EVALUATIE OVERGANG VAN GGZ-CLIËNTEN NAAR DE WET LANGDURIGE ZORG

RAPPORTAGE

KLANT	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
AUTEURS	Anouk van den Eeckhout, Paula van Haaren, Wouter Jongebreur en Ellen Westhoff
DATUM	27 augustus 2021
VERSIE	Definitief

Inhoudsopgave

1 Inleiding en onderzoeksaanpak 3
1.1 Achtergrond en aanleiding 3
1.2 Doelstelling van het onderzoek 3
1.3 Onderzoeksaanpak 3
1.4 Leeswijzer 4

2 Context en implementatieproces 5
2.1 Aanloop naar de wetswijziging 5
2.2 Aandachtspunten en randvoorwaarden ten aanzien van het implementatieproces 6
2.3 Bij het implementatietraject betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden 6

3 Doelgroep en proces van aanmelden 11
3.1 De omvang van de doelgroep 11
3.2 Het proces van aanmelden 14
3.3 Geleerde lessen en aandachtspunten 15

4 Gegevensuitwisseling 17
4.1 Gegevensuitwisseling gedurende de overheveling 17
4.2 Geleerde lessen en aandachtspunten 19

5 Samenwerking 20
5.1 Samenwerking tussen betrokken veldpartijen 20
5.2 Informatievoorziening en communicatie 22
5.3 Geleerde lessen en aandachtspunten 23

6 Ervaringen van cliënten en naasten 24
6.1 Ervaringen van cliënten en naasten met de overheveling 24
6.2 Aandachtspunten vanuit cliënten en naasten 25

7 Conclusies en aanbevelingen 27
7.1 Onderzoeksaanpak en beperkingen 27
7.2 Samenvatting van de bevindingen en conclusies 27
7.3 Blik vooruit 28

A. Overzicht van onderzoeksvragen 31

B. Overzicht respondenten 32

1 Inleiding en onderzoeksaanpak

1.1 Achtergrond en aanleiding

Vanaf 1 januari 2021 hebben cliënten met een psychische stoornis vanaf 18 jaar toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit kan een aantal problemen oplossen voor cliënten met een psychische stoornis die voor die tijd zorg ontvingen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en/of de Zorgverzekeringswet (Zvw).[1] Vóór ingang van deze wetswijziging werden deze cliënten periodiek opnieuw beoordeeld en werd de (on)mogelijkheid om zelfstandig te kunnen deelnemen aan de samenleving regelmatig besproken. Dit wordt door cliënten als een last ervaren. Ook is het voor cliënten met een combinatie van beperkingen nu complex om passende zorg te realiseren, omdat zij vanwege de dominantie van hun psychische stoornis niet in aanmerking kwamen voor de Wlz. Door cliënten met een psychische stoornis toegang te geven tot de Wlz kan beter passende, langdurige zorg worden gerealiseerd die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de cliënt.

In de jaren vóór 2021 heeft de implementatie van de wetswijziging plaatsgevonden bij onder meer zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten en CIZ. Het ministerie van VWS wil graag het doorlopen proces van voorbereiding en implementatie van de ggz in de Wlz evalueren. Geleerde lessen kunnen (ook) worden gebruikt voor de aanstaande overheveling van jeugdigen met een psychische stoornis naar de Wlz, waarvan de voorbereidingen in 2021 zijn gestart. Gezien de zorgvuldigheid waarmee dit traject moet worden ingezet, en de onzekerheden en intensiteit van beide trajecten is het van belang het proces te evalueren en daarvan te leren voor de toekomst.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is de implementatie van de overheveling van cliënten met een psychische stoornis vanaf 18 jaar naar de Wlz te evalueren op proces en inhoud, en lessen te trekken uit dit traject die kunnen worden gebruikt voor het traject van de overheveling van jeugdigen met een psychische stoornis naar de Wlz.

Er is een groot aantal onderzoeksvragen meegegeven voor deze evaluatie. In bijlage A is een visuele weergave te zien van de onderzoeksvragen, samengevat naar kernwoorden en geclusterd naar verschillende fasen van het proces.

