Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Toezicht op de ambulante ggz

Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen

juni 2018

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Voorwoord

De maatschappij verandert. Het aantal kwetsbare mensen groeit. Ouderen en mensen met chronische psychische problemen vergrijzen en hebben vragen over hulp op meerdere gebieden. De vragen betreffen soms uiteenlopende problemen over hun lichaam en geest. Maar zij hebben ook behoefte aan steun bij de inrichting van hun leven.
Bij hun zoektocht naar hulp raken mensen soms de weg kwijt. Er zijn namelijk verschillende instanties waar ze aan moeten kloppen. Deze instanties werken niet altijd even goed samen. Voor mensen met chronische psychische problemen betekent dit dat er risico's ontstaan. Zij zijn afhankelijk van de samenwerking in de netwerken binnen de gezondheidszorg, maar ook daarbuiten.

Hun naasten zoeken mee. Ook zij lopen daarbij soms aan tegen schotten, zuilen, regels en gebrek aan informatie. Ook hun behoefte aan steun en begeleiding is groot.

Er zijn duidelijke signalen dat de opbouw van de ambulante ggz achterblijft bij de behoefte. De inspectie gaat uit van de goede wil van de zorgaanbieders. Maar helaas ziet ook zij regelmatig waar het mis gaat in de zorg. Met alle verdrietige gevolgen voor cliënten en hun naasten van dien. De inspectie maakt zich daarom grote zorgen over de risico's voor de kwetsbare mensen die deze zorg nodig hebben.

Meerdere partijen hebben een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid om ambulante ggz te verbeteren. Ook de inspectie heeft hierin haar verantwoordelijkheid. Zij wil bij haar toezicht aansluiten op de verschillende typen zorg die de mensen met chronisch psychische problemen nodig hebben.
Deze aandacht voor netwerken binnen specifieke regio's is nieuw voor de inspectie en, net als bij de zorgaanbieders, in ontwikkeling.

Netwerken rondom cliënten onstaan niet zomaar. Het is vaak een proces van jaren. Daarbij moeten deelnemers uit de gezondheidszorg en het sociaal domein elkaar vinden. Dat gaat stap voor stap. Alle deelnemers in een samenwerkingverband moeten afspraken met elkaar maken. Deze afspraken moeten ook nog eens goed op elkaar aansluiten.

Deze afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders in een bepaald gebied. Per gebied lopen deze processen anders. Op het platteland in Groningen ontstaan andere netwerken dan in een grote stad als Rotterdam. De doelgroepen en hun behoeften verschillen immers. Soms is er onduidelijkheid over het gebied waarin het meest effectief kan worden samengewerkt. Het hanteren van de indeling in de veiligheidsregio zou een passende oplossing kunnen zijn.

Het spanningsveld tussen goede intenties bij zorgaanbieders en gebrek aan resultaten vraagt om een goed evenwicht in toezicht. De inspectie stimuleert verbeteringen, maar treedt op waar onvoldoende beweging is. Daarbij houdt zij rekening met de reële mogelijkheden die zorgaanbieders hebben om de risico's te beheersen. Door continuïteit in haar toezicht over de jaren heen meet de inspectie de voortgang in de samenwerking.

Er zijn vele condities nodig voor goede samenwerking. Het gaat vaak om inspanning, tijd en geld. Ieder speelt daarin zijn rol. Samenwerking begint echter met intrinsieke motivatie en een gemeenschappelijk doel. In dit geval de wens om goede zorg te leveren. De inspectie roept alle betrokkenen op om over hun grenzen heen te kijken en daar waar mogelijk te investeren in zorg voor de meest kwetsbare groep in onze samenleving. Deze zorg kan en moet beter.

Drs. K. Louwes,
Hoofdinspecteur Maatschappelijke Zorg

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Samenvatting

Mensen met chronische psychische aandoeningen zijn kwetsbaar. Bij deze doelgroep is meer aandacht nodig voor herstel en eigen regie.
Tegelijkertijd is de geestelijke gezondheidszorg sterk veranderd in de afgelopen jaren. Uitgangspunt is dat cliënten zorg krijgen op de juiste plek. De bedoeling is dat cliënten thuis herstellen. De zorg in de ggz-instellingen is daarom sterk afgebouwd. Uit onderzoeken blijkt dat de opbouw van de benodigde ambulante ggz achter blijft. Dit ondanks goede initiatieven. Er is gebrek aan continuïteit en onvoldoende afstemming binnen het zorgnetwerk. Daardoor zijn er risico's voor mensen met chronisch psychische aandoeningen die thuis wonen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vindt dat deze risico's moeten afnemen. Zij heeft in haar toezicht speciale aandacht voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving. In dat kader kijkt zij naar de netwerken rondom thuiswonende cliënten met chronische psychische aandoeningen. De eigen regie en herstel van de cliënt staat hierbij centraal. Ook kijkt de inspectie naar de rol van de naasten. Binnen het netwerk van hulpverleners onderzoekt de inspectie in eerste instantie de samenwerking tussen de ggz en huisartsen.

Het toezicht op zorgnetwerken vraagt een andere aanpak dan het toezicht op individuele zorgaanbieders. Daarom heeft de inspectie voor het toezicht op de ambulante ggz in de afgelopen periode een nieuwe methode ontwikkeld. Het gaat om een combinatie van twee manieren van toezicht. Bij de eerste manier gaat de inspectie na of het zorgnetwerk voldoet aan de bestaande normen. De inspectie gebruikt hiervoor een toetsingskader. Daarnaast wil ze het toezicht op zorgnetwerken gebiedsgericht vormgeven. Hiervoor gaat zij in gesprek met regionale partijen.

De inspectie wil haar toezicht goed laten aansluiten op de situatie in Nederland. Daarom heeft de inspectie in 2016 en 2017 een verkenning gedaan. Zij heeft een rondgang gemaakt langs een aantal regio's. Zo heeft zij een beeld gekregen van de effecten van herstelgericht werken en ambulantisering in de ggz. Tegelijkertijd kon de inspectie haar toetsingsmethodiek testen in de praktijk.

Bij de landelijke verkenning wilde de inspectie inzicht krijgen in de (goede) ervaringen. Verder wilde zij bevorderen dat de zorg ging verbeteren. Dat deed de inspectie door de knelpunten en risico's voor deze groepen op te sporen en te benoemen. Bij ieder bezoek maakte de inspectie een rapport of verslag. Vanaf 2017 gebruikte de inspectie bij een deel van de bezoeken het concepttoetsingskader en daarbij gaf zij aan wat goed ging en waar verbetering nodig was. Deze bevindingen krijgen een vervolg bij toekomstige bezoeken. Het was zowel voor de zorgaanbieders als voor de inspectie een leertraject. Daarom vond geen handhaving plaats. Concrete misstanden, die aanleiding zouden hebben gegeven tot direct ingrijpen, zijn bij deze bezoekronde niet aangetroffen.

Er blijkt een grote diversiteit in het land, waardoor de zorg in iedere regio er anders uitziet. De belangrijkste conclusies van de verkenning zijn:

1 Ggz-instellingen hebben meer aandacht gekregen voor ondersteuning van cliënt bij 'herstel en eigen regie'. Maar de betrokkenheid van de naasten van cliënten kan intensiever.
2 Er zijn risico's in de ambulante ggz. De opbouw blijft achter bij behoefte. De druk op de FACT-teams is (te) groot. Verder zijn er problemen met de op- en afschaling binnen de ggz, waardoor wachtlijsten ontstaan.
3 De samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter. Er is onder andere meer en betere informatie-uitwisseling nodig.
4 De uitstroom van cliënten uit de ggz-instellingen naar de thuissituatie stagneert door onvoldoende samenwerking tussen ggz-instellingen en gemeenten. Hierdoor blijven cliënten soms onnodig opgenomen in ggz-instellingen.
5 Ggz-instellingen hebben wisselende ervaringen met zorgverzekeraars.
6 Een aantal landelijke ontwikkelingen en stelselzaken heeft een belemmerende invloed op de regio.

Op basis van dit overzicht concludeert de inspectie dat de risico's voor mensen met chronisch psychische problemen vaak met elkaar samenhangen. De inspectie vindt het dan ook noodzakelijk dat partijen met elkaar naar oplossingen zoeken.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

De inspectie doet aanbevelingen per (soort) partij.
De problemen binnen de netwerken kunnen de individuele zorgaanbieders deels zelf beïnvloeden. Zij moeten elkaar vinden en afspraken maken. Dit moet het liefst op regionaal niveau gebeuren, aan de hand van duidelijke doelstellingen.

Sommige risico's in de ambulante ggz hebben te maken met beschikbare randvoorwaarden zoals geld en tijd. De contracten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars spelen daarin een grote rol. Ook de afstemming met gemeenten is van belang. Het gaat hier om randvoorwaarden voor goede zorg die ook door andere partijen dan de zorgaanbieders beïnvloed worden. Verder zijn er landelijke factoren. Een voorbeeld is het tekort aan personeel. Of de spanning tussen de beoogde samenwerking en concurrentie in het zorgstelsel. Dit werkt belemmerend op het leveren van goede zorg binnen zorgnetwerken.

Samen met partijen in het veld heeft de inspectie in de afgelopen twee jaar een methodiek voor haar toezicht ontwikkeld. Zij gaat deze methodiek in de komende periode gebruiken. Hiermee kan zij de samenwerking binnen de zorgnetwerken toetsen. Welke inspanningen verrichten de zorgaanbieders binnen de mogelijkheden die zij hebben? Welke resultaten worden behaald? De inspectie wil daarbij vooral agenderen en stimuleren. Maar als duidelijk is dat zorgaanbieders binnen hun invloedssfeer meer kunnen doen, zal het toezicht scherper zijn. Bij misstanden in de (organisatie van) zorg die toe te schrijven zijn aan de zorgaanbieder(s), zet de inspectie een handhavingstraject in. Door de verschillende netwerken in de komende jaren regelmatig te toetsen kan de inspectie de voortgang in de samenwerking over langere tijd beoordelen. Hiermee biedt zij continuïteit.

De inspectie en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werken samen rondom de wachtlijstproblematiek in de ggz. Deze samenwerking raakt ook thema's rondom ambulantisering. We verkennen samen de problematiek en mogelijke regionale oplossingen. De inspectie kijkt naar de instroom en uitstroom van cliënten bij ggz-instellingen. Welke rol de spelen de hulpverleners? De NZa kijkt vanuit de zorgplicht van verzekeraars. We zullen hierbij onze krachten bundelen en samen optrekken waar mogelijk.

Verder neemt de inspectie in 2018 deel aan een aansluitend toezichtproject. Dat gaat over de samenhang in ondersteuning van mensen met chronisch psychische aandoeningen over de sectoren heen. Dit project vindt plaats in het Toezicht Sociaal Domein. Dat is een samenwerkingsverband waar de inspectie, samen met de Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, deel van uit maakt.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Een groot deel van de Nederlandse bevolking heeft in meer of mindere mate last van psychische problematiek. In 2015 waren er in totaal 1 miljoen volwassen mensen die gebruik maakten van de geestelijke gezondheidszorg[1]. 45 procent (520 duizend) hiervan ontvangt zorg in de gespecialiseerde ggz (s-ggz). Een deel van deze groep, ongeveer 280 duizend mensen hebben ernstige psychische aandoeningen. Veel aandoeningen die in de s-ggz behandeld worden zijn chronisch.

'Chronisch' betekent dat er sprake is van langdurige (soms blijvende) psychische problemen en/of kwetsbaarheid[2]. Een op genezing gerichte behandeling is dan (nog) niet mogelijk.
Binnen de ggz groeit het besef dat voor de zorg aan mensen met chronisch psychische aandoeningen een inhoudelijke omslag nodig is. De focus wordt verlegd van ziekte naar gezondheid. De mens moet centraal staan, waarbij gekeken wordt naar wat iemand wél kan.
Hoe gaat een cliënt om met zijn symptomen? Kan hij deelnemen aan diverse levensgebieden?
Als cliënten meer grip krijgen op hun eigen situatie is dat de meest duurzame oplossing. De betrokkenheid van naasten zoals familie is daarbij van groot belang.

Lichamelijke gezondheid, de sociaaleconomische situatie en het mee kunnen doen in de samenleving beïnvloeden de kwaliteit van leven. Dit betekent voor mensen met chronisch psychische kwetsbaarheid dat samenhangende zorg binnen netwerken nodig is. Het gaat om drie terreinen, namelijk:

- op genezing gerichte zorg, met aandacht voor vermindering van de psychische (en lichamelijke) problematiek;
- persoonlijk herstel (waarbij mensen ondanks hun psychische problemen toch zelfstandig kunnen functioneren) en
- maatschappelijke participatie.

Met voldoende steun op deze verschillende terreinen kan deze doelgroep thuis wonen en zo goed mogelijk functioneren. Het herstel gaat beter als deze doelgroep goede zorg en begeleiding in samenhang krijgt. Hiermee raken mensen minder snel onnodig in crisis en verward op straat.

De kwetsbaarheid van deze doelgroep komt onder andere tot uiting in een aanzienlijk kortere levensverwachting dan niet-psychiatrische patiënten. Cahn stelt[3] dat 60% van de psychiatrische patiënten ook lichamelijke aandoeningen heeft en 30% van de patiënten met een lichamelijke aandoening ook psychiatrische problemen. Een meer integrale benadering van ziekte is daarom noodzakelijk. Cahn is van opvatting dat de kloof tussen lichamelijke en psychische ziektes vooral is ontstaan door de manier waarop de zorg op dit moment is ingericht.

De organisatie van de ggz is de afgelopen jaren sterk veranderd. Er is een verschuiving van patiëntenstromen op gang gekomen. Dit komt door nieuwe wetgeving voor de financiering van de ggz in 2014 en bestuurlijke akkoorden. Een belangrijk doel is dat er meer zorgaanbod vanuit de gespecialiseerde ggz (s-ggz) naar de generalistische basis ggz (b-ggz) en de huisarts gaat. Uitgangspunt is daarbij 'herstellen doe je thuis'. De ambulantisering van de ggz heeft consequenties voor de samenwerking tussen de verschillende partijen in de ggz-keten en daarbuiten.

