurt.

Hierin kan de verbinding worden gelegd met het werkprogramma van de kennisinstituten

en de toekomstige invulling van de kennisinfrastructuur: niet alleen per domein, maar ook domeinoverstijgend.

- **Samenwerking zorgaanbieders**

Een deel van de casuïstiek is te vermijden of op te lossen door samenwerking tussen zorgaanbieders rondom cliënten met complexe problematiek. Aangrijpingspunten die voor een deel al in praktijk worden gebracht zijn:

- Kennisuitwisseling zorgaanbieders:
 - Algemene deskundigheidsbevordering;
 - Consultatie en advies.
- Gezamenlijk zorg en ondersteuning rondom de cliënt organiseren en de benodigde disciplines inschakelen, in plaats van dat (iedere keer) de cliënt moet verhuizen.
- Sluitende ketenafspraken over volgorde doorstroom/terugkeer, waardoor de bereidheid om een bijdrage te leveren gewaarborgd is.
- Nog meer delen en onderzoeken van goede voorbeelden (Kennisplein Gehandicaptensector, kennisinstututen).

- **Neem als financiers nog meer de faciliterende en regisserende rol**

Het is goed dat gemeenten en zorgkantoren/zorgverzekeraars uitgaan van de (gezamenlijke) verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om tot passende zorg voor cliënten te komen. Wel kunnen zij samenwerking tussen zorgaanbieders stimuleren en een actieve rol spelen bij het oplossen van complexe problematiek.

- Zorgkantoren kunnen een grotere rol spelen door bij hun inkoop nog meer in te zetten op afspraken over ‘moeilijk plaatsbare cliënten’ en de door zorgaanbieders te maken ‘ontwikkelplannen’ benutten voor samenwerking rondom cliënten met een complexe problematiek.
- Gemeenten kunnen op vergelijkbare onderwerpen hun inkoop invullen en zoals enkele gemeenten al doen niet meer inkopen op producten, maar die inzet te honoreren die nodig is om voor de betreffende cliënt de beoogde resultaten te behalen.

- **Creëer een flexibele bekostiging en organisatie van de zorg**

Op een aantal plaatsen wordt gewerkt met een meer flexibele bekostiging van zorg (zoals gemeentelijke lumpsumfinanciering). Op andere plaatsen wordt gedacht over of geëxperimenteerd met populatiegebonden bekostiging en persoonsvolgend budget (alle domeinen).

De verwachting is dat deze nieuwe bekostigingsvormen meer ruimte bieden om passende zorg voor cliënten met complexe problematiek te realiseren. Vereiste is dan wel dat de organisatie(s) van de zorg deze ruimte benut(ten) om tot de benodigde zorg op maat te komen.

- **Stel mensenwerk voorop**

Alle systemen, bekostigingsvormen en organisatiemodellen zijn slechts randvoorwaardelijk. Het vinden van passende zorg voor cliënten met een complexe problematiek is vooral mensenwerk. Het gaat om het elkaar weten te vinden, de wil om een oplossing te

bereiken en er voor de cliënt met elkaar uit te komen. Uit de regionale rondgang blijkt dat deze menselijke factor weleens doorslaggevend kan zijn.

- **Zet in op het voorkomen en escalatie van complexe problematiek**

Respondenten geven aan dat naast het oplossen van casuïstiek met complexe problematiek, juist het voorkomen daarvan een belangrijk aangrijpingspunt is.

Dan gaat het om het:

- eerder herkennen en signaleren;
- rekening houden met kenmerken doelgroep bij toegang/indicatiestelling;
- inzetten op sociale netwerkversterking;
- beschikbaar stellen van domeinoverstijgende cliëntondersteuning, ondersteuning bij levensgebeurtenissen en ‘vinger-aan-de-pols’ of ‘waakvlamcontact’.