Geen onderdeel van deze evaluatie zijn de activiteiten die zijn ondernomen om te komen tot inschattingen van en afspraken over de financiën die met de overheveling gemoeid waren.

1.3 Onderzoeksaanpak

Om inzicht te krijgen in de geleerde lessen heeft onderzoeks- en adviesbureau Significant Public in de periode van mei tot en met augustus 2021 een lerende evaluatie uitgevoerd. Een lerende evaluatie betekent betrokkenheid (participatief en interactief) van direct betrokkenen, van beleid en uitvoering, en ook op meerdere momenten in het evaluatieproces.

In de eerste fase van het onderzoek hebben wij een **documentstudie** uitgevoerd om een eerste beeld te krijgen van het doorlopen traject. Vervolgens hebben wij negen **verkennende interviews** gehouden om een eerste beeld te krijgen van het verloop en de betrokkenheid van partijen bij de beleidsvoorbereiding en het implementatietraject. Doel van deze interviews was het verkrijgen van een eerste beeld van het implementatieproces van de overheveling van cliënten met een psychische stoornis vanaf 18 jaar naar de Wlz en het verkrijgen van input voor de te bespreken onderwerpen tijdens verdiepende (groeps)interviews in fase 3.

[1] Memorie van Toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 35 146, nr. 3

Op basis van de documentstudie en de verkennende interviews hebben wij een globale reconstructie gemaakt van de **tijdlijn van het verloop van het proces**. Deze tijdlijn hebben we in de volgende fase van het onderzoek getoetst bij betrokkenen en verder aangevuld. Tegelijkertijd hebben wij op basis van beschikbare gegevens een **kwantitatieve analyse** uitgevoerd om inzicht te krijgen in de instroom en herkomst van cliënten tot 1 april 2021.

In de derde fase van het onderzoek zijn zes homogeen samengestelde **groepsinterviews** gehouden met als doel om ervaringen bij de veldpartijen op te halen die betrokken zijn bij de implementatie van de wetswijziging toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Om ook het perspectief van cliënten en/of hun naasten mee te nemen zijn zes **gesprekken gevoerd met cliënten en naasten** om hun ervaringen op te halen met de wetswijziging.

In de vierde en laatste fase van het onderzoek hebben we vier focusgroepen georganiseerd waarin respondenten vanuit verschillende perspectieven aan de hand van verschillende thema's (doelgroep, gegevensuitwisseling, samenwerking, en de overheveling van jeugdigen naar de Wlz) het gesprek zijn aangegaan over de overeenkomsten en verschillen die uit de eerdere gesprekken naar voren zijn gekomen. In deze focusgroepen hebben we de eerdere bevindingen gevalideerd en verder aangescherpt, en hebben we concrete leerpunten geformuleerd vanuit het traject voor volwassenen voor het traject voor jeugdigen.

Bij dit onderzoek is een klankbordgroep betrokken, bestaande uit een vertegenwoordiging vanuit VWS, CIZ, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse ggz, Valente en MIND. De selectie van respondenten is gemaakt in samenspraak met de klankbordgroep. Daarnaast was de rol van de klankbordgroep om mee te denken over relevante documentatie, de inhoud van de (groeps)interviews en focusgroepen en de duiding van de resultaten.

In bijlage B is een geanonimiseerd overzicht te zien van de respondenten die we gesproken hebben.

1.4 Leeswijzer

Voorliggende rapportage start met een beschrijving van de context en het implementatietraject (hoofdstuk 2). Hierin beschrijven we de aanloop naar de overheveling, het implementatieplan en de betrokken partijen. Hoofstuk 3 beschrijft de doelgroep van de overheveling en het proces van aanmelden. In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op het thema gegevensuitwisseling. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 5 hoe de verschillende partijen de samenwerking hebben ervaren. De ervaringen van cliënten en hun naasten komen in hoofdstuk 6 aan bod. Tot slot beschrijven we in hoofdstuk 7 de conclusies en aanbevelingen die gebruikt kunnen worden voor de overheveling van jeugdigen met een psychische stoornis naar de Wlz.