---

[1] https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/
[2] Deze doelgroep wordt verder aangeduid met 'mensen met chronisch psychische aandoeningen'.
[3] Bron: artikel Zorgvisie 12 sept 2017 "blinde vlek voor connectie lichamelijke en geestelijke aandoeningen". Dit artikel gaat in op de oratie van mw. prof. dr. Cahn, hoogleraar 'lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen'.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Uit onderzoeken van het Trimbos-instituut[4] blijkt dat de meeste ggz-instellingen het aantal klinische bedden hebben afgebouwd. Maar ondertussen is de vervangende zorg thuis voor mensen met chronisch psychische aandoeningen niet goed geregeld. Ondanks goede initiatieven is de opbouw van de ambulante ggz nog onvoldoende en het aanbod ontoereikend. Door mogelijk gebrek aan continuïteit en onvoldoende afstemming binnen het zorgnetwerk ontstaan risico's voor mensen met chronisch psychische aandoeningen die thuis wonen.

Kort samengevat kent de ambulante ggz een aantal belangrijke problemen:
- te weinig aandacht voor herstel;
- een kortere levensverwachting van mensen met chronisch psychische aandoeningen;
- risico's in de zorg door de ambulantisering

Deze problemen waren de aanleiding voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting om in 2016 het project 'Toezicht op de ambulante ggz' te starten.

1.2 Doel toezicht op ambulante ggz

Betere zorg voor kwetsbare doelgroep
De inspectie heeft in haar toezicht aandacht voor het perspectief van de meest kwetsbare groepen in de samenleving. In de praktijk gaat het vaak om mensen met chronische aandoeningen die langdurig zorg nodig hebben. Door proactief de knelpunten en risico's voor deze groepen in de praktijk op te sporen en te benoemen, wil de inspectie de zorg verbeteren. Dit kan op verschillende manieren.
De inspectie heeft een methode ontwikkeld om toezicht te houden op kwaliteit en veiligheid van de samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg binnen een bepaald gebied. Het ging hierbij om toezicht vanuit het perspectief van mensen met chronische psychische aandoeningen die thuis wonen. Het cliënt en naasten-perspectief krijgt hiermee een nadrukkelijke rol in het toezicht.

Een vaste werkwijze van de inspectie is dat haar toezicht zich richt op de geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg door de individuele zorgaanbieder. Door de ontwikkelingen in de ggz bleek deze afbakening te smal. De zorg aan genoemde doelgroep vindt namelijk steeds meer plaats binnen een zorgnetwerk. Bij een thuiswonende cliënt met chronisch psychische aandoeningen kan het persoonlijk zorgnetwerk bijvoorbeeld bestaan uit een familielid (mantelzorger), psychiater, huisarts, sociaal psychiatrische verpleegkundige en een apotheker. De grootte en samenstelling van een zorgnetwerk verschilt per cliënt en door de tijd heen.

Toezicht zorgnetwerken
Goede samenwerking tussen mantelzorgers en individuele zorgverleners in een zorgnetwerk rond een cliënt is een onmisbaar onderdeel van goede zorg. Daarnaast is ook goede afstemming tussen zorgaanbieders nodig op organisatieniveau. Zorginstellingen zijn grotendeels verantwoordelijk voor het creëren van randvoorwaarden om samenwerking in de netwerken mogelijk te maken. Zowel hulpverleners als bestuurders moeten zich bewust zijn van hun rol in zorgnetwerken. Op landelijk niveau dragen de branche- en beroepsorganisaties bij aan de randvoorwaarden voor netwerkvorming, bijvoorbeeld door sectoroverstijgend afspraken te maken.

Doordat de inspectie toezicht houdt op verschillende sectoren in de zorg, is zij bij uitstek in staat om sectoroverstijgend en op verschillende niveaus te kijken naar de netwerken van de betrokken zorgaanbieders. Daarbij benut de inspectie de samenwerking die zij heeft met andere toezichthouders.

De uitgangspunten van toezicht op netwerken binnen het project sluiten aan bij het meerjarenbeleidsplan van de inspectie voor 2016-2019: "Gezond vertrouwen". De inspectie ziet het als haar rol om goede samenwerking in zorgnetwerken te agenderen en te stimuleren. De inspectie stemt haar aanpak af op de ontwikkelingsfase en het lerend vermogen van de zorgaanbieders. De inspectie heeft geen wettelijke grondslag om handhavend op te treden richting een zorgnetwerk als geheel. Wel kan de inspectie gericht optreden richting een individuele zorgaanbieder die niet of onvoldoende samenwerkt in een zorgnetwerk en onvoldoende verbetering

[4] Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervormingchronische GGZ, 2015, 2016 en 2017.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

laat zien. Ook het aanspreken van partners in het netwerk behoort tot de mogelijkheden.

Bovendien staan de toezichtactiviteiten die gericht zijn op de (samenwerking) in de netwerken naast de reguliere toezichtactiviteiten die gericht zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg door individuele zorgaanbieders.

Groeimodel
De ambulantisering in de ggz is in ontwikkeling. De inspectie hanteert daarom een groeimodel. Dit doet zij op twee manieren. Enerzijds door het toezicht op het aantal partijen in de netwerken geleidelijk uit te breiden. Anderzijds door de intensiteit van het toezicht stap voor stap op te bouwen.

De inspectie richt zich eerst op de risico's in de zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen die thuis wonen en de samenwerking binnen het zorgnetwerk. Dat wil zeggen: de samenwerking tussen de s-ggz (vooral de FACT-teams[5]), b-ggz en de huisarts/praktijkondersteuner (poh)-ggz[6]. De rol van de gemeenten is in dit kader nog niet meegenomen.

Samen met partijen in het veld heeft de inspectie in de afgelopen twee jaar een methodiek voor haar toezicht ontwikkeld. Hiermee kan zij zorgnetwerken toetsen. De inspectie gaat deze methodiek in de komende periode gebruiken. Dit omvat een toetsingskader in combinatie met een gebiedsgerichte aanpak (zie hieronder).

Bij de ambulantisering van de ggz is sprake van verschillende typen risico's voor de kwaliteit en veiligheid van cliënten. Sommige risico's zijn eenduidig en goed beïnvloedbaar door zorgaanbieders.

In veel gevallen hebben de zorgaanbieders en professionals normen ontwikkeld om deze risico's te verkleinen. De inspectie gebruikt deze normen bij haar toezicht. Andere risico's zijn complexer. Daarbij geldt dat aan bepaalde randvoorwaarden moet worden voldaan die niet in de directe invloedssfeer van de zorgaanbieder liggen. Bijvoorbeeld op het gebied van financiering.

Door de intensiteit van het toezicht geleidelijk op te bouwen, neemt de inspectie veldpartijen mee in het proces. Daarbij sluit de inspectie aan bij het lerend vermogen van partijen en stimuleert zij de ontwikkeling in de gewenste richting. Het cliënt en naastenperspectief krijgt hiermee een nadrukkelijke rol in het toezicht.

In de komende periode kijkt de inspectie per regio naar de voortgang in de netwerkvorming rondom de doelgroep. Welke inspanningen hebben de zorgaanbieders verricht, binnen de mogelijkheden die zij hebben? Vervolgens kijkt de inspectie naar de behaalde resultaten. Als de zorg voor de doelgroep onvoldoende is én de risico's vallen binnen de invloedssfeer en verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, treedt de inspectie op. Bij misstanden in de (organisatie van) zorg die beïnvloed kunnen worden door de zorgaanbieder(s), zet de inspectie een handhavingstraject in.

In 2018 neemt de inspectie ook deel aan een toezichtproject dat ingaat op de samenhang in ondersteuning van mensen met chronisch psychische aandoeningen over de sectoren heen. Dit project vindt plaats in het samenwerkingsverband van vier rijksinspecties – Toezicht Sociaal Domein – waar de inspectie deel vanuit maakt. In dat toezichtproject kijkt de inspectie naast ggz en huisartsen ook naar partijen als gemeenten (werk en inkomen; wijkteams), UWV en aanbieders van dagopvang of beschermd wonen, gefinancierd vanuit de Wmo.

[5] FACT staat voor "Flexible Assertive Community Treatment". FACT–teams bieden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, behandeling en zorg en steunen hen op weg naar herstel. Dit gebeurt vooral thuis en in de buurt. Soms heel intensief, soms minder intensief, maar steeds in samenwerking met familie en anderen. (Bron: Zakboek FACT, Remmers van Veldhuizen, 2016)

[6] POH ggz: Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg. Deze functie is in 2007 ontstaan en was nodig om de toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen en de stijging van kosten van de relatief duurdere ggz op te vangen. De POH-GGZ behandelt/begeleidt, in gezamenlijke verantwoordelijkheid met de huisarts, zelfstandig patiënten / cliënten. Dit gebeurt zoveel mogelijk binnen de huisartsenvoorziening. (Bron: website landelijke vereniging POH-ggz)

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Nieuw toetsingskader
Het toezicht op zorgnetwerken vraagt een andere aanpak dan het toezicht op individuele zorgaanbieders. Daarom heeft de inspectie voor het toezicht op de ambulante ggz een nieuw toetsingskader ontwikkeld. De normen en criteria in dit kader zijn gebaseerd op wet- en regelgeving, richtlijnen en veldnormen. Het toetsingskader is opgenomen in bijlage 4. Daarnaast is het afzonderlijk te lezen op de website van IGJ.

De thema's uit het toetsingskader zijn:
- **De cliënt centraal.** Heeft de cliënt zelf regie over zijn zorg of eigen zeggenschap/ inspraak in de zorgverlening? Krijgt de cliënt begrijpelijke informatie, die past bij zijn hulpvraag? Hebben de zorgverleners een visie op herstel van de cliënt?
- **Integrale zorg.** Wisselen samenwerkende zorgverleners voldoende informatie met elkaar uit over de cliënt? Hebben de zorgverleners aandacht voor de naasten? En weten zorgverleners wat zij kunnen doen als een cliënt in crisis raakt?

Met het toetsingskader kan de inspectie een inschatting maken van de situatie ter plekke. Dus: hoe is de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de cliënten op een bepaald moment?

Gebiedsgericht toezicht
Om zicht te krijgen op de ambulantisering zijn meerdere stappen nodig. Zo wil de inspectie zicht krijgen op een momentopname van de zorg voor de individuele cliënt. Ook heeft de inspectie zicht nodig op de processen bij de samenwerking tussen zorgaanbieders. Door een combinatie van verschillende informatiebronnen ontstaat een completer beeld. Hierdoor kan de samenwerking binnen een netwerk worden getoetst en beoordeeld. De inspectie heeft daarom een nieuwe methode uitgewerkt voor 'gebiedsgericht toezicht'. Een gebied kan zowel een wijk als een regio zijn. Is er bijvoorbeeld veel of weinig samenwerking in de regio? En hoe verloopt die samenwerking?

1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning

Bij de ontwikkeling van haar toezichtsmethodiek wilde de inspectie haar toezicht goed laten aansluiten bij de situatie in Nederland. Hiervoor heeft zij een verkenning gedaan. In 2016 en 2017 heeft zij een rondgang gemaakt langs zorgaanbieders in de ggz in verschillende regio's. De rondgang maakte de inspectie om twee redenen. Namelijk om een beeld te krijgen van de effecten van ambulantisering in de ggz. En om haar toezichtsmethodiek te toetsen in de praktijk. Daarnaast hield de inspectie twee invitational conferences voor landelijke partijen.

Rondgang langs het veld en pilots
De inspectie onderzocht de risico's in de zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen in de praktijk op twee manieren:

1 Oriënterende inspectiebezoeken bij negentien ggz-instellingen en drie instellingen voor verslavingszorg. De inspectie sprak met ervarings-deskundigen, hulpverleners, leidinggevenden en raden van bestuur. Hierdoor kreeg de inspectie een indruk van de ambulantisering in de ggz. Vanaf 2017 sprak de inspectie bij deze bezoeken ook afzonderlijk met individuele hulp-verleners bij de instellingen. Bij een deel van deze bezoeken gebruikte de inspectie ook het concepttoetsingskader. De verschillende gesprekken gaven inzicht in de regionale ontwikkelingen.
Na de bezoeken ontvingen alle bezochte instellingen een rapportage. De inspectie liet de instellingen weten wat zij gehoord en gezien had. Zij gaf daarbij aan, op basis van het concepttoetsingskader, wat er goed ging en waar verbetering nodig was. Het doel hierbij was de instellingen te laten leren. En om verbeteringen te stimuleren. Deze bevindingen krijgen een vervolg bij toekomstige bezoeken. Het was zowel voor de zorgaanbieders als voor de inspectie een leertraject. Daarom vond geen handhaving plaats. Concrete misstanden, die aanleiding zouden hebben gegeven tot direct ingrijpen, zijn bij deze bezoekronde niet aangetroffen.

2 Twee regionale pilots naar de zorgnetwerken van kwetsbare cliënten. Een pilot was in Deventer en de andere in Amsterdam.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

In beide gebieden hield de inspectie een bijeenkomst met regionale netwerk partners. Dit waren de s-ggz (intramuraal en FACT-teams), b-ggz en huisartsen (in samenwerking met poh-ers ggz). Ook regionale cliënten- en familieraden waren bij deze bijeenkomst aanwezig. Tijdens de bijeenkomsten stond centraal hoe de betrokken partijen samenwerken. Welke doelen en afspraken zijn er? En wat zijn de knelpunten in de samenwerking?

Ook sprak de inspectie in beide gebieden met enkele cliënten en hun naasten over hun zorg. Dat waren cliënten uit zowel de b-ggz als de s-ggz. Tijdens deze gesprekken gebruikte de inspectie een 'praatplaat' (bijlage 1). Aan de hand van deze praatplaat legden de inspecteurs uit wat de opzet van het gesprek was. Daarna sprak de inspectie met de zorg- en hulpverleners van deze cliënten. Dat waren de huisartsen en zorg- en hulpverleners uit ggz-instellingen. De inspectie beoordeelde beide regio's vervolgens aan de hand van het concept-toetsingskader en legde haar bevindingen en conclusies vast in een rapportage. Alle gesprekspartners ontvingen deze rapportage. Daarnaast lichtte de inspectie haar conclusies toe in een terugkoppelingsbijeenkomst voor alle gespreks-partners.

Bij de rondgang langs de instellingen en tijdens de pilots toetste de inspectie haar werkwijze. Zo kon zij nagaan of de werkwijze geschikt was om efficiënt en effectief informatie te verzamelen over het functioneren van het zorgnetwerk. Op basis van de gesprekken en ervaringen heeft de inspectie het toetsingskader en de onderzoeks-methodiek aangepast.

Invitational conferences
In november 2016 en in februari 2018 organiseerde de inspectie twee conferenties voor een aantal landelijke koepelorganisaties, belangenverenigingen en andere partijen. Tijdens de eerste conferentie werd het concepttoetsingskader besproken. Tijdens de tweede conferentie deelde de inspectie de meest opvallende indrukken van de rondgang langs de ggz-instellingen in de verschillende regio's. De aanwezigen konden meedenken en reageren op deze nieuwe manier van toezicht houden.