Handreiking complexe zorg voor kinderen

De Kinderombudsman heeft een handreiking opgesteld met uitgangspunten voor de zorg voor kinderen met complexe problematiek en een complexe zorgvraag. Deze zijn deels vergelijkbaar met het hier opgestelde ingrediëntenlijstje:

1. Het kind en diens behoefte staan centraal, niet het aanbod
2. In- en uitplaatsen, flexibel en naar gelang de behoefte van kind en ouder
3. Eén opgroeiplek voor een kind
4. Maatwerk via creativiteit binnen bestaande wetgeving en experimenteerruimte
5. Regionale samenwerking en doorzettingsmacht: niemand de deur uit voor er een oplossing is
6. Toegankelijke informatie voor ouders en kinderen
7. Kennisdeling en samenwerking ter bevordering van de juiste zorg

Zie ook: <http://www.dekinderombudsman.nl/92/ouders-professionals/publicaties/handreiking-complexe-zorg/?id=615>

Bron: de Kinderombudsman

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

De respondenten van gemeenten, zorgkantoren en MEE herkennen over het algemeen het door VWS gesignaleerde probleem dat regelmatig onvoldoende passende zorg gevonden kan worden voor bepaalde doelgroepen met complexe problematiek. Men ziet deze problemen met name voor cliënten met een combinatie van beperkingen en aandoeningen als Licht Verstandelijke Beperkingen (LVB), GGZ-problematiek, Autisme en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), vooral in combinatie met ook gedragsproblematiek. Aanvullend worden de combinatie van beperkingen met verslavingsproblematiek, problematische schulden en een justitiële voorgeschiedenis van de cliënt genoemd als complicerende factoren voor het realiseren van passende zorg.

De belangrijkste redenen voor het niet kunnen komen tot passende zorg lijkt het onvermogen te zijn om de juiste zorg aan de juiste persoon te matchen of het ontbreken van die zorg. Daarnaast zijn er complexe gevallen waarbij passende zorg simpelweg niet eenvoudig is te realiseren.

Dat laatste is soms te zien bij problemen met het bieden van passende zorg aan mensen met een combinatie van verstandelijke beperkingen, GGZ-problematiek en ernstige gedragsproblemen. Dat komt vooral doordat individuele zorgaanbieders onvoldoende gecombineerde expertise in huis hebben van de zorg voor combinaties van deze problematieken of omdat voorzieningen niet geschikt zijn voor bepaalde casuïstiek. De bekende behandel- en verzorgingsmethoden zijn ongeschikt in deze complexe gevallen.

Het onvermogen om in principe realiseerbare zorg aan de juiste persoon te kunnen bieden lijkt veel algemener een probleem te zijn. Bij cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) heeft bijvoorbeeld het niet realiseren van passende zorg bij complexe problematiek te maken met de beschikbaarheid van geschikte plekken in de regio.

Daarnaast komt uit de voor deze verkenning gevoerde gesprekken het beeld naar voren dat de decentralisaties en de hervorming van de Langdurige zorg regelmatig als effect hebben dat partijen zich terugtrekken op hun eigen domein. De behoefte aan duidelijkheid over nieuwe verantwoordelijkheden leidt tot het trekken van te scherpe grenzen, waardoor mensen tussen wal en schip vallen. Waar aan de ene kant nieuwe samenwerking ontstaat in de wijken verscherpen aan de andere kant grenzen tussen bijvoorbeeld het jeugd domein, de Wmo en de Wlz. De systemen voor financiering en zorginkoop worden enerzijds als onderdeel van het probleem en anderzijds als oplossing genoemd. Voor veel problemen rond de financiering van passende zorg blijken bij samenwerking soms ook creatieve oplossingen mogelijk.

Problemen die samenhangen met de decentralisaties en de hervorming van de langdurige zorg zijn onder andere:

- Veel gemeenten hebben problemen om jongeren met een LVB passende voorzieningen te bieden voor beschermd en begeleid wonen.
- De financiële ruimte om mee te werken rondom complexe casuïstiek, bijvoorbeeld door deel te nemen aan casuïstiekoverleg of kennisnetwerken, staat voor zorgaanbieders en cliëntondersteuners onder druk.
- Een deel van de respondenten noemt de toegangscriteria Wlz en de niet eenduidige en te rigide toepassing daarvan door het CIZ als knelpunt.
- Respondenten zien daarnaast problemen ontstaan door slecht functionerende zorgketens. Dit varieert van ‘opstoppingen in de keten’ tot het gebrek aan flexibiliteit om vanuit verschillende betrokkenen tot een oplossing te komen.