2 Context en implementatieproces

In dit hoofdstuk schetsen we kort de aanloop naar de wetswijziging, verschillende activiteiten die ter voorbereiding op het implementatieproces zijn ondernomen, de ingestelde overlegstructuren en de betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden. Omdat deze evaluatie zich specifiek richt op het implementatieproces, richten we ons in dit hoofdstuk op informatie over randvoorwaarden en aandachtspunten voor dit proces.

2.1 Aanloop naar de wetswijziging

De motie van de leden Bergkamp en Keijzer in maart 2014 was de directe aanleiding voor het voornemen om cliënten die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24-uur zorg in de nabijheid ook toegang te bieden tot de Wlz.[2] Kort daarna wordt gestart met de ontwikkeling van objectieve inhoudelijke criteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. In 2017 maakt het kabinet in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' het voornemen kenbaar om, als de effecten in kaart zijn gebracht en deze geen belemmering vormen voor een zorgvuldige uitvoering, met een wetsvoorstel te komen om de Wlz ook toegankelijk te maken voor ggz-cliënten die langdurige zorg nodig hebben.[3] De staatssecretaris van VWS heeft in oktober 2018 het wetsvoorstel aangeboden aan de Raad van State. Na advisering van de Raad van State werd het wetsvoorstel begin 2019 aangeboden aan de Tweede Kamer.

2.1.1 Het driejaarscriterium

In de tussentijd wordt een uitzondering gemaakt op de regel dat een psychische grondslag geen toegang geeft tot de Wlz door het in gebruik nemen van het 'driejaarscriterium'. Cliënten die op 1 januari 2015 gedurende drie jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling hebben gehad, zullen vanuit de (toenmalige) Awbz direct overgaan naar de Wlz. Ook na die tijd gaan cliënten na drie jaar verblijf in een ggz-instelling vanwege psychische problemen (betaald vanuit de Zvw) over naar de Wlz. De geldigheidsduur van dit Wlz-profiel is drie jaar en kan verlengd worden. Bij het driejaarscriterium spelen de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz geen rol. Met het driejaarscriterium wordt zo goed als mogelijk aangesloten bij het uitgangspunt van de Wlz, namelijk dat deze bedoeld is voor mensen die blijvend zware zorg nodig hebben. De gedachte is dat de kans groot is dat iemand die drie jaar of langer intramuraal behandeld word blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz.

2.1.2 Een inschatting van de omvang van de doelgroep

Ter voorbereiding op de overheveling heeft bureau HHM in 2017 een onderzoek gedaan naar de omvang van de doelgroep. Het onderzoek was gericht op het verkrijgen van inzicht in het aantal ggz-cliënten met een psychische stoornis dat naar verwachting toegang zou krijgen tot de Wlz. Door middel van een uitvraag bij zorgaanbieders is een inschatting gemaakt van de totale omvang van de doelgroep. De verwachting was dat minimaal 9.500 ggz-cliënten met zorg in natura toegang zouden krijgen tot de Wlz en 2.250 budgethouders (in totaal minimaal 11.750 cliënten) en maximaal 14.000 cliënten met zorg in natura en 2.250 budgethouders (in totaal 16.250 cliënten). Dit is een verbijzondering van de bandbreedte van 4.650 tot 13.800 die uit eerder onderzoek van Bureau HHM[4] naar voren kwam en die Zorginstituut Nederland in het advies van 2015 heeft genoemd.

[2] Motie Keijzer/Bergkamp: positionering van de langdurige ggz, Tweede Kamer, 24 maart 2014.

[3] 'Vertrouwen in de Toekomst - Regeerakkoord 2017-2021', Tweede Kamer, oktober 2017.

[4] Toegang Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis, Bureau HHM, 2015.