1.4 Opzet rapport

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de conclusies. Dit zijn de conclusies van de bevindingen die de inspectie heeft opgedaan tijdens de oriënterende rondgang langs negentien ggz-instellingen, drie instellingen voor verslavingszorg en de twee pilots in 2016 en 2017. In paragraaf 2.1. worden de meest opvallende beelden en signalen beschreven.
In paragraaf 2.2. doet de inspectie aanbevelingen aan de verschillende partijen op basis van de bevindingen. Hiermee wil de inspectie de vorming van zorgnetwerken binnen de ambulante ggz stimuleren.

De vooruitblik op de activiteiten van de inspectie op de ambulante ggz vindt plaats in paragraaf 2.3.
Er wordt beschreven hoe de inspectie verder gaat met het gebiedsgerichte toezicht in dit kader. Daarnaast wordt de uitbreiding naar andere samenwerkingspartners toegelicht.

In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van de ronde langs de instellingen en de pilots aan de hand van zes thema's verder uitgewerkt.

Bijlagen
- In bijlage 1 is het gebruikte beeldmateriaal bij de bezoeken ('praatplaat') te vinden.
- Bijlage 2 bevat de vragenlijst voor de regionale en/of lokale samenwerking.
- Bijlage 3 geeft een beschrijving weer van de ontwikkelingsfase van een keten/netwerk. Hiermee krijgt de inspectie zicht op de fase waarin het netwerk zich bevindt.
- In bijlage 4 staat het toetsingskader.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg

2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen

Uit de rondgang langs de ggz-instellingen en de pilots blijkt een grote diversiteit in het land. Er bestaan inmiddels veel initiatieven tot samenwerking. De samenwerkingsverbanden bevinden zich in verschillende stadia en hebben uiteenlopende resultaten. In diverse plaatsen zijn zogenaamde EPA-taskforces op lokaal en regionaal niveau ontstaan, die zich richten op mensen met ernstige psychiatrische aandoen ingen. Zoals ook uit de bevindingen van het Trimbos-instituut blijkt zijn er positieve ontwikkelingen te noemen. Daarnaast is er ook aanleiding tot zorg over de huidige situatie. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste beelden en daaruit volgende conclusies.

1 Meer aandacht voor ondersteuning van cliënt bij herstel en eigen regie

De inspectie ziet dat binnen de ggz-instellingen de aandacht voor herstel en regie bij de cliënt met chronische psychische aandoeningen groeit. De cliënt wordt steeds vaker ondersteund om zijn doelen op de verschillende levensgebieden te formuleren. Cliënten geven aan dat goede informatie over de (on)mogelijkheden binnen het zorgnetwerk de (mogelijkheden voor) eigen keuzes en regie versterkt. Naasten spelen daarbij een belangrijke rol. Positief is dat naasten steeds meer betrokken worden bij de zorg, ook al kan dit nog intensiever. Ervaringsdeskundigen hebben voor cliënten duidelijk meerwaarde bij herstel en het voeren van eigen regie.
De inspectie constateert daarnaast dat bij CCAFcertificering[7] van FACT-teams de zorgverleners de aandacht voor herstel borgen.
Om goed zicht te houden op het verloop van het herstelproces dienen hulpverleners te werken met risicotaxatieinstrumenten en signaleringsplannen. Deze dienen ingevoerd en geborgd te zijn.

Een aantal ggz-instellingen geeft aan dat zij na een jaar herdiagnostiek wil inzetten om meer herstel te kunnen bereiken. De inspectie vindt dit een positieve ontwikkeling. Door opnieuw te diagnosticeren worden soms bepaalde aandoeningen of beperkingen herkend die eerst niet werden gezien, zoals licht verstandelijke beperking, verslaving of complex trauma. Hiermee wordt voorkomen dat behandelingen mogelijk onterecht en te lang op dezelfde wijze doorgaan of juist geheel uitblijven.

De inspectie ziet het als een goede zaak dat ggz-instellingen met haar samenwerkingspartners grote inspanningen doen om de doelgroep zo goed mogelijk in de thuissituatie te begeleiden en ondersteunen. Toch is het een gegeven dat een deel van de doelgroep altijd specialistische zorg en begeleiding nodig zal hebben en nooit zelfstandig kan wonen.

2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte

De inspectie ziet dat de ambulante ggz in ontwikkeling is. In algemene zin voldoet de ambulante ggz nog niet aan de behoeften van thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen.
De meeste FACT-teams ervaren een toename van het aantal zorgvragen. Ook de complexiteit van de zorgvragen neemt toe en dat vergroot de druk op de FACT-teams. Het risico bestaat hierdoor dat de zorg te laat komt, niet op tijd opgeschaald kan worden of van mindere kwaliteit is. Preventieve activiteiten, zoals het bieden van consultatie of een respijtbed zijn onder financiële druk afgebouwd.
In sommige regio's zijn lange wachttijden voor specifieke behandelingen binnen de s-ggz. Het gebrek aan doorstromingsmogelijkheden veroorzaakt opstoppingen bij de s-ggz, b-ggz en de huisarts/poh.

[7] CCAF-certificering: Het CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT) kent keurmerken toe aan onder andere FACT-teams. Een FACT-team met een keurmerk voldoet aan kwaliteitsstandaarden op het gebied van teamstructuur (o.a. samenstelling en organisatie van het team), organisatie (o.a. instroom, opname en nazorg) en zorgaanbod (o.a. aard en inhoud hulpverlening, samenwerking met steunsystemen). Aanvullend wordt ook gekeken naar diagnostiek, behandeling, herstel ondersteunende zorg en interventies, maatschappelijke zorg (o.a. samenwerking met andere organisaties en steunsystemen), monitoring (o.a. routine outcome monitoring) en professionalisering. (Bron: website CCAF).

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Het op- en afschalen tussen de s-ggz en de b-ggz en vice versa is vaak problematisch. Dat geldt ook voor de ggz en de huisarts/poh. De kennis en het overzicht van ieders expertise en mogelijkheden ontbreken vaak, evenals criteria voor op- en afschaling. Objectieve informatie van zowel capaciteit als wachttijden van instellingen is geregeld niet voorhanden. Hierdoor krijgt een cliënt soms te lang geen behandeling. Of hij wordt behandeld door een professional die op dat moment niet de best passende zorg kan leveren.
Opnames in de kliniek kunnen deels worden voorkomen door de inzet van Intensive Home Treatment (IHT)[8] of respijt- of logeerbedden in de wijk. Dit zijn goede organisatorische ontwikkelingen, maar ze vinden nog op (te) kleine schaal plaats.

Verder is in de praktijk vaak een regievoerder voor het zorgnetwerk afwezig die problemen signaleert en overzicht houdt. Deze regie is nodig voor zowel de inhoud als de organisatie van de zorg. Door deze oorzaken bestaan risico's in zowel de kwaliteit als continuïteit van de zorg.

3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter

De inspectie constateert dat bij zowel ggz-instellingen als huisartsen vaak over en weer onduidelijkheid blijkt over de taakafbakening. En over de (on)mogelijkheden binnen de samenwerking rondom mensen met chronisch psychische aandoeningen. Het is noodzakelijk dat beide partijen verwachtingen beter uitspreken. Het takenpakket en de functie-invulling van de poh-ggz is heel belangrijk bij de samenwerking, maar wisselt sterk per huisartsenpraktijk.

[8] Intensive Home Treatment; IHT is een nieuwe ontwikkeling binnen de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. De Intensive Home Treatment teams (IHT) zijn teams die een belangrijke bijdrage leveren om mensen met ernstige psychiatrische problemen in hun thuissituatie te begeleiden en te behandelen. IHT wordt ingezet als de reguliere behandeling substantieel te weinig biedt en er tijdelijk intensivering van zorg nodig is. IHT is erop gericht klinische opname te voorkomen en de patiënt zoveel mogelijk in zijn of haar eigen omgeving te behandelen. Indien een opname niet te voorkomen is, zorgt het IHT-team ervoor dat de opname zo kort als mogelijk wordt ingezet. Naast de zorg voor de patiënt worden familie/betrokkenen ondersteund gedurende de crisis. Gedurende de crisis kan de zorg zo intensief als nodig, geleverd worden. (Bron website IHT).

De inspectie merkt dat meerdere regio's overlegstructuren tussen de ggz en huisartsen organiseren. Daarbij maken zij afspraken over doorverwijzingen, delen van kennis en consultatiemogelijkheden. Veel ggz-instellingen bieden aan huisartsen/poh-ers specifieke bijscholing.
Ondanks deze positieve ontwikkelingen is de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen deze partners voor verbetering vatbaar. Vooral als het gaat om hoe te handelen bij crisissituaties. Op landelijk niveau zijn hiervoor samenwerkingsafspraken beschikbaar. Zorgaanbieders dienen deze afspraken te gebruiken.

Veel FACT-teams hebben wel de wens om de samenwerking met de huisartsen te intensiveren en verbeteren. Als huisartsen in een regio goed georganiseerd zijn, heeft dit positieve invloed op de samenwerking met de ggz. Andersom lopen huisartsen soms aan tegen de versnippering van zorg tussen de s-ggz en de b-ggz. Ook zien zij veel nieuwe ggz-aanbieders die niet allemaal hetzelfde aanbod aan zorg bieden.

Verbetermogelijkheden in de samenwerking liggen onder andere bij het gebruik van signaleringsplannen door huisartsen (die de ggz heeft opgesteld). Deze plannen zijn vooral van belang bij het voorkomen van crisis bij cliënten. Een goede vindbaarheid van signaleringsplannen in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) kan hierbij behulpzaam zijn. Verder is er onvoldoende afstemming rondom medicatiegebruik. Huisartsen vinden dat bij ontslag uit de s-ggz regelmatig onvoldoende duidelijke afspraken zijn over de afbouw van medicatie. FACT-teams zien terughoudendheid bij huisartsen bij het voorschrijven van psychofarmaca voor deze doelgroep en het niet actief volgen van medicatie bij opbouw en afbouw.
De apotheek kan een signalerende functie spelen, wanneer cliënten consequent naar dezelfde apotheker gaan.

4 Uitstroom cliënten ggz stagneert door onvoldoende samenwerking met gemeenten

Ggz-instellingen hebben binnen hun werkgebied bij de samenwerking in het sociale domein vaak te maken met verschillende gemeenten. Iedere gemeente ontwikkelt een eigen visie op de opvang van ggz-cliënten. Een aantal ggz-instellingen geeft aan

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

dat gemeenten de kwetsbare doelgroep nog onvoldoende kennen en/of zich onvoldoende verantwoordelijk voelen. De samenwerking wordt soms als vrijblijvend ervaren. Deze ggz-instellingen geven aan dat bij een aantal gemeenten de stimulans ontbreekt om samen te werken met de ggz. Gemeenten lijken geen negatieve prikkel te ondervinden als ze weinig initiatieven nemen in dit kader.

Door gebrek aan sociale voorzieningen is onvoldoende uitstroom mogelijk van de ggz naar de wijk. Sommige cliënten op de verblijfsafdeling kunnen wel met ontslag, omdat ze in principe uitbehandeld zijn, maar hebben geen huisvesting of werk. Ontslag uit de instelling zou tot een dakloos bestaan leiden. Door het gebrek aan uitstroommogelijkheden ontstaat 'verstopping' binnen de ggz-instelling, met stuwend effect op de wachtlijsten als gevolg.
Verder merken hulpverleners en cliënten op dat als de sociale structuur (huisvesting en dagbesteding) onvoldoende is, de cliënten sneller een terugval hebben.

De diversiteit in samenstelling en rol van sociale wijkteams is groot. Vanuit sommige ggz-instellingen neemt een ggz-medewerker deel aan een sociaal wijkteam om casuïstiek te bespreken. Soms slaat men op een andere wijze een brug, bijvoorbeeld door de inzet van een contactpersoon, of een 'ggz-coach'. Deze persoon bezoekt de wijkteams en bij vragen/problemen kunnen de wijkteams contact opnemen.

5 Wisselende ervaringen met zorgverzekeraars

Een aantal ggz-instellingen geeft aan een goede samenwerking te hebben met de zorgverzekeraars. Zij hebben een gedeelde visie en attitude. Volgens andere ggz-instellingen hebben zorgverzekeraars het inkoopbeleid onvoldoende gericht op ambulantisering van de ggz. Volgens deze instellingen hebben de zorgverzekeraars het budget dat is vrijgekomen bij de afbouw van bedden niet besteed aan de opbouw van ambulante zorg.

Ggz-instellingen signaleren dat zowel gemeenten als zorgverzekeraars proberen de schadelast zo laag mogelijk te houden. Ggz-instellingen hopen daarom dat in 2018 voldoende budget beschikbaar komt om cliënten goede zorg in de thuissituatie te bieden.

Daarbij geven zij aan dat de indirecte zorg nog onvoldoende gefinancierd wordt. Dit gaat over zorgverlening waarbij de cliënt op dat moment niet direct gesproken wordt, maar die noodzakelijk is voor het werken binnen netwerkverband. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over coördinatie om een opnameplek te regelen voor crisis. Maar ook over afstemmingsoverleg met andere hulpverleners. Of de afstemming van zorg rondom meerdere leden van een gezin en de uitwerking van zorgadministratieve taken.

Tijd en geld zijn belangrijke randvoorwaarden voor de opbouw van zorgnetwerken. Op dit moment werken zorgaanbieders veelal overwegend vanuit een eigen perspectief en bedrijfsbelang. Het werken vanuit netwerken zal financieel duurzaam en haalbaar moeten worden. Netwerkpartners kunnen dan specialistische kennis van de ggz met elkaar delen. Andersom kan de ggz profiteren van samenwerking binnen het netwerk.

6 Landelijke ontwikkelingen en stelselzaken met invloed op de regio

Ggz-instellingen geven aan tegen een aantal landelijke ontwikkelingen aan te lopen die de ambulantisering van de ggz belemmeren. Zo zijn er door arbeidsmarktproblematiek te weinig professionals beschikbaar. Hierdoor ervaren cliënten langere wachttijden en veel wisselingen in de groep hulpverleners waar ze mee te maken krijgen, hetgeen de zorg voor deze doelgroep niet ten goede komt.
Het huidige financieringsstelsel maakt dat ggz-instellingen direct bij aanmelding een diagnose moeten stellen. Ggz-instellingen kunnen nauwelijks meer met een proactieve houding zorgen voor preventieve zorg (zonder diagnostiek te hoeven plegen). Hierdoor kunnen potentiële cliënten niet altijd op tijd geholpen worden, met het risico dat er crises ontstaan.