Expertise

Een ander veel gesignaleerd probleem is dat de kennis van cliënten met complexe problematiek niet op alle plaatsen is geborgd. Veel expertise is er wel, maar deze is op verschillende plaatsen aanwezig en niet altijd rondom de cliënt beschikbaar. Daarnaast is er onvoldoende eenduidige kennis of overeenstemming over de interpretatie van wet- en regelgeving en de beschikbare financieringsmogelijkheden. Verder worden wel inspanningen gedaan om aan kennisoverdracht en deskundigheidsbevordering te doen, maar is daar vanwege werkdruk en gebrek aan tijd nog niet volledig in voorzien.

Een voorbeeld hiervan is dat alle regionale betrokkenen vaak op een eigen manier werken aan het bundelen en onderhouden van gegevens over vraag en aanbod in een sociale kaart. Er is geen overzicht of samenhangend geheel. Voor de echt complexe problematiek wordt vaak ad hoc naar maatwerk-oplossingen gezocht.

Daarnaast wordt een achteruitgang geconstateerd in overleg over casuïstiek en expertisenetwerken. Expertisenetwerken zoals die voor jeugd, LVB, autisme en hersenletsel zijn niet meer overal aanwezig, of zij hebben geen rol in het oplossen van de casuïstiek. Daarnaast zijn deze netwerken vooral vanuit de zorg georganiseerd (Wlz) en zijn ze minder binnen het gemeentelijk domein bekend en benut. Ook kennen ze vrijwel geen betrokkenheid van financiers als zorgkantoren en gemeenten.

4.2 Aanbevelingen

Het is waarschijnlijk een illusie dat altijd voor iedereen direct makkelijk passende zorg voorhanden is. In een aantal situaties zal het puzzelwerk, inventiviteit en durf vergen om tot passende zorg te komen. Uit de gesprekken met de respondenten blijkt dat casussen met complexe problematiek vaak opgelost kunnen worden door samenwerking en het delen van kennis. In deze rapportage worden daarvoor een aantal succesfactoren (ingrediënten) genoemd. Aansluitend komen we, op basis van de regionale verkenning, tot de volgende aanbevelingen aan het Ministerie van VWS:

- Breng de ‘ingrediëntenlijst’ (paragraaf 3.4) voor het realiseren van passende zorg voor cliënten met complexe problematiek onder de aandacht van alle relevante betrokkenen:
 - Denk niet in doelgroepen
 - Investeer in kennis van doelgroepen
 - Samenwerking zorgaanbieders
 - Neem als financiers nog meer de faciliterende en regisserende rol
 - Creëer een flexibele bekostiging en organisatie van de zorg
 - Stel mensenwerk voorop
 - Zet in op het voorkomen en escalatie van complexe problematiek

- Bied een platform informatie- en kennisdeling
Professionals hebben niet alleen tijdens een transitieperiode, maar blijvend behoefte aan een algemeen platform van een gezaghebbende instantie met domeinoverstijgende informatie over actuele interpretaties van wetten, afbakening tussen domeinen en voortschrijdend inzicht in casuïstiek. Onze aanbeveling is om na te gaan of de huidige bronnen adequaat in alle informatie voorzien en gebruikt worden. Faciliteer zo nodig een structurele landelijke invulling voor informatie- en kennisdeling, bijvoorbeeld door te voorzien in een (vervolg op) een website zoals ‘hoeverandertmijnzorg.nl’.

- Geef duidelijkheid over toegangscriteria
Rondom de transities is een aantal afbakeningskwesaties gerezen. Voor een deel komen deze voort uit interpretatieverschillen tussen betrokkenen of een door respondenten ervaren (te) strikte en niet eenduidige toepassing van indicatiecriteria door het CIZ. Aanbeveling aan VWS is om:
 - de huidige Wlz-toegangscriteria en toepassing daarvan te beoordelen op hun (on)mogelijkheden om te komen tot passende zorg voor cliënten met complexe problematiek;
 - voor zover die mogelijkheden er wel zijn, deze ruimte optimaal te laten benutten door meer duidelijkheid te geven aan alle betrokkenen over de interpretatie van de Wlz-toegangscriteria en een eenduidige toepassing daarvan door het CIZ te waarborgen;
 - voor zover dat onvoldoende is de optie te onderzoeken van een ‘grensgevallenclausule’ CIZ waarmee – onderbouwd met wellicht een rol voor het CCE – afgeweken kan worden van de indicatie.