2.2 Aandachtspunten en randvoorwaarden ten aanzien van het implementatieproces

2.2.1 Uitvoeringstoetsen en (impact)analyses vooraf

In het kader van de totstandkoming van het wetsvoorstel is regelmatig overleg gevoerd met betrokken partijen, zijn partijen geconsulteerd en zijn diverse adviezen ontvangen, onder andere over het implementatietraject[5]. CIZ heeft bijvoorbeeld een uitvoeringtoets uitgebracht over de consequenties van dit wetsvoorstel voor de uitvoering door hun organisatie. CIZ gaat daarbij in op diverse randvoorwaarden die nodig zijn om de taken succesvol uit te voeren. Een belangrijk aandachtspunt is de gegevensoverdracht tussen gemeenten en CIZ. Hierbij wijst CIZ erop dat zij zonder wettelijke grondslag geen informatie kan aanreiken over de herkomst van toekomstige Wlz-cliënten. Daarnaast vraagt CIZ specifieke aandacht voor de communicatie, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wat de verschillende taken en verantwoordelijkheden zijn. Ook geeft CIZ aan dat een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gehele keten noodzakelijk is om te zorgen dat de cliënten tijdig een aanvraag indienen en niet tussen wal en schip raken. Ook heeft CIZ aandacht voor de interne organisatie. Zij geven aan dat medewerkers die betrokken zijn binnen dit project een specifieke opleiding krijgen. Ook worden systeemaanpassingen ten aanzien van het proces van indiceren voorbereid. De risico's die CIZ noemt, liggen vooral op het gebied van de arbeidsmarkt, afbakening van de doelgroep, het volume van de aanvragen en de noodzakelijke ketensamenwerking.

Ook ZN signaleert vooruitlopend op de start van de indicatiestelling een aantal risico's ten aanzien van de wetswijziging.[6] Zij geven bijvoorbeeld aan dat zorgkantoren pas op 1 oktober 2020 een volledig beeld hebben van het aantal cliënten waarvoor zorgkantoren de zorg voor deze doelgroep per 1 januari 2021 moeten inkopen. Ook benoemen zij dat de afbakening in de zorgprofielen van het persoonsgebonden budget belangrijk is en dat dit consequenties heeft voor de omvang van de in te kopen zorg. Daarnaast maken zorgaanbieders en zorgkantoren zich zorgen over de mogelijke uitvoeringsconsequenties die het overbrengen van (de 'component') behandeling in het jaar 2021 met zich meebrengt.

2.2.2 Het implementatieplan

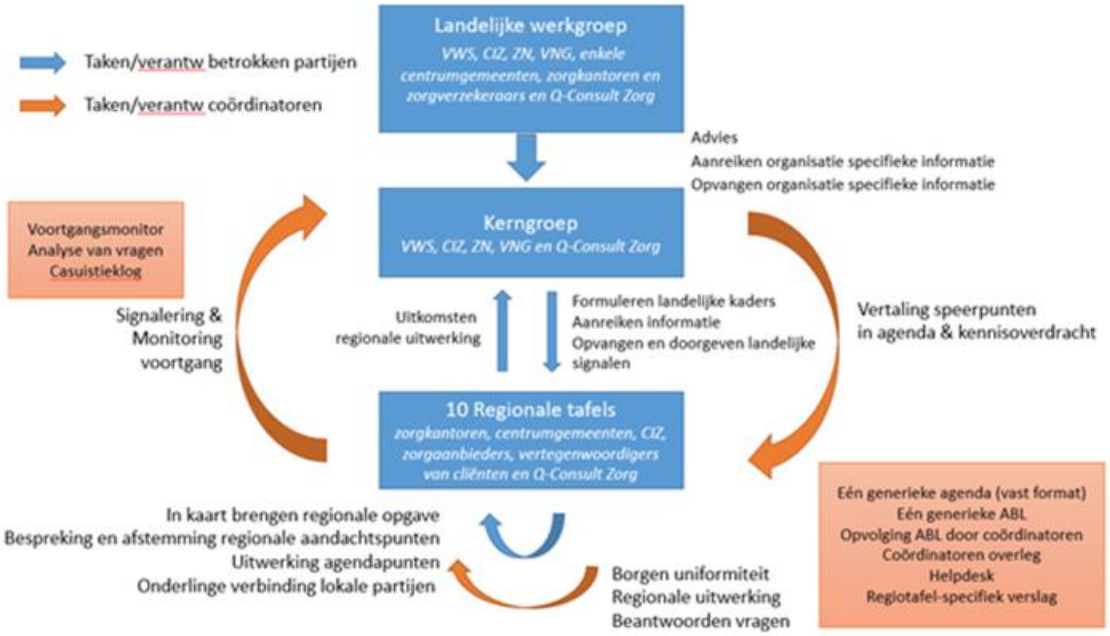
Het ministerie van VWS heeft het voortouw genomen om te komen tot een implementatieplan voor de overheveling. Het ministerie van VWS nam de regie, waarbij de feitelijke implementatie met name in het veld in samenwerking met VWS plaats moest gaan vinden. De verwachting was op dat moment dat het zorgvuldig voorbereiden van het wetsvoorstel twee jaar in beslag zal nemen. Daaronder viel het in kaart brengen van de doelgroep, het toevoegen van de grondslag psychische stoornis op wetsniveau aan de Wlz, maar ook het inrichten van de indicatiestelling, het ontwikkelen van passende zorgprofielen en het maken van prestatiebeschrijvingen en tarieven. Hierbij is het een uitdaging om de werkprocessen en activiteiten van de verschillende betrokken partijen zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Het doel was om de overgang van cliënten naar de Wlz voor de cliënten zelf zo geruisloos mogelijk te laten verlopen.