Verder knellen de effecten van de gereguleerde marktwerking bij de behoefte aan samenwerking rondom deze kwetsbare doelgroep. Instellingen vinden het moeilijk om samenwerkingsafspraken over kwaliteit van zorg te maken met hun concurrenten in een bepaald gebied. Zij missen een gemeenschappelijk (financieel) belang, ook al zien ze de waarde van samenwerking wel in.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Een ander risico in de toegankelijkheid van de zorg bestaat vanwege de financieringsschotten tussen de ggz en de gemeente. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben er belang bij dat de ander de bekostiging van de zorg op zich neemt. Er bestaan nauwelijks gemeenschappelijke plannen binnen een werkgebied waarbij uitgegaan wordt van de behoeften van deze doelgroep en meerdere partijen de kosten gemeenschappelijk dragen.

2.2 Aanbevelingen

Er moet nog veel gebeuren om de cliënt met chronisch psychische aandoeningen meer centraal te stellen. Dat geldt ook voor de opbouw en het verbeteren van kwaliteit van de ambulante ggz. Daarbij is zowel een 'bottom up' als 'top down' aanpak nodig. De activiteiten in het persoonlijk netwerk van de cliënt staan voorop. Gezien de grote verschillen binnen de regio's is maatwerk nodig binnen ieder zorgnetwerk. Landelijke randvoorwaarden zijn nodig om de activiteiten mogelijk te maken. Hieronder volgt een aantal aanbevelingen voor de verschillende betrokken partijen.

Voor patiënten
Voer zoveel als mogelijk regie over uw eigen behandeling. Betrek de mensen uit uw persoonlijke omgeving als dat mogelijk is. Kom op voor uw belang en maak duidelijk wat u nodig hebt in uw behandeling. Als u zorgen of vragen hebt stel deze dan aan uw behandelaar of iemand anders die u helpt. Laat u informeren over de mogelijkheden die er zijn voor uw behandeling en begeleiding, binnen maar ook buiten de instelling. Vraag uw behandelaar met andere zorgverleners te communiceren zodat zij elkaar versterken.

Voor naasten
Laat uw naaste zoveel als mogelijk de eigen regie voeren. Wees betrokken en steunend, vraag wat uw naaste nodig heeft. Laat u informeren wat u kunt betekenen. Wees voorbereid voor het geval dat uw naaste in crisis raakt. Stel uw vragen aan de behandelaar. Als uw naaste hier geen toestemming voor geeft kunt u een beroep doen op andere partijen zoals de familievertrouwenspersoon of patiënten- en familieorganisaties.

Voor individuele zorgverleners in de ggz en de huisartsen
Zet de groeiende aandacht door voor herstel en eigen regie bij de zorg voor cliënten met chronische ggz-problematiek. Voer daarbij de zorg uit volgens de kwaliteitsstandaarden die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz in de afgelopen periode door heeft uitgebracht. Verschaf de cliënt voldoende informatie over de mogelijkheden in de zorg en betrek de naasten intensief. Zet binnen het netwerk het triadeoverleg tussen cliënt-naaste-zorgverlener centraal. Heb daarbij ook aandacht voor de draagkracht van de naasten.
Bespreek onderling praktische afstemmingsprocessen rondom de cliënt en een warme overdracht bij zowel op- als afschaling. Zet continuïteit en flexibiliteit voorop. Benoem daarbij een regievoerder.
Zorg vooral voor afstemming rondom medicatiebeleid. Voorschrijvers moeten zich inspannen om een zo actueel en volledig mogelijk medicatieoverzicht te krijgen. Regel verder dat alle betrokkenen weten wat te doen bij (dreigende) crises. Maak gebruik van signaleringsplannen.

Voor ggz-instellingen (in overleg met hun zorgverzekeraars)
Bouw voldoende flexibiliteit in om op- en afschaling tussen s-ggz, b-ggz en huisartsenzorg te faciliteren. Breid de capaciteit van FACT-teams uit op basis van de regionale behoeften. Zet voldoende IHT en/of respijtzorg in om te voorkomen dat thuiswonende cliënten opgenomen moeten worden.
Voer verder de jaarlijkse herdiagnostiek bij chronische cliënten uit. Zo komen cliënten op de juiste plek terecht.

Voor zorgnetwerken op regionaal niveau
Voor ggz-instellingen en huisartsen(groepen) geldt: initieer (voor zover dat nog niet is gebeurd) regionaal overleg over de problematiek van thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. Gebruik voor dit overleg het handvat voor een regionale samenwerkingsagenda van het Trimbos-instituut[9]. Verkrijg inzicht in de

[9] 'Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg', Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda, Trimbos-instituut 2016.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

situatie van de doelgroep in een gezamenlijk vast te stellen gebied. Ontwikkel vervolgens een gezamenlijke visie op de doelgroep. Formuleer doelstellingen over onder andere de benodigde capaciteit van zorg. Ga verder na wat de doelgroep nodig heeft. Betrek hierbij cliënt- en familievertegenwoordigers, zorgverzekeraars, gemeenten en wijkteams.

Ga na wat nodig is om de uitstroom vanuit de ggz naar de eerste lijn verder mogelijk te maken. Uitgangspunt daarbij is dat de intramurale ggz alleen ingezet wordt waar dit echt nodig is. Dat is onder andere het geval bij crisisopvang en specialistische zorg. Het verdient aanbeveling dat zowel huisartsen(groepen) als ggz-instellingen aanspreekpunten namens hun organisaties organiseren in de wijk, waarbij voldoende onderlinge rechtstreekse consultatiemogelijkheden zijn.

Voor gemeenten
Ga na wat nodig is om mensen met chronisch psychische aandoeningen in hun eigen omgeving (stad, wijk, dorp) op te vangen. Dat kan de uitstroom van de ggz naar de eigen omgeving bevorderen. Omdat ggz-instellingen integraal langdurig verblijf en dagbesteding verzorgen, moeten deze functies in de eigen woonomgeving vervangend worden aangeboden. Het gaat daarbij om huisvestingsmogelijkheden, dagbesteding en begeleiding van cliënten naar werk of scholing. Bij onvoldoende mogelijkheden op dit vlak dreigen thuiswonende kwetsbare mensen (soms opnieuw) tussen wal en schip te geraken en kan hun situatie escaleren. Bij crisis is (gedwongen) opname vervolgens het enige alternatief.
Om instroom in de ggz te voorkomen is ook meer preventie en vroegsignalering nodig. Sociale wijkteams en wijkteams van bijvoorbeeld de GGD kunnen signalen over verward gedrag van mensen met chronisch psychische aandoeningen signaleren. Vervolgens kunnen zij proactief huisbezoeken doen. Hiermee kunnen zij voorkomen dat ongewenste situaties bij deze doelgroep ontstaan.

Voor partijen op landelijk niveau
Heb op bestuurlijk niveau aandacht voor de samenwerking tussen de ggz en de huisartsenzorg/poh-ggz. Geef hierin de informatieoverdracht binnen de zorg een belangrijke plek. Stimuleer de afstemming tussen zorgaanbod voor lichamelijke en psychische problematiek, om de kloof tussen de zorg voor lichamelijke en psychische ziektes te overbruggen.

Ga verder in op de oorzaken van de moeizame opbouw van de ambulante ggz. Let daarbij vooral op de organisatorische en financiële knelpunten. Bij alle bestuurlijke partijen (waaronder de zorgverzekeraars) is aandacht nodig voor de randvoorwaarden om de ambulante zorg te versterken. Daarbij gaat het onder andere om de extra tijd en inzet van zorgverleners om netwerken tot stand te brengen. Daarnaast gaat het om de consultatiefunctie van psychiaters voor onder andere huisartsen. Ook de ruimte voor preventieve activiteiten in de wijk is een belangrijk uitgangspunt.
Tot slot vindt de inspectie het belangrijk dat partijen leren van elkaars ervaringen. Het ene netwerk lukt het in het huidige klimaat beter dan het andere om een passend ambulant aanbod rondom de cliënt op te zetten. Landelijke branche- en beroepskoepels (zoals GGZ NL, LVVP, NVvP, Ineen, LHV) kunnen goede voorbeelden binnen hun eigen ledenbestand verspreiden. De landelijke overheid kan de verspreiding van goede voorbeelden verder ondersteunen.

2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz

2.3.1 Stimulering zorgnetwerken in de komende jaren
Met de vaststelling van het toetsingskader en de toezichtmethodiek voor netwerken is de ontwikkelingsfase voor de inspectie voorbij. Zij gaat in 2018 de ontwikkelde methode gebruiken in haar (reguliere) toezicht op de zorgnetwerken binnen de ambulante ggz. Daarbij ligt de nadruk op de regionale samenwerking.

De inspectie onderzoekt in 2018 drie regio's. De rapportages van deze toezichtrondes zullen openbaar worden gemaakt, zodat ook andere zorgaanbieders ervan kunnen leren.

De inspectie sluit waar mogelijk en effectief aan op de regionale initiatieven om samen te werken. Een mogelijkheid ligt bij de vorming van de regionale Taskforces. KPMG ondersteunt 8 regionale Taskforces bij de terugdringing van de wachttijden van de ggz binnen de treeknormen. Daarnaast heeft KPMG een quick scan gedaan

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

in de andere regio's om te toetsen hoe het staat met de gezamenlijke aanpak van wachttijden. Op basis van de bevindingen van de quick scan wordt stapsgewijs aanvullende ondersteuning ingezet, zoals het inrichten van een regionale Taskforce. Het bovenstaande doet KPMG in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en Mind, met financiering van VWS. De wachtlijstproblematiek in de ggz hangt samen met de (on)voldoende mogelijkheden om op- en af te schalen binnen de zorg.

Het is belangrijk om een goede probleemanalyse in een regio te maken. Op die manier ontstaat inzicht in wat er speelt in een bepaald gebied. Dat is nodig voor zowel het regionale draagvlak als voor de prioritering van de acties. De inspectie wil nagaan waar de contacten tussen de regionale partijen reeds zijn gelegd. Ook wil de inspectie nagaan waar de informatieverzameling (deels) heeft plaatsgevonden.

Voor de wachtlijstproblematiek ontwerpt de inspectie, samen met de NZa, een aparte toezichtstrategie. Cijfers over wachtlijsten zijn hierbij behulpzaam. Het toezicht op wachtlijsten bij de ggz-instellingen en de netwerken op de ambulante ggz binnen een regio wordt afzonderlijk vormgegeven. De toezichtsmethodieken kunnen elkaar versterken.

In de komende jaren wil de inspectie het aantal te bezoeken regio's uitbreiden. Door de verschillende netwerken regelmatig te toetsen kan de inspectie de voortgang in de samenwerking over een langere periode beoordelen. Hiermee biedt zij continuïteit. In het gebruik van de toezichtmethodiek ligt een uitdaging voor de inspectie. In het toezicht op zorgnetwerken wil de inspectie aan de ene kant zorgaanbieders stimuleren in hun ontwikkeling. Aan de andere kant gaat de inspectie na waar verbeteringen in de invloedssfeer van de zorgaanbieders liggen. Daar waar de zorg onder de maat is en zorgaanbieders in staat zijn om dit te verbeteren, zal de inspectie een handhavingstraject inzetten.

Over de landelijke uitkomsten van haar toezicht zal de inspectie met enige regelmaat communiceren via rapportages en overleg met de landelijke partijen.

2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

In 2018 neemt de inspectie deel aan een aansluitend toezichtproject. Dat gaat vanuit verschillende sectoren in op de samenhang in ondersteuning van mensen met chronisch psychische aandoeningen. In hoeverre bieden gemeenten mogelijkheden voor ondersteuning en herstel aan cliënten vanuit de Wmo? Of wat is de rol van beschermde woonvormen en het UWV? Op welke manier hebben zij aandacht voor het herstel van cliënten met chronische psychische aandoeningen? En hebben zij contact met andere zorg- en hulpverleners?

De inspectie werkt hiervoor samen met drie rijksinspecties in het sociaal domein. Dat zijn de Inspectie Justitie en Veiligheid, Inspectie van het Onderwijs en Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Samen vormen zij het Toezicht Sociaal Domein (TSD)[10]. Voor het project zoekt TSD ook samenwerking met Wmo-toezichthouders. Voor het toezicht op de ambulante ggz legt de inspectie een link naar de bevindingen van het Schakelteam 'Mensen met verward gedrag'.

De inspectie werkt ook samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De zorgverzekeraars spelen namelijk een belangrijke rol bij de ambulantisering van de ggz. De manier waarop zorgverzekeraars op regionaal niveau bij ggz-instellingen en huisartsen inkopen, heeft invloed op de ambulante ggz.
De manier van inkoop is afhankelijk van de behoeften van deze kwetsbare doelgroep. De inspectie en de NZa zullen zoveel mogelijk de krachten bundelen bij hun optreden in de regio.

[10] http://inspectieloketsociaaldomein.nl/de-inspecties/toezicht-sociaal-domein

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

3 Resultaten en bevindingen

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen van de inspectie. Dit zijn de bevindingen die de inspectie tijdens haar ronde en de pilots in 2016 en 2017 heeft opgedaan. Bij een aantal instellingen is, naast de gesprekken, het concept-toetsingskader gebruikt. Iedere instelling heeft een afzonderlijke terugkoppeling van het inspectiebezoek gekregen. Aan de hand van de ervaringen heeft de inspectie het toetsingskader bijgesteld (bijlage 4).

3.1 Aandacht voor cliënten en naasten

De ondersteuning van de cliënt bij herstel en eigen regie
Steeds meer ggz-instellingen hebben het herstelgericht werken in hun visie verankerd. Zorgverleners (met name binnen FACT-teams) zijn zich er steeds vaker van bewust dat zij breder moeten kijken dan alleen het ziektebeeld (waaronder symptoombestrijding. Ze willen juist meerdere levensgebieden betrekken bij de zorg. Ook zien zorgverleners daarnaast ruimte om meer uit te gaan van de mogelijkheden, in plaats van de onmogelijkheden van de cliënt.