- Stimuleer opschalingsnetwerken voor passende zorg

Daar waar samenwerking niet vanzelfsprekend op gang komt, is het nodig om te zoeken naar structuren die door opschaling van de complexe problematiek escalatie kunnen voorkomen. Wij stellen voor om per regio na te gaan in welke mate hiervoor bestaande overlegstructuren en netwerken benut kunnen worden om casuïstiek van cliënten met complexe problematiek te bespreken en passende zorg te realiseren. Voor zover deze mogelijkheden er niet zijn, is het voorstel om deze regionale netwerken voor cliënten met complexe problematiek met de regionale betrokkenen op te bouwen met oog voor de volgende elementen:

 - Coördinatie van de keten tussen vraagverheldering, toegangsbeslissingen en zorgaanbod.
 - Versterking van de positie van de cliënt en zijn verwanten met doorlopende cliëntondersteuning over de verschillende stelsels.
 - Aansluiting tussen lokaal gemeentelijk aanbod, regionaal aanbod en indien nodig bovenregionaal aanbod.
 - Regionaal overzicht van vraag en aanbod.
 - Deelnemers hebben mandaat, er is doorzettingsmacht om in concrete casuïstiek een beslissing te bereiken.
 - Er is continuïteit in samenstelling van platform en contacten van deelnemers.

Bijlage 3 bevat een schets van een opschalingsnetwerk voor passende zorg.

- Zoek oplossing voor woonvragen in breder verband

Het beschikbaar krijgen van voldoende, en voor deze doelgroepen geschikte huisvesting kan volgens ons niet los gezien worden van het breder huisvestingsvraagstuk waar veel gemeenten en andere betrokkenen (zoals ouderinitiatieven) tegenaan lopen. In een aantal gemeenten wordt hierover al breder het gesprek aangegaan met andere stakeholders, als woningbouwcorporaties en projectontwikkelaars. Wij bevelen aan de resultaten daarvan ook breder en landelijk te delen en na te gaan waar dat toe leidt en wat ieders bijdrage daarin kan zijn.

- Deze verkenning geeft aanleiding voor nader onderzoek naar:
 - een kwantitatieve duiding van de mate waarin bepaalde casuïstiek voorkomt. Deze verkenning was niet ingericht op een betrouwbare inventarisatie van de aantallen waarin voor specifieke complexe gevallen een onvoldoende passend aanbod kon worden gerealiseerd.
 - de mate waarin de geconstateerde knelpunten en aanbevelingen gedeeld worden door cliënten en hun verwanten. In de gesprekken met de MEE-medewerkers is wel geprobeerd het cliëntperspectief naar voren te brengen, maar dat kan nooit een volwaardig alternatief zijn voor de inbreng van cliënten en cliëntenorganisaties.
 - het gezichtspunt van zorgaanbieders, dat in deze verkenning slechts indirect aanbod komt. Een nader gesprek met aanbieders in met name de VG- en GGZ-zorg is passend.

Bijlage 1 Respondenten interviews

Organisatie	Naam
CZ Zorgkantoren	Ilse Vos
Gemeente Alkmaar	Ans Poel, Noortje Baesjou, Pascal Sanders
Gemeente Almere	Maartje Bekkers, Jan Pieter Kleijburg
Gemeente Amersfoort	Ineke Hooijschuur
Gemeente Amsterdam	Johan de Vries
Gemeente Breda	Monique Steen en Femke van Winden
Gemeente Den Bosch	Daniëlle Gorgels
Gemeente Emmen	Wilfred van Wolferen
Gemeente Heerlen	Manon Souren
Gemeente Nijmegen	Leonie Braks
Gemeente Tilburg	Bram Luijten
Gemeente Venlo	Annemiek Holla
MEE Amstel en Zaan	Brigitte Lambregts, Linda van der Meulen
MEE Friesland	Emilieek Baljet, Ida Lichthart
MEE Gelderse Poort	Miep Wouters, Monique Onck
MEE Groningen	Trudy Roffel
MEE IJsseloevers	Geert van Seters
MEE Noord- en Midden Limburg	Jan Bertrams
MEE Rotterdam Rijnmond	Sander Appel
MEE Utrecht, Gooi & Vecht	Damiët Groen
MEE West-Brabant	Mirjam Lambregts
MEE Zuid-Limburg	Bert Deguelle
MEE Zuidoost-Brabant	Jeannette van den Tillaart
MEE regio 's Hertogenbosch	Jos Nijland
MEE regio Tilburg	Petra Verwold
NAH Netwerk Zuidoost Brabant	Marjan Enning
Samenwerkingsverband Autisme Zuidoost Brabant	Marianne Jacobs
Zorgkantoor Friesland	Geer Keuning
Zorgkantoor Menzis	Nico Moorman, Aljan Ottema
Zorgkantoor Zilveren Kruis	Marcel Nijland, Lucinda van Dijk
Zorgkantoren Coöperatie VGZ	Jessica Diepenhorst, Foeke Dekker, Frans Erps