2.3 Bij het implementatietraject betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden

In juli 2019 wordt het wetsvoorstel "toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis" van kracht. Door het toevoegen van de grondslag 'psychische stoornis' aan de zorginhoudelijke toegangscriteria kan voortaan bij de indicatiestelling gekeken worden naar het totaalbeeld van de beperkingen van de cliënt en blijvendheid van de zorgbehoefte die daaruit voorkomt. Vanaf dat moment gaat een intensief implementatietraject van start, met daarin verschillende betrokken partijen en werkgroepen met elk hun eigen taken en verantwoordelijkheden.[7] Hieronder lichten

[5] Memorie van Toelichting: wijziging van de Wet langdurige zorg om toegang tot deze wet te bieden aan mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij.
[6] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/12/03/risicos-wetswijziging-ggz-in-de-wlz.
[7] Implementatieplan GGZ - Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Directie Langdurige Zorg VWS, 15 februari 2019.

we kort een aantal overlegstructuren en belangrijke taken en verantwoordelijkheden van de betrokken stakeholders toe. Figuur 1 geeft tevens een schematische weergave van de diverse overleggremia die in het leven zijn geroepen ten behoeve van de implementatie.[8]



Figuur 1. Schematische weergave overleggremia

Kerngroep

Voorafgaand aan het implementatieproces is een gedetailleerde planning aan alle betrokken partijen voorgelegd met mijlpalen en nader te onderzoeken onderwerpen zoals de positionering van behandeling binnen de Wlz. Ook is een kerngroep geformeerd met daarin de meest betrokken organisaties (ZN, VNG, CIZ, VWS). De kerngroep kwam maandelijks onder voorzitterschap van VWS bij elkaar en fungeerde als denktank om de planning en de voortgang te bewaken en eventueel activiteiten bij te stellen. Ook zorgde de kerngroep voor het voorbereiden van de verschillende overleggen, zoals de landelijke werkgroep, regiotafels en de klankbordgroep.

Landelijke werkgroep / klankbordgroep

Naast de kerngroep is ook een landelijke werkgroep / klankbordgroep met een bredere vertegenwoordiging van het veld bij elkaar gebracht. Deze klankbordgroep was ervoor om de kerngroep te adviseren over landelijke kaders met betrekking tot inkoop, doelgroep en het beoordelingsproces toegang. Daarnaast zorgde de landelijke werkgroep voor informatieverstrekking richting de regiotafels, middels organisatie specifieke informatiedocumenten. De landelijke werkgroep bestond uit de VNG, Netwerk Directeuren Sociaal Domein (NDSD), De Nederlandse ggz, Valente, afgevaardigden van diverse gemeenten, ZN (en diverse zorgkantoren), VGN, CIZ, CAK, ActiZ, V&VN, de NZa, Kenniscentrum Korsakov, RPSW, Zorginstituut Nederland MIND/Ypsilon en VWS.

Regiotafels

Medio 2019 werden 10 regiotafels ingericht waar de lokale vertegenwoordiging van de belangrijkste spelers (CIZ, centrumgemeenten, de zorgkantoren en zorgaanbieders) elkaar