De cliënt wordt meestal in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken en krijgt hierbij voldoende ondersteuning en begrijpelijke informatie aangereikt. Ook worden, in samenspraak met de cliënt, één of meerdere behandel-plannen opgesteld. Zorgverleners bespreken het met de client als er wijzigingen in de behandeling zijn. De behandelplannen sluiten over het algemeen aan bij wensen en mogelijkheden van de cliënt. Het behandelplan wordt jaarlijks geëvalueerd, of als het nodig is vaker.
De cliënt kan het behandelplan inzien. Sommige cliënten hebben het behandelplan in bezit, maar niet altijd is hier behoefte toe. Het aanspreekpunt voor de cliënt is over het algemeen duidelijk en soms heeft een cliënt het mobiele nummer van de zorg-verlener. Een cliënt kan verzoeken om een andere zorgverlener. In dat geval vindt eerst een gesprek plaats over wat de achtergrond van dit verzoek is.

Het algehele beeld is dat cliënten hierdoor veelal in staat worden gesteld om regie te voeren over hun zorg. Wel kan het behandelplan beter en actiever gebruikt worden tijdens de behandeling. Het is daarbij belangrijk dat het behandelplan zo concreet mogelijk is. Verder vinden cliënten het belangrijk dat zij voldoende informatie krijgen over de mogelijkheden van de beschikbare zorg. Het gaat dan zowel om zorg binnen als buiten de ggz-instelling.

Aandacht voor voorkomen en hanteren van crisis
De meeste zorginstellingen kunnen meer doen om een (mogelijke) crisis te voor-komen en/of te hanteren. Risicotaxatie vindt niet altijd standaard plaats. Ook hanteren zorginstellingen niet altijd de meldcode Huiselijk geweld en kinder-mishandeling.
Veel ggz-instellingen werken met signaleringsplannen. De meeste signalerings-plannen bevatten een omschrijving van de crisis en de acties die cliënt, naasten en zorgverleners kunnen ondernemen om de situatie te stabiliseren. Het signalerings-plan wordt niet altijd na iedere crisis, of terugval, geëvalueerd en bijgewerkt.
Als een ggz-instelling meerdere documenten (crisis- en triadekaart, behandelplan) gebruikt dan is er soms onvoldoende samenhang tussen de documenten.

Voorlichting aan cliënten
Uit de gesprekken blijkt dat voor cliënten de stap van de s-ggz naar de b-ggz of de huisarts heel groot kan zijn. De cliënten weten dan niet wat de consequenties zijn. Ze zijn dan onzeker of ze terug kunnen naar hun vertrouwde hulpverleners (in de s-ggz bijvoorbeeld) als het slecht met ze gaat. Daarnaast verschillen de mogelijk-heden voor de cliënten in de s-ggz en b-ggz. Zo is het bijvoorbeeld niet vanzelf-sprekend dat eenmaal opgebouwde (dag)activiteiten bij een overstap doorgang kunnen vinden. Het is belangrijk dat cliënten goede voorlichting krijgen over de verschillende opties en (on)mogelijkheden in de zorg. Dat kan een positieve invloed hebben op de mogelijkheden voor 'eigen regie'.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Aandacht voor betrokkenheid van naasten
Uit de gesprekken met de betrokkenen blijkt dat de aandacht voor de rol van de naasten bij het herstel van de cliënt groeit. Maar het kan nog intensiever. Veel naasten willen goed, of beter geïnformeerd worden over de zorg aan hun gezinslid en/of relatie. Ook vinden zij dat cliënten bij het formuleren van de hulpvraag nog meer ondersteuning kunnen krijgen. Naasten willen vooral informatie krijgen over hoe met de cliënt om te gaan bij crises.
Binnen FACT-teams zijn meerdere projecten, zoals het RACT (Resource Assertive Community Treatment). Hierbij wordt de familie/naastbetrokkene van de cliënt actief betrokken om hersteldoelen te bereiken.
Als uitbreiding van het informele netwerk wenselijk is, dan nemen de zorgverleners dit op in het behandelplan. Dit is regelmatig aan de orde. Cliënten zijn vaak hun sociale netwerk verloren en hebben de wens om contacten te herstellen of nieuwe contacten te leggen.

De positie van de ervaringsdeskundige bij herstel en eigen regie
De meerwaarde van ervaringsdeskundigen wordt in de ggz breed erkend. Bijna elk FACT-team heeft een ervaringsdeskundige in dienst. Ervaringsdeskundigen worden steeds vaker ingezet om de herstelgedachte verder te ontwikkelen. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij de communicatie met de gemeentelijke instanties over de behoeften van de doelgroep. Punt van aandacht is de opleiding en bekostiging van de ervaringsdeskundigen. De inzet van een ervaringsdeskundige is niet te declareren als zorg op basis van de Zorgverzekeringswet. Dit kan voor instellingen een financiële belemmering zijn om ervaringsdeskundigen in te zetten.

CCAF-certificering en herstel
Bij veel ggz-instellingen heeft het CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT) een aantal FACT-teams geaccrediteerd. Dit heeft een belangrijke stimulerende werking. Als FACT-teams gecertificeerd zijn, wordt de aandacht voor eigen regie en herstel geborgd. De ggz gebruikt meerdere methodieken die ondersteunend kunnen zijn in het bevorderen van eigen regie. Bij sommige instellingen hebben medewerkers de training Shared Decision Making (SDM) gevolgd. Dat kan behulpzaam zijn bij het versterken van de eigen regie van de cliënt.

Anderen geven aan dat in hun meerjarenbeleidsplan aandacht is voor de handelwijze van de behandelaars bij het ondersteunen van de eigen regie van cliënten.

Cliënten met een licht verstandelijke beperking
Niet alle cliënten zijn mondig en in staat om zelf de regie voeren. Er zijn signalen dat een belangrijk deel van de ggz-cliënten licht verstandelijk beperkt is.
Voor deze mensen geldt dat zij extra begeleiding nodig hebben bij het voeren van eigen regie en het formuleren van hersteldoelen.

Herdiagnostiek van cliënten met chronische ggz-problematiek
Volgens een aantal instellingen kan chroniciteit bij ggz-cliënten deels voorkomen worden door een gerichte en tijdige screening. Deze instellingen zijn van mening dat bij chronische patiënten meer herstel dan in de huidige situatie mogelijk is. Bijvoorbeeld door cliënten die één á twee jaar in zorg zijn te herdiagnosticeren. Zo wordt voorkomen dat behandelingen mogelijk onterecht en te lang op dezelfde wijze doorgaan. Zorgverleners kunnen dan een andere behandeling inzetten. De elementen waarop gescreend kan worden zijn: een licht verstandelijke beperking, complex trauma, verslaving, onderdiagnostiek autisme en persoonlijkheidsproblematiek.
Deze aanbeveling sluit aan bij de generieke module EPA[11]. Daarin wordt aanbevolen om jaarlijks een herevaluatie van de (farmaco)therapie en aanvullende diagnostiek van klachten en contextuele factoren uit te voeren.

3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte

Informatie-uitwisseling over cliënten binnen het netwerk
Over het algemeen is het voor de cliënt duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is. Vaak heeft de cliënt een regiebehandelaar, maar dit is niet altijd de regievoerder. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige of casemanager is vaak de regievoerder en de regiebehandelaar is meer op afstand aanwezig.

[11] Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; generieke module Ernstige Psychiatrische aandoeningen, 2017, blz. 11.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Ondanks het beleggen van regie kunnen cliënten er niet op rekenen dat hun zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's. De regiebehandelaar stemt de zorg niet altijd af met cliënt en naasten, huisarts of andere ggz-hulpverleners. Er zijn niet altijd (schriftelijke) afspraken over verwijzing, terugverwijzing en terugkoppeling tussen netwerkpartners.

Meestal houdt de regiebehandelaar contact met de verwijzer en/of medebehandelaar. Afhankelijk van de situatie of het persoonlijk contact, kan dit intensief zijn of zich beperken tot het sturen van brieven. De ene ggz-instelling informeert de huisarts jaarlijks over een gezamenlijke cliënt. Bij andere instellingen zijn een aantal vaste momenten waarop de huisarts wordt geïnformeerd. Bijvoorbeeld na de intake, bij verlenging van een DBC en bij ontslag en bij het op- en afschalen van zorg.

De jaarlijkse somatische screening wordt veelal door een verpleegkundig specialist van het FACT-team gedaan. Als hier afwijkingen uitkomen verwijst de verpleegkundig specialist de cliënt naar de huisarts. Ook is er is regelmatig telefonisch contact met huisartsen als er somatisch iets niet in orde is.
De meeste ggz-instellingen hebben een overzicht van de medicatie van de cliënt die zij zelf hebben voorgeschreven. De medicatie die de huisarts of een andere specialist heeft voorgeschreven, is hier vaak niet in opgenomen. De voorschrijver vraagt niet altijd een medicatieoverzicht op bij de apotheek of huisarts.

Instellingen hebben vaak wel een start gemaakt met de genoemde onderwerpen in het kader van betere afstemming. Dit is echter nog niet op het gewenste niveau en verbetering is hier noodzakelijk.

Informatie over handelen bij crisissituaties
Informatie die nodig is voor het handelen in crisis is niet altijd bekend bij alle partijen. Vooral huisartsen zijn zelden bekend met het gebruik van de signaleringsplannen. Sommige instellingen hanteren meerdere documenten (crisis- en triadekaart, signalering- en behandelplan), waartussen onvoldoende samenhang is.

Hieronder een overzicht van overige signalen over de ambulantisering van de ggz die naar voren kwamen bij de rondgang langs de ggz-instellingen.

Druk op de FACT-teams (te) groot
De druk op de FACT-teams is de afgelopen jaren fors vergroot. Deels komt dit door de toename van het aantal cliënten door de afbouw van bedden. Daarnaast is ook de zwaarte van de problematiek van cliënten binnen het FACT toegenomen. Veel cliënten met lichtere problematiek zijn inmiddels uitgestroomd naar de b-ggz of soms naar de huisarts.

De groei van de FACT-teams blijft achter bij de vraag. Hierdoor is de 'outreachende karakter' bij FACT-teams verminderd. Dit betekent dat de FACT-teams minder proactief de cliënten benaderen. De cliënten die bemoeizorg nodig hebben en waar veel geïnvesteerd moet worden om hen in zorg te krijgen raken uit beeld. Sommige zorgverleners van FACT-teams ervaren dat zij door tijdgebrek minder kunnen inspelen op de behoefte van de cliënt. Bijvoorbeeld bij ontslag uit de kliniek, waarbij de kans op terugval groot is. Voor cliënten betekent dit dat zij soms te laat in zorg komen en/of minder goede zorg ontvangen. Vervolgens duurt het langer om de hersteldoelen te bereiken.

Om de juiste zorg en begeleiding te kunnen bieden, is alleen uitbreiding van het FACT-team niet voldoende. Ook een goed model voor snel op- en afschalen van zorg is noodzakelijk. Om de op- en afschaling soepeler te laten verlopen, investeren sommige FACT-teams veel in zowel interne als externe relaties. Het gaat dan vooral met huisartsen, wijkteams, Intensive Home Treatment (IHT) en crisisdiensten. Op- en afschalen binnen de -instelling vraagt vaak een flexibele inzet van personeel, wat in de praktijk niet makkelijk te organiseren is.
Volgens sommige instellingen neemt de zorg voor een cliënt in crisis veel tijd in beslag. Dit gaat ten koste van herstelondersteunende zorg voor andere cliënten.

Opnames voorkomen door Intensive Home Treatment (IHT)
In diverse regio's is gestart met IHT. Het uitgangspunt van IHT is de zorg voor cliënten met een beginnende of dreigende crisis met de juiste intensiteit te behandelen. Of de

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

zorg op te schalen om zo een klinische opname te voorkomen of te verkorten. Volgens de zorgaanbieders zijn cliënten tevreden over IHT.
In andere regio's was het zo geregeld dat cliënten van FACT geen gebruik kunnen maken van IHT. Soms was het zo geregeld dat FACT ook buiten kantooruren werkzaam is. Zo niet, dan zijn de cliënten op de crisisdienst aangewezen. De preventieve werking van het FACT-team bij het voorkomen van opname gaat dan verloren.

Opnames voorkomen door een respijt- of logeerbed in de wijk
Een andere manier om (nieuwe) opnames bij ggz-instellingen (al dan niet met Bopz-maatregel) te voorkomen is de inzet van respijtbedden. Enkele ggz-instellingen spraken de wens uit om cliënten op kleine schaal te laten opnemen in een tijdelijk bed in de wijk voor enkele dagen. Door deze opname vooraf aan crises is opname binnen een ggz-instelling niet meer nodig.

Onvoldoende overzicht door meerdere aanbieders
Enkele instellingen geven aan dat er meerdere FACT-teams en ambulante zorgverleners in de regio opereren. Hierdoor kan dat voor een chronische cliënt, met verschillende hulpvragen, de zorg onoverzichtelijk en complex zijn. De instellingen zoeken hiervoor een oplossing door de FACT-teams te laten werken volgens het regiemodel. Het doel van het regiemodel is om de cliënt één aanspreekpunt in de wijk aan te bieden, los van het aantal zorgaanbieders.
Andere ggz-instellingen hebben teamspecialisten in de FACT-teams aangesteld. Deze hebben de opdracht om zelf in de regio initiatieven te ontwikkelen die gericht zijn op samenwerking met de netwerkpartners en dit te professionaliseren.

Op- en afschalen van de zorg
Crisisdiensten worden ingeschakeld bij crisis of dreigende crisis. Er vindt bijvoorbeeld een vooraanmelding bij de crisisdienst plaats van cliënten die mogelijk in crisis raken. De cliënt krijgt vooraf informatie. Over het opschalen bij een crisis maakt de ggz-hulpverlener afspraken met de cliënt. Ze spreken af of een cliënt zelf de crisisdienst kan bellen, of dat alleen een huisarts naar de crisisdienst kan verwijzen.

Meerdere ggz-instellingen hebben vanaf 2014 veel energie gestoken in overgang van s-ggz naar b-ggz. Een aantal instellingen heeft de b-ggz en de s-ggz strikt gescheiden en ondergebracht in andere teams of soms zelfs in een aparte merknaam. Andere instellingen hebben deze scheiding niet aangebracht en verlenen b-ggz en s-ggz vanuit hetzelfde team.
Vooral de ggz-instellingen zonder scheiding zijn positief over de samenwerking tussen de b-ggz en de s-ggz. De b-ggz en de s-ggz werken dan bijvoorbeeld veel samen bij het afschalen van de zorg. Soms lukt het op- en afschalen tussen de b-ggz en s-ggz onvoldoende doordat volledige kennis en het overzicht van ieders expertise en mogelijkheden ontbreekt. Objectieve informatie van zowel capaciteit als wachttijden van instellingen is dan niet voorhanden. Vrijgekomen plekken worden direct opgevuld met nieuwe cliënten. Daarom is de ggz terughoudend bij het snel op- en afschalen. Afschalen betekent namelijk dat de cliënt opnieuw onderaan de wachtlijst komt als er weer opgeschaald moet worden.