Bijlage 2 Geraadpleegde andere bronnen

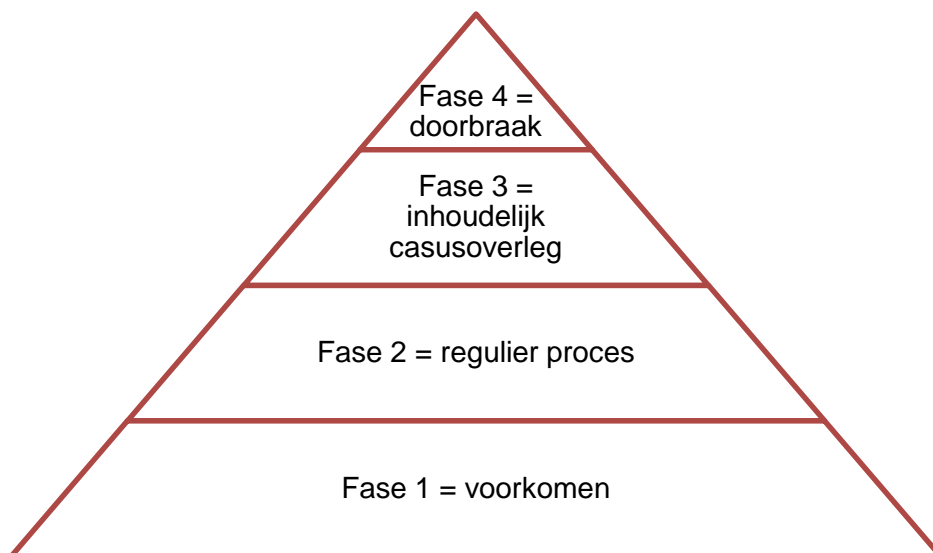
- VNG, Ledenbrief 15/094, Afbakeningskwesties hervorming langdurige zorg, 26 november 2015, Den Haag
- Zorgverzekeraars Nederland, Inkoopdocumenten, Inkoopkader langdurige zorg 2016, 6 juli 2015, Zeist
- Vanuit autisme bekeken, Rapport, Foto autismenetwerken en steunpunten autisme anno 2015, januari 2016, Utrecht
- HHM, Rapport, Meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving, 21 juli 2015, Enschede
- Vilans, Rapportage, Wlz monitor, signalen van zorgaanbieders, 16 juni 2015, Utrecht
- Vilans, Artikel, De Eerstelijns, Marjan Hurkmans, Laat mensen niet tussen wal en schip vallen, maart 2016, Utrecht
- CCE, Website, nieuwsbrieven en gesprek CCE-VWS, Partner in complexe zorg/Gedragsproblemen/Meerzorg, maart 2016, Utrecht
- MEE NL, MEE Signaal, Trend- en signaleringsrapportage MEE NL 2016, februari 2016, Utrecht
- Gemeente Zwolle, Notitie, Model aanpak lastige multiproblemsituaties (opschalingsmodel), januari 2010, Zwolle
- Gemeente Leeuwarden/NDSD/HHM, Aanpak ter Voorkoming van Escalatie, januari 2015, Leeuwarden
- Rapportages Monitor Transitie Jeugd, 2015-2016, Utrecht
- Kennisplein gehandicaptensector, Handreiking, Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!, april 2014, Utrecht
- MEE NL, Rapportages, Kwartaalrapportages Wlz-signalering, 2015, Utrecht
- SIGRA, Presentatie, Stedelijke borging expertisenetwerken, 2015, Amsterdam
- Gemeente Amsterdam, Regeling, Niemand tussen wal en schip. Regeling Tijdelijke Urgente Zorg-LVB, 2015, Amsterdam
- Zorg+Welzijn, Artikel, De tien dilemma's van het wijkteam, december 2015, Houten
- Gemeente Heerlen, Presentatie, Project sturing en Bekostiging Sociaal Domein, 14 januari 2016, Heerlen
- Ministerie van VWS, Brief aan Tweede Kamer, Passend zorgaanbod voor mensen met complexe zorgvragen, 29 augustus 2014, Den Haag
- De Kinderombudsman, Handreiking complexe zorg, 18 februari 2016, Den Haag