3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter

Taakafbakening en (on)mogelijkheden samenwerking
Voor mensen met chronische psychische aandoeningen die thuis wonen is een goede samenwerking tussen de ggz en huisartsen van groot belang. De inspectie vond grote verschillen in de regio's in deze samenwerking. Ggz-instellingen werken samen met verschillende huisartsen(praktijken) binnen hun verzorgingsgebied. Uit de gesprekken met de ggz-instellingen blijkt dat de samenwerking van meerdere factoren afhankelijk is. Bijvoorbeeld de affiniteit en kennis van de huisarts met de ggz. Ook spelen demografische gegevens een rol. In sommige wijken komt zoveel psychiatrische problematiek voor dat dit voor de huisarts niet te bolwerken is.
Er bestaan over en weer verschillende beelden over taakafbakening en de (on)mogelijkheden bij de samenwerking. Deze beelden sluiten niet altijd goed op elkaar aan en wederzijdse verwachtingen worden vaak onvoldoende uitgesproken.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Verwachtingenmanagement
De begeleiding van patiënten met EPA die al enige tijd stabiel zijn, behoort niet tot het basisaanbod van de huisarts. Dit behoort tot het aanvullend zorgaanbod . In 2016 zijn de "Landelijke ggz samenwerkingsafspraken (LGA) voor hulp aan volwassenen met psychische klachten'[13] uitgekomen. Deze afspraken tussen de ggz en huisartsen voor verschillende doelgroepen bleken bij de rondgang langs het veld nog niet bij alle partijen bekend. Vooral over de terugverwijzing van mensen EPA van de ggz naar de huisartsen bestaan nog onduidelijkheden.
In de LGA is vastgelegd dat een patiënt met EPA aan de huisarts kan worden overgedragen, als de huisarts heeft aangegeven dat hij deze zorg kan en wil leveren. Hij heeft daar dan extra deskundigheid en competenties voor verworven of binnen zijn praktijk aangetrokken. Verwachtingenmanagement over de samenwerking blijkt nodig, waarbij afspraken worden gemaakt wie welke zorg verleent bij deze doelgroep.

Rol POH-ggz
Het takenpakket en de functie-invulling van de praktijkondersteuner-ggz (POH-ggz) wisselt sterk. De zorg van de POH-ggz is persoonsgebonden en er bestaan wisselende werkwijzen. Sommige POH-ers doen alleen kortdurende behandelingen, andere POH-ers doen meer. Soms voeren zij maximaal vijf gesprekken met een cliënt. Als dit 5 gesprekken model niet heeft gewerkt verwijst men door naar de s-ggz. Andere POH-ers nemen chronische patiënten langere tijd in zorg om het toestandsbeeld te monitoren.
Ggz-instellingen merken vaak dat POH-ers zwaar belast zijn en een grote werkvoorraad hebben.

Regionale samenwerking: overleg en kennisoverdracht
Positief in het proces rond de ambulantisering is dat in meerdere regio's overlegstructuren ontstaan.
Ggz en huisartsen maken steeds meer afspraken over doorverwijzingen, delen van kennis en consultatiemogelijkheden. Een enkele keer is het handvat voor een regionale samenwerkingsagenda van het Trimbos-instituut daarbij een richtinggevend document.

Veel ggz-instellingen bieden aan huisartsen/POH-ers gerichte bijscholing. Ook ontwikkelen een aantal huisartspraktijken met gemeenten een plan om een gezonde(re) levensstijl bij burgers te stimuleren. Daarbij hebben zij een ggz-instelling gevraagd in dit proces mee te denken.

Bij enkele regio's is daarentegen nog nauwelijks of geen samenwerking tussen de ggz-instellingen en huisartsen bij cliënten met chronische psychische aandoeningen. Soms is het FACT-team nog niet zo lang operationeel en is de samenwerking met de huisartsen nog in ontwikkeling. Veel FACT-teams hebben wel de wens om de samenwerking met de huisartsen te intensiveren en verbeteren.

Een aantal huisartsen loopt aan tegen de versnippering van zorg tussen de s-ggz en de b-ggz en veel nieuwe ggz-aanbieders. Hierdoor is het voor een huisarts niet altijd duidelijk naar wie hij een cliënt kan doorverwijzen. Ook bestaat hier en daar nog onbekendheid over de werkwijze van het FACT-team. Huisartsen lopen ook regelmatig aan tegen onvoldoende bereikbaarheid van de s-ggz voor consultatie.
Als een ggz-instelling te maken heeft met meerdere regio's, blijft het per regio wisselend hoe de samenwerking verloopt. Dit is ook afhankelijk van de mate van organisatie van huisartsen in de betreffende regio.

Gebruik signaleringsplan door huisartsen
In beginsel krijgt elke cliënt die onder behandeling is van de b-ggz en de s-ggz een signaleringsplan. De huisarts krijgt dit signaleringsplan in principe dan ook toegezonden. Uit de gesprekken met huisartsen bleek dat zij veelal onbekend waren met het signaleringsplan. Zij missen de ondersteuning om hen te attenderen op de aanwezigheid van een signaleringsplan. Het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) voorziet niet in deze ondersteuning. Ook waren huisartsen onbekend met de wijze waarop het signaleringsplan behulpzaam kan zijn om bij de cliënt tijdig een opbouw naar crisis te herkennen.

[12] Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015, LHV december 2015.
[13] Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Landelijke Samenwerkingsafspraken tussen de huisarts, generalistische basis ggz en de specialistische ggz, februari 2016

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Afstemming rondom medicatiegebruik en somatische screening
Communicatie en afstemming tussen ggz, huisarts en apotheek over het medicatiegebruik van cliënt is bijna overal onvoldoende. Zij delen vaak niet (of onvoldoende) de voorgeschreven medicatie bij een cliënt en de veranderingen in het medicatiebeleid.

Betrokkenen lukt het niet om het medicatieoverzicht altijd actueel te houden omdat er diverse voorschrijvers zijn die van andere systemen gebruik maken. Medicatiegegevens worden niet elektronisch uitgewisseld. Door de gescheiden patiëntendossiers stagneert de informatie-uitwisseling. Sommige FACT-teams geven aan dat bij de intake vaak wel een overzicht van de medicatie is die de cliënt gebruikt, daarna niet meer. Als de psychiater medicatie voorschrijft, informeert hij of zij niet altijd de huisarts. Andersom geeft de huisarts de psychiater ook vaak geen informatie.

Het uitvoeren van somatische screening is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar bij de ggz. Over het algemeen verwijst de regiebehandelaar naar de huisarts op het moment dat de screening op het metabool syndroom afwijkingen oplevert. Het komt echter voor dat de uitkomsten van de somatische screening van de cliënt onvoldoende worden uitgewisseld in het netwerk.
Een psychiater gaf aan dat als er sprake is van een blaasontsteking er wel wordt verwezen naar de huisarts. Maar als er iets is met de lithiumspiegel, pakt de psychiater dit zelf op. Hierover informeren de partijen elkaar niet. Laboratoriumuitslagen die zijn aangevraagd door de ggz zijn soms wel inzichtelijk voor de huisarts, maar niet altijd. Hierdoor komt het soms voor dat er dubbel laboratoriumonderzoek wordt aangevraagd.

Huisartsen vinden dat bij ontslag uit de s-ggz vaak geen duidelijke afspraken zijn over de afbouw van medicatie. FACT-teams zien terughoudendheid bij huisartsen bij het voorschrijven van psychofarmaca en het niet actief volgen van medicatie bij opbouw en afbouw. De apotheek kan een signalerende functie spelen wanneer cliënten consequent naar dezelfde apotheker gaan. Juist bij deze doelgroep is dat geen vanzelfsprekendheid. Een digitaal dossier waar alle hulpverleners die bij een cliënt betrokken zijn toegang toe hebben zou volgens enkele ggz-instellingen wenselijk zijn.

Wachtlijsten
Over het algemeen kan de cliënt erop rekenen dat zorgverleners op tijd verwijzen naar een andere zorgverlener. Cliënten hebben echter regelmatig te maken met een wachtlijst. Vaak is er informatie beschikbaar over wachtlijsten bij de ggz als een cliënt zich aanmeldt. Bij wachtlijsten voor een klinische opname of specialistische ambulante behandeling zorgen verwijzers voor overbrugging van deze periode. Hulpverleners ervaren de zorg in deze periode als een 'lapmiddel', waarbij de cliënt eigenlijk niet de behandeling krijgt die hij nodig heeft. In sommige regio's zijn lange wachttijden voor specifieke behandelingen binnen de s-ggz, zoals bij persoonlijkheidsstoornissen. Het gebrek aan doorstromingsmogelijkheden veroorzaakt opstoppingen bij de b-ggz en de huisarts/POH-er.

Mede door communicatieproblemen en gebrek aan criteria verloopt het op- en afschalen niet soepel. Hierdoor krijgt een cliënt soms te lang geen behandeling. Of een client wordt behandeld door een professional die op dat moment niet de best passende zorg kan leveren. De doorverwijzing hangt onder andere af van persoonlijk netwerk van de zorgverlener. Als FACT-teams en huisartsen/POH-ers ggz op de hoogte zijn van elkaars kennis, kunde en (on)mogelijkheden, bevordert dit de doorstroming van cliënten.

Daarnaast is er vaak geen totaaloverzicht van wie op de wachtlijsten staan. Hierdoor kunnen ook geen afspraken over doorverwijzing naar andere locaties worden gemaakt.

---

[14] Metabool syndroom: hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste doodsoorzaak bij ernstige psychiatrische stoornissen zoals depressie, schizofrenie en bipolaire stoornis. Het metabool syndroom is een combinatie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (obesitas, hoge bloeddruk, en verstoorde vet- en suikerwaarden in het bloed). Daarmee kan het metabool syndroom gebruikt worden om patiënten in de geestelijke gezondheidszorg te identificeren die behandeling nodig hebben om hun risico op hart- en vaatziekten te verkleinen. Behandeling bestaat uit getrapte combinatie van leefstijl, medicamenteuze en chirurgische interventies. Leefstijladviezen en -interventies streven onder meer een gezond eet- en beweegpatroon na. Medicatieinterventies zijn gericht op de individuele risicofactoren van het metabool syndroom, en/of aanpassing van psychotrope medicatie op geleide van metabole bijwerkingen. (Bron: website Psychiatrie Nederland).

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

3.4 Afstemming ggz en gemeenten

Gemeente hebben niet altijd voldoende kennis over en visie op aanpak doelgroep
De overheid zet sterk in op participatie en eigen verantwoordelijkheid van de burger. Ook vanuit de visie 'herstelgericht werken' is de samenwerking met het sociaal domein steeds belangrijker. Naarmate steeds meer chronische ggz-cliënten buiten de muren van de ggz-instelling verblijven, verschuift de verantwoordelijkheid voor het faciliteren van wonen, dagbesteding en begeleiden naar werk en opleiding van de ggz naar gemeenten.

Ggz-instellingen hebben binnen hun werkgebied bij de samenwerking in het sociale domein vaak te maken met verschillende gemeenten. Iedere gemeente heeft een eigen visie op de opvang van ggz-cliënten. In veel gemeenten is deze visie nog in ontwikkeling. Bovendien zijn er grote verschillen in de werkwijze van gemeenten. Een aantal gemeenten heeft het budget verminderd voor de inloopfunctie (dagopvang/dagbesteding) en opvang van cliënten met psychische aandoeningen. Als gevolg hiervan dreigen soms mensen tussen wal en schip te raken. Voor sommige cliënten is de eigen bijdrage voor de dagbesteding een drempel om hiervan gebruik te maken.

Een aantal ggz-instellingen vindt dat gemeenten de doelgroep mensen met chronisch psychische problematiek nog onvoldoende kennen. En dat ze zich onvoldoende verantwoordelijk voelen voor deze kwetsbare groep. De samenwerking wordt soms als vrijblijvend ervaren.
Ggz-instellingen signaleren dat het bij gemeenten vaak ontbreekt aan expertise en vaardigheden die in deze sector nodig zijn. Opgemerkt wordt dat bij een aantal gemeenten 'de wortel en de stok' ontbreekt om samen te werken met de ggz. Ook ervaren ggz-instellingen soms een zekere starheid bij gemeenten als het gaat om het benoemen van (zorg)taken. De veelheid aan formulieren die ingevuld moeten worden bij het aanvragen van zorg bij de gemeente vindt de ggz een obstakel in de samenwerking. Overigens onderkennen sommige ggz-instellingen dat zij zelf de expertise ontberen over de mogelijkheden van het sociale domein.

Door gebrek aan sociale voorzieningen onvoldoende uitstroming mogelijk van ggz naar wijk
Niet alleen ggz-instellingen, maar ook de aanbieders van beschermd wonen hebben te maken met de afbouw van bedden. Hierdoor is er onvoldoende aanbod voor cliënten vanuit de klinische setting. Enkele ggz-instellingen merken op dat sommige cliënten op de verblijfsafdeling wel met ontslag kunnen. Die cliënten zijn dan in principe uitbehandeld zijn. Maar ze hebben vervolgens geen huisvesting of werk. Ontslag uit de instelling zou tot een dakloos bestaan leiden. Door het gebrek aan uitstroommogelijkheden ontstaat 'verstopping' binnen de ggz-instelling, met wachtlijsten als gevolg. De ggz-instellingen geven aan een ziekenhuis te zijn en geen verblijfhuis. Verder merken hulpverleners en cliënten op dat als de sociale structuur (huisvesting en dagbesteding) onvoldoende is, de cliënten sneller een terugval hebben. Tegelijkertijd werken veel maatschappelijke organisaties met korte arbeidscontracten. Hierdoor ontstaan veel wisselingen in het personeelsbestand. Dit geeft onrust bij cliënten.

Samenwerking met de sociale wijkteams verloopt zeer divers
Ggz-instellingen signaleren dat niet bij alle gemeenten een wijkteam operationeel is. Bovendien zijn er grote regionale en gemeentelijke verschillen in de opzet van wijkteams. Binnen enkele regio's ontwikkelen FACT-teams zelf initiatieven die gericht zijn op samenwerking met netwerkpartners. Daarbij sluiten zij aan op de lokale situatie. Ggz-instellingen signaleren risico's in de samenwerking met de gemeenten. Zij geven aan dat dit komt door onvoldoende kennis en expertise binnen de wijkteams. Daardoor bestaat het gevaar bestaat dat cliënten geen passende zorg krijgen.

Grote diversiteit binnen sociale wijkteams
De belangrijkste obstakels die een goede samenwerking in de weg staan zijn:
- de diversiteit in de werkwijze en organisatie van thuiszorg en wijkteams;
- de diversiteit in de werkwijze en organisatie van thuiszorg en wijkteams;
- het deskundigheidsniveau van de wijkteams;
- geen criteria aanwezig voor een goede samenwerking tussen de sociale wijkteams, huisartsen en POH-ggz;
- wijkteams hebben vaak onvoldoende verbinding met de huisarts;

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

- de opdracht en rol van de wijkteams is onduidelijk;
- informatie-uitwisseling vanwege privacy van cliënt is probleem.

Vanuit sommige ggz-instellingen werkt een ggz-medewerker mee in een sociaal wijkteam om casuïstiek te bespreken. Soms participeert de ggz niet in een wijkteam, maar slaat men op een andere wijze een brug. Bijvoorbeeld door de inzet van een contactpersoon, of een ggz-coach. Deze persoon bezoekt de wijkteams en bij vragen/problemen kunnen de wijkteams contact met de ggz-coach opnemen.

Voorbeelden van samenwerkingsverbanden
In sommige regio's bieden ggz-instellingen zich actief aan en zijn samenwerkingsverbanden opgezet met gemeenten. Bijvoorbeeld in Zeeuws-Vlaanderen is een platform GGZ en een website opgezet: www.goedleven.nl. Andere ggz-instellingen hebben korte lijnen met een aantal gemeenten. Zo is in een aantal gemeenten bij de invoering van Wmo een aantal medewerkers van de ggz bij gemeenten in dienst gekomen.
Sommige ggz-instellingen concentreren de samenwerking met de gemeente vooral rondom de meest kwetsbare mensen. Een gemeente heeft de zorg voor de 'multiprobleem'-cliënten financieel in kaart gebracht om de problematiek zichtbaar te maken.

In Drenthe is een samenwerkingsproject gestart voor de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Hierin doen zorginstellingen mee (thuiszorg, verslavingszorg, ggz-zorg, instelling voor beschermd wonen, huisartsen, gemeenten en zorgverzekeraars). Uitgangspunt is dat mensen met EPA sneller passende zorg en ondersteuning krijgen en dat de ketenzorg beter op elkaar is afgestemd.
Eén van de onderwerpen is het wegnemen van de betaling van het eigen risico voor de Zorgverzekeringswet. Voor veel cliënten vormt het eigen risico een reden om af te zien van zorg. Dergelijke overleggen worden ook benut om gemeenten bewust te maken van de gevolgen van beslissingen die zij nemen. Bijvoorbeeld het stopzetten van uitkering(en) als een burger met een rechterlijke machtiging wordt opgenomen in een psychiatrische kliniek, terwijl de vaste lasten doorlopen. Hierdoor kunnen cliënten ernstig in de financiële problemen komen.

3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars

Wisselende ervaringen met zorgverzekeraars in het kader van ambulantisering
Een aantal ggz-instellingen geeft aan een goede samenwerking te hebben met de zorgverzekeraars. Zij voelen zich gesteund door de zorgverzekeraar in het proces rond de ambulantisering. Zij hebben een gedeelde visie en attitude om samen proactief op te trekken.

Volgens andere ggz-instellingen is het inkoopbeleid niet direct gericht op ambulantisering. Voor een bed krijg je meer geld dan voor een ambulante cliënt, waardoor het nadelig is om opnamecapaciteit af te bouwen. Het budget dat vrijkomt bij de afbouw van bedden kan niet automatisch besteed worden aan ambulante zorg. Vooral in de transitiefase heeft dit de opbouw van ambulante teams gehinderd. In het ideale scenario zou, volgens deze ggz-instellingen, de ambulante zorg eerst opgebouwd zijn, voordat het beddenaantal werd verlaagd. Er is nu vaak sprake geweest van een verkeerde volgorde.

Herverdeling van budgetten
Sommige instellingen zien graag dat de budgetten op een andere manier worden verdeeld. Nu gaat de zorgverzekeraar uit van een gemiddelde prijs per diagnose behandelcombinatie (dbc) en wordt gekeken naar het totale volume van zorg. Het budget van de verzekeraar moet de zorginstelling vervolgens intern verdelen. Gezien de grote diversiteit van cliënten en hun hulpvraag heeft het hun voorkeur dat er doelgroepgericht ingekocht wordt, zodat het verdeelvraagstuk helderder wordt. Anders bestaat er een financiële prikkel die het in zorg hebben van mensen met een zwaardere – dan gemiddelde – zorgvraag afstraft.

Ggz-instellingen signaleren dat zowel gemeenten als zorgverzekeraars proberen de schadelast zo laag mogelijk te houden. Ggz-instellingen hopen daarom dat zorgverzekeraars in 2018 niet meer inzetten op de afbouw van bedden. Zij hopen dat er voldoende budget beschikbaar komt om cliënten goede zorg in de thuissituatie te bieden.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Bekostiging (indirecte) zorg en preventie
Ggz-instellingen geven aan dat de indirecte zorg die noodzakelijk is voor het werken in samenhang binnen netwerkverband onvoldoende gefinancierd wordt. Zij vinden dat er te weinig tijd en geld is voor consultatie en overleg met samenwerkingspartners. Het denken vanuit het belang van instellingen kan alleen worden losgelaten in het voordeel van netwerken als dit financieel haalbaar is. Specialistische kennis van de ggz kan dan met netwerkpartners gedeeld worden.
Ook vinden ggz-instellingen zorgverzekeraars de inbreng van de ervaringsdeskundige zouden moeten betalen.
Bezuinigingen op de preventieve zorg hebben een negatief effect op ambulantisering. Door minder preventiemogelijkheden gaan de kosten omhoog.

Het hoge eigen risico in de zorg is een heikel punt bij mensen met chronisch psychische aandoeningen. Sommige cliënten hebben het eigen risico van de zorgverzekering opgehoogd om een lagere premie te krijgen. Zij stellen daarom vaak een gang naar de ggz uit of houden aangeboden zorg af.

3.6 Aandachtspunten stelsel

Door arbeidsmarktproblematiek te weinig professionals
Een aantal ggz-instellingen geeft aan dat het moeilijk is om hoger gekwalificeerde zorg professionals te vinden. Er zijn tekorten aan psychiaters, gz- en klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten en HBO- verpleegkundigen. Het groeiend aantal psychiaters dat als zzp-er aan de slag gaat veroorzaakt problemen in de grotere ggz-instellingen.
Het gevolg hiervan is namelijk tweeledig. Een potentiële groep in te zetten psychiaters werkt niet meer in loondienst binnen de instelling, waardoor een schaarste ontstaat. Daarnaast werken in te zetten zzp-ers meestal niet in de avond of nacht, of binnen de acute zorg. Daardoor wordt de druk op de zorgverleners die in loondienst werken vergroot. Psychiaters op zzp-basis vullen dus een tekort aan, maar dikwijls binnen een afgebakend deel van de zorgverlening en voor een relatief korte periode.
De arbeidsmarktproblematiek voor professionals in de ggz geldt in het hele land, maar is in de landelijke gebieden extra nijpend. Cliënten ervaren in zijn algemeenheid veel wisselingen in het personeelsbestand. Vooral bij complexe zorgvragen of in zorgsituaties waar de zorgrelatie met moeite tot stand komt, werkt dit contraproductief uit.

Marktwerking knelt bij behoefte aan samenwerking rondom deze kwetsbare doelgroep
Sommige ggz-instellingen geven aan dat er een spanningsveld ontstaat tussen enerzijds de gewenste samenwerking tussen de zorgverleners in de regio voor specifieke kwetsbare doelgroepen en anderzijds de marktwerking.
Andere ggz-instellingen wijzen op een ongelijk 'speelveld' door de marktwerking in de zorg. Nieuwe kleine ggz-instellingen of professionals nemen vaak minder zware cliënten aan en bieden vaak geen avond- en nachtdiensten in de acute zorg. Wanneer dit vervolgens voor hun cliënten toch nodig is, vallen de kleine instellingen of professionals terug op de voorzieningen van grote ggz-instellingen.
Volgens een aantal ggz-instellingen hebben kleinere instellingen niet altijd hetzelfde kwaliteitsniveau als zijzelf. Zij vinden het daarom belangrijk om afspraken te maken in de regio om de kwaliteit van zorg te verhogen.

Financiële schotten staan afstemming in de weg
Een ander risico in de toegankelijkheid van de zorg bestaat volgens ggz-instellingen vanwege de financieringsschotten tussen de ggz en de gemeente. Zorgverzekeraars financieren de ggz vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Gemeenten leveren faciliteiten vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Beide partijen hebben er belang bij dat de ander de bekostiging van de zorg op zich neemt. Er bestaan nauwelijks gemeenschappelijke plannen binnen een werkgebied op basis van de behoeften van deze doelgroep, waarbij meerdere partijen de kosten gemeenschappelijk dragen.
Ggz-instellingen ervaren dat gemeenten soms bang zijn dat er een te groot beslag op de Wmo wordt gelegd. Door onvoldoende faciliteiten kunnen chronische ggz-cliënten soms niet vanuit de ggz doorstromen naar de wijk. Volgens ggz-instellingen houden gemeenten zo soms geld over. Hierdoor wordt vervolgens hun Wmo-budget verlaagd, terwijl er eigenlijk sprake is van een uitgestelde vraag naar ggz-zorg.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Bijlage 1

Praatplaat

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Bijlage 2

Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking

Doelgroep
De doelgroep van het project betreft thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen (waaronder ernstige psychische aandoeningen (EPA)).
Deze mensen hebben vaak te maken met verschillende zorgverleners. De samenwerking tussen deze zorgverleners én met de cliënt is een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van de ambulante ggz.

Toezicht op samenwerking in regionale en/of lokale netwerken
De inspectie kijkt in haar toezicht naar deze samenwerking in regionale en/of lokale netwerken. Het gaat daarbij (in eerste instantie) om de zorg die in de thuissituatie geleverd wordt door de specialistische geestelijke gezondheidszorg (vaak FACT-teams), de huisarts of praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) en/of de basis geestelijke gezondheidszorg (b-ggz).

Op basis van het toetsingskader zijn vragen ontwikkeld voor verschillende partijen zoals cliënten en hun naasten, individuele zorgverleners en ggz-instellingen. Bij de praktijktoets kijkt de inspectie ook in dossiers om te zien hoe bepaalde afspraken zijn verwerkt en tot uitvoering komen.

De inspectie wil niet alleen toetsen hoe zorg voor cliënten in de praktijk wordt vorm gegeven, maar ook nagaan welke regionale en/of lokale afspraken er zijn tussen partijen in het licht van de ambulantisering ggz. Deze informatie wordt als context bij de toetsing gebruikt en kan dienen als spiegelinformatie voor alle betrokken partijen.

Vragen
1 Heeft u bovenstaande doelgroep in beeld? Wat onderneemt u om deze doelgroep in beeld te krijgen en te houden.
2 Heeft u met één of meerdere netwerkpartners concrete samenwerkingsafspraken ten behoeve van deze doelgroep? Zo ja, wie zijn deze ketenpartners? Zo nee, kunt u dit toelichten?
3 Heeft u met één of meerdere netwerkpartners concrete gemeenschappelijke doelen afgesproken rondom samenwerking ten behoeve van deze doelgroep? Zo ja, welke doelen zijn dit en indien van toepassing, welke realisatietermijn is afgesproken?
4 In hoeverre maakt u hierbij gebruik van het 'Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda' van het Trimbos-instituut?
5 Welke van de vier omschrijvingen vindt u het meest van toepassing voor de regionale samenwerking rondom deze doelgroep op dit moment?
   a initiatieffase
   b experimentele fase
   c uitbouw- en monitoringsfase
   d verduurzamingsfase.
   Licht uw antwoord toe.
6 Heeft u afspraken op regionaal en/of lokaal niveau op het gebied van de twee thema's 'cliënt centraal' en 'integrale zorg', uit bijgaand toetsingskader?
7 Ervaart u knelpunten om de samenwerking te verbeteren of uit te bouwen? Zo ja, wat zijn de knelpunten?

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Bijlage 3

Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase
De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentie- verklaring.

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase
Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase
De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.

Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase
De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen.

Bron: Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [proefschrift]. Deventer: Kluwer, 2011.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Bijlage 4

Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz voor cliënten met chronisch psychische aandoeningen

Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: inspectie) ziet toe op de naleving van een groot aantal wettelijke– en veldnormen.
Om transparant te zijn over wat de inspectie toetst, maakt de inspectie toetsingskaders voor onderdelen van de gezondheidszorg. Een toetsingskader bestaat uit een aantal normen[15] en daarbij horende toetsingscriteria[16]. Die zijn gebaseerd op wet- en regelgeving, en zogeheten 'veldnormen' die beroepsorganisaties van zorgverleners hebben opgesteld. Hier toetst de inspectie op.

De wettelijke en veldnormen in dit toetsingskader zijn het uitgangspunt voor het toetsen van de zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen die thuis wonen. Deze zorg vindt plaats binnen het zorgnetwerk van zorgverleners (dat wil zeggen tussen de specialistische-ggz (vooral de FACT-teams[17]), de basis-ggz en de huisarts/praktijkondersteuner (poh-ggz).

De ontwikkeling van de zorgnetwerken en de regionale variatie bepalen op welke manier goede zorg vorm krijgt. Dit toetsingskader wordt daarom meestal niet alleen gebruikt. Zij maakt onderdeel uit van een breder vormgegeven toezicht. De inspectie stemt haar toezicht af op de gebiedsgerichte situatie. Daarbij worden ook andere instrumenten en vragenlijsten gebruikt. Meer informatie over dit toezicht is na te lezen op https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/toezicht-op-ambulante-ggz.

De inspectie gebruikt dit toetsingskader met ingang van juni 2018.

Thema's

Het toetsingskader heeft twee onderwerpen ('thema's').

Cliënt centraal

De normen in het toetsingskader zijn geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt. Ervaringen van cliënten (en hun naasten) zijn een belangrijk uitgangspunt voor het toezicht.

Integrale zorg

Goede samenwerking en afstemming tussen de betrokkenen is een voorwaarde voor goede zorg aan en ondersteuning van cliënten. De formele zorgverleners en informele hulp vormen het 'zorgnetwerk' rondom de cliënt. Het zorgnetwerk is per cliënt verschillend.

De inspectie definieert een 'zorgnetwerk' als 'de mensen die min of meer gelijktijdig en in wisselende intensiteit betrokken zijn bij de zorg, behandeling en ondersteuning van een cliënt'. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de professionele zorg- en hulpverleners (formele zorg) en naasten: familie, mantelzorg en/of vrijwilligers (informele zorg).

[15] Erkende afspraken, specificaties of criteria over een product, een dienst of een methode (bron: Thesaurus Zorg en Welzijn).
[16] De operationalisatie van een norm die wordt gebruikt om te toetsen of deze norm wordt nageleefd.
[17] FACT staat voor "Flexible Assertive Community Treatment". FACT–teams bieden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, behandeling en zorg en steunen hen op weg naar herstel. Dit gebeurt vooral thuis en in de buurt. Soms heel intensief, soms minder intensief, maar steeds in samenwerking met familie en anderen. (Bron: Zakboek FACT, Remmers van Veldhuizen, 2016).

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Inspecteurs beoordelen deze onderwerpen altijd tijdens een onderzoek. Of ze ook andere onderdelen van de zorg beoordelen, is afhankelijk van de situatie. Als er aanleiding voor is, neemt de inspectie ook die andere wettelijke en veldnormen mee in haar toezicht.

Per thema is een aantal normen beschreven. Deze gaan over de belangrijkste risico's.
De normen en toetsingscriteria zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen die door veldpartijen zijn opgesteld ter invulling van de – veelal open – wettelijke normen.
Bij de vormgeving van dit toetsingskader is afstemming geweest met branche- en beroepsorganisaties (zie meer informatie hierover in het rapport 'Toezicht op de ambulante ggz' d.d. juni 2018).
Veldnormen en wet- en regelgeving zijn voortdurend in ontwikkeling. Daarom zal het toetsingskader worden aangepast wanneer er relevante wijzigingen zijn.

Openbaar

Met het openbaar maken van dit toetsingskader wil de inspectie bijdragen aan:

- transparantie over haar werkwijze,
- het stimuleren van goede zorg en minder presterende zorgaanbieders aansporen tot verbeteringen en te leren van deze ervaringen
- het informeren van zorgaanbieders, patiënten, cliënten, burgers en zorg-verzekeraars over de uitkomsten van haar toezicht.

Leeswijzer

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de termen 'cliënt' en 'patiënt'. In dit toezicht gebruikt de inspectie de term 'cliënt'.
De term 'cliënt' kan ook de wettelijke vertegenwoordiger betekenen, wanneer een 'cliënt' deze heeft. Ook kan 'cliënt' gelezen worden als het 'cliëntsysteem', op voorwaarde dat de cliënt heeft ingestemd dat zijn naasten betrokken worden bij de zorg. Waar 'hem' of 'hij' wordt gebruikt kan ook 'haar' of 'zij' worden gelezen.

De groen gearceerde normen worden niet getoetst bij CCAF[18] gecertificeerde teams. De inspectie heeft er vertrouwen in dat de betreffende teams voldoen aan deze normen. Bij de cliënten en naasten wordt dit wel getoetst.

[18] Het CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT) kent keurmerken toe aan onder andere FACT-teams. Een FACT-team met een keurmerk voldoet aan kwaliteitsstandaarden op het gebied van team-structuur (o.a. samenstelling en organisatie van het team), organisatie (o.a. instroom, opname en nazorg) en zorgaanbod (o.a. aard en inhoud hulpverlening, samenwerking met steunsystemen). Aanvullend wordt ook gekeken naar diagnostiek, behandeling, herstel ondersteunende zorg en interventies, maatschappelijke zorg (o.a. samenwerking met andere organisaties en steunsystemen), monitoring (o.a. routine outcome monitoring) en professionalisering. (Bron: website CCAF).

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Thema 1 Cliënt centraal

Inleiding

De normen in het toetsingskader zijn geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt. Ervaringen van cliënten (en hun naasten) zijn een belangrijk uitgangspunt voor het toezicht. De definitie van 'gezondheid' van Machteld Huber is hierbij leidend. Zij definieert gezondheid als '*het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*'.

Normen	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
1.1 De cliënt krijgt begrijpelijke informatie over welke zorg mogelijk is.	• Wkkgz Artikel 2, 2016; • BW Boek 7, artikel 448 (Wgbo), 1994; • Model Kwaliteitsstatuut GGZ, p7, 2016.	• De inspectie toetst of de cliënt voldoende informatie krijgt over de zorg die mogelijk is binnen en buiten de instelling. Dit doet de inspectie door te vragen naar de informatie die de cliënt krijgt en of deze informatie past bij de hulpvraag.
1.2 In samenspraak met de cliënt is een behandelplan opgesteld dat voldoet aan de normen.	• Wkkgz Artikel 2, 2016; • BW Boek 7, artikel 454 (Wgbo), 1994; • Model Kwaliteitsstatuut GGZ, p8, p10, 2016; • KNMG Handreiking Verantwoordelijkheids-verdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 2 en 11, 2010; • Zakboek FACT, FACT schaal criterium 59, 2016;	• De inspectie toetst of de cliënt een behandelplan heeft en of dit behandel-plan samen met de cliënt is opgesteld. De inspectie vraagt of eventuele naasten zijn betrokken en of het behandelplan minimaal jaarlijks wordt geëvalueerd. Ook vraagt de inspectie aan de cliënt of hij het behandelplan in kan zien en een kopie kan krijgen. • De inspectie kijkt naar het cliëntendossier en naar de inhoud van het behandelplan. Bevat het behandelplan doelen met betrekking tot zorg/herstel voor een bepaalde periode en op welke wijze de zorgverlener en cliënt dit willen bereiken? Is het duidelijk dat de cliënt (deels) heeft ingestemd met het behandelplan? Worden de wensen van de cliënt ten aanzien van zijn informele netwerk ook opgenomen in het behandelplan?

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Normen	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg.	• Wkkgz Artikel 2, 2016 • Model Kwaliteitsstatuut GGZ, p8 en p15, 2016 • Generieke module Ernstige Psychische aandoeningen, p12, p14, 2017 • Generieke module samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek, p16, 2016	• De inspectie toetst of de cliënt zeggenschap heeft over het behandelproces, bijvoorbeeld door het betrekken van de cliënt bij het wijzigen van behandeldoelen. • De inspectie toetst of met de cliënt is overlegd of naasten betrokken kunnen worden bij de zorg en op welke manier. Indien de cliënt dit niet wenst, kunnen naasten toch behoefte hebben aan informatie. De inspectie gaat na of de zorgverlener in dit geval de naasten algemene informatie heeft gegeven. • Er vinden met regelmaat, in ieder geval één keer per jaar, evaluaties plaats van de behandeling gericht op de inhoud van de behandeling en op het proces. • De inspectie toetst of de zorgverlener de cliënt in staat stelt om vragen en/of klachten te bespreken en zo nodig verwijst naar de officiële klachtenregeling. De inspectie gaat na of de cliënt een verzoek kan doen om een andere behandelaar en of dit gehonoreerd wordt.
1.4 De zorgverleners hanteren een visie op herstel	• Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; • Rijksoverheid Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen, 2014; • Zakboek FACT, FACT schaal criterium 58 en 59, 2016.	• De inspectie toetst of een visie op herstel wordt gehanteerd. Dit doet de inspectie door te kijken of de zorgverlener kan aangeven waar de cliënt zich bevindt ten aanzien van zijn symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel en op welke wijze de cliënt hierin wordt ondersteund. • Kent de zorgverlener de voorkeuren van de cliënt en wordt hier rekening mee gehouden? Bestaat de verleende zorg zoveel mogelijk uit bewezen effectieve interventies?

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Normen	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
1.5 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren.	• Wkkgz Artikel 2, 3 en 8, 2016; • Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, p15, 2016; • Zakboek FACT, FACT schaal criterium 28, 2016. • Generieke Module Acute psychiatrie, p17, 2016; • VWS Basismodel Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling, 2013.	• De inspectie toetst of er bij de cliënt, om een crisis te voorkomen en het risico hierop in te schatten, een risicoanalyse en zonodig een risicotaxatie is afgenomen. Ook toetst de inspectie of er in de zorgverlening gewerkt wordt volgens de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Wordt door de zorgverlener een kindcheck afgenomen? • De inspectie kijkt ook naar het signaleringsplan. Het is belangrijk dat dit samen met de cliënt wordt opgesteld en dat de cliënt en belangrijke betrokkenen hiervan een afschrift hebben. Het signaleringsplan dient jaarlijks en na iedere crisis te worden geëvalueerd en/of bijgesteld. Het signaleringsplan staat omschreven hoe een crisis er bij deze cliënt uitziet en wat de cliënt, naasten en zorgverleners kunnen doen om de situatie te stabiliseren. • Hierbij gebruikt de inspectie het cliëntendossier als informatiebron.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Thema 2 Integrale zorg

Inleiding

Goede samenwerking en afstemming tussen de betrokkenen is een voorwaarde voor goede zorg aan en ondersteuning van cliënten. De formele zorgverleners en informele hulp vormen het 'zorgnetwerk' rondom de cliënt. Het zorgnetwerk is per cliënt verschillend. De IGJ definieert een 'zorgnetwerk' als '*de mensen die min of meer gelijktijdig en in wisselende intensiteit betrokken zijn bij de zorg, behandeling en ondersteuning van een cliënt*'. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de professionele zorg- en hulpverleners (formele zorg) en naasten: familie, mantelzorg en/of vrijwilligers (informele zorg).

Normen	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is.	• Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; • Model Kwaliteitsstatuut GGZ, p6, p8-10, 2016; • KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 1 en 6, 2010; • Generieke module Ernstige Psychische aandoeningen, p13, 2017; • Generieke Module Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek, p15 en p21, 2016.	• De inspectie toetst of de cliënt op de hoogte is wie de zorgverlener(s) is (zijn). Ook naasten kunnen een deel van de zorgverlening op zich nemen. De inspectie toetst wie de regie heeft over en/of wie de regiebehandelaar is van het zorgproces. • De inspectie vraagt of de cliënt contacten heeft met de huisarts. Daarnaast toetst de inspectie op welke manier de huisarts door de andere zorgverleners wordt betrokken bij de somatische zorg en wie hierin de regiefunctie heeft.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Normen	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
2.2 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg, waarbij het zorgnetwerk belangrijke informatie uitwisselt .	• Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; • Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, p11-16, 2016; • KNMG Handreiking Verantwoordelijkheids-verdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 4 en 6, 2010; • Model Kwaliteitsstatuut GGZ, p7, 2016; • Zakboek FACT, FACT schaal criterium 37 en 51, 2016; • Generieke module Ernstige Psychische aandoeningen, p14, p20, 2017; • GGZ-Nederland Standaard Farmaceutische zorg in GGZ-instellingen, 2016; • NHG Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012; • NHG Landelijke Eerstelijns Samenwerkings-afspraak Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn, 2010.	• De inspectie toetst of er afspraken tussen de zorgverleners zijn over terug-koppeling van gegevens bij verwijzing, aanvang, evaluatie en beëindiging van het zorgproces. Ook toetst de inspectie of voor alle betrokkenen duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. • De inspectie toetst of betrokkenen voldoende informatie hebben als een crisissituatie zich voordoet of om een crisissituatie te voorkomen. • Hierbij kijkt de inspectie ook naar het cliëntendossier. • De inspectie toetst of en hoe zorgverleners nagaan of naasten de zorg nog aankunnen en of de zorgverleners naasten hebben doorverwezen naar een ondersteuningsaanbod. • De inspectie toetst of er minimaal jaarlijks een lichamelijk onderzoek plaats heeft gevonden (dat gericht is op bijwerkingen van medicatie (psycho-farmaca), cardiovasculaire en metabole risico's evenals nader onderzoek bij vragen, klachten of indicaties. De inspectie toetst dit ook aan de hand van het dossier en de terugkoppeling hiervan aan het zorgnetwerk. • De inspectie toetst of zorgverleners bijdragen aan consultatie in het zorg-netwerk. Zorgverleners weten aan wie zij vragen kunnen stellen en ervaren voldoende faciliteiten hiertoe. • De inspectie toetst of de cliënt en zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht. De inspectie vraagt op welke manier dit is geregeld. Hierbij betrekt de inspectie het cliëntendossier.

Direct doorklikken naar:

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding
1.1 Aanleiding en belang
1.2 Doel toezicht op de ambulante ggz
1.3 Werkwijze inspectie bij de verkenning
1.4 Opzet rapport

2 Conclusies, aanbevelingen en vervolg
2.1 Conclusies rondgang langs ggz-instellingen
2.2 Aanbevelingen
2.3 Vooruitblik toezicht op ambulante ggz
2.3.1 Toezicht op zorgnetwerken in de komende jaren
2.3.2 Uitbreiding naar andere samenwerkingspartners

3 Resultaten en bevindingen
3.1 Aandacht voor cliënten en naasten
3.2 Risico's in de ambulante ggz; opbouw blijft achter bij behoefte
3.3 Samenwerking tussen ggz en huisartsen kan beter
3.4 Afstemming ggz en gemeenten
3.5 Relatie ggz en zorgverzekeraars
3.6 Aandachtspunten stelsel

Bijlagen
1 Praatplaat
2 Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking
3 Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk
4 Toetsingskader Toezicht op de ambulante ggz

Normen	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
2.3 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante GGZ zorg.	• Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; • Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, p6, p15 2016; • KNMG Handreiking Verantwoordelijkheids-verdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 7, 2010; • Model Kwaliteitsstatuut GGZ, p7, 2016; • Zakboek FACT, FACT schaal criterium 4, 2016; • Generieke Module Acute Psychiatrie, 2017.	• De inspectie vraagt of de zorgverleners (niet B-GGZ en S-GGZ) voldoende toegerust zijn om cliënten met EPA te herkennen, te behandelen en door te verwijzen. • De inspectie toetst of de zorgverleners passende zorg geven. De inspectie gaat na of de cliënt en de zorgverlener de huidige zorg als voldoende ervaren en of er voldoende mogelijkheden worden ervaren om de zorg op of af te schalen. De inspectie vraagt of er sprake is van wachtlijsten. Als dit zo is, en de cliënt moet wachten, toetst de inspectie of de zorgverlener ter overbrugging voor een alternatief zorgt. • De inspectie toetst of het zorgnetwerk afspraken heeft gemaakt over het intensiveren van zorg (crisisdienst/IHT/ FACT digibord/ HIC/HAP) voor cliënten die in crisis (dreigen) te raken.