Bijlage 3 Schets opschalingsmodel voor passende zorg

In de rapportage ‘Passende zorg voor cliënten met complexe problematiek’ pleit MEE NL voor een meer gestructureerde aanpak door het stimuleren van lokale/regionale opschalingsnetwerken. De suggestie is dat duidelijkheid over verantwoordelijkheden en mogelijkheden bij het matchen van vraag en aanbod deels escalatie van casuïstiek kan voorkomen, en voor zover sprake is van echt complexe problematiek dat tot snellere en betere oplossingen kan leiden om tot passende zorg te komen.

Het hier voorgestelde opschalingsmodel maakt deels gebruik van reeds bestaande expertisenetwerken in de zorg en brengt deels elementen in van in andere sectoren gehanteerde opschalingsmodellen (model aanpak lastige multiproblemsituaties, Zwolle, 2010; Aanpak Voorkoming Escalatie, Leeuwarden, 2015).

Toegepast op de passende zorg voor cliënten met complexe problematiek leidt dat tot de volgende invulling.



Fase 1 = voorkomen

Uitgangspunt is dat de matching van vraag en aanbod zoveel mogelijk door direct betrokkenen (cliënt, netwerk, professionals en organisaties) gebeurt.

Wel is het van belang dat door kennis van doelgroepen cliënten met (potentieel) complexe problematiek tijdig worden herkend. Verder kan met deze expertise mogelijk bij een deel van de cliënten escalatie van complexe problematiek worden voorkomen.

Fase 2 = regulier proces

Een groot deel van de cliënten met (potentieel) complexe problematiek kan via de reguliere werkprocessen en zorg(inkoop)afspraken passende zorg krijgen. Cliënten, netwerk, cliëntondersteuners en zorgaanbieders komen in onderling overleg tot een invulling van de benodigde zorg en ondersteuning.

Fase 3 = inhoudelijk casusoverleg

Een deel van de cliënten met (potentieel) complexe problematiek vergt meer expertise en samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders en mogelijk ook financiers. Op een lokale/regionale overlegtafel worden deze casussen besproken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van bestaande lokale/regionale overlegtafels of expertisenetwerken. De overleggen worden ondersteund en gecoördineerd door een onafhankelijke professional.

Dit overleg staat primair in het teken van een inhoudelijk invulling van de benodigde zorg en ondersteuning en de daarbij te maken afspraken over inbreng van relevante zorgaanbieders. Indien nodig maken financiers afspraken over de bekostiging van het voorgestelde inhoudelijk arrangement.

Fase 4 = doorbraak

Voor casussen waarbij de voorgaande fasen niet tot passende zorg leiden, wordt een specifiek overleg geagendeerd. Dit betreft casussen waarvoor meer creativiteit over de te bieden zorg en ondersteuning of specifieke afspraken tussen zorgaanbieders en financiers nodig zijn. Ook kan het gaan om casussen waarin het niet mogelijk is onderling tot overeenstemming te komen. Dit specifieke overleg vraagt om de aanwezigheid van eindverantwoordelijken van de betrokken organisaties (bestuurders, managers met mandaat). Als partijen er lokaal of regionaal niet uitkomen, wordt het overleg met lokale of landelijke vertegenwoordigers gevoerd (gemeenten, VNG, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie) om een doorbraak te realiseren.

Dit opschalingsmodel is ingebed in de bredere informatie- en kennisstructuur binnen het zorg- en gemeentelijk domein. Uitkomsten van de verschillende fasen en bereikte oplossingen voor passende zorg worden gedeeld.

Bijlage 4 Overzicht MEE-regio's



Bron: Jan-Willem van Aalst, www.imeris.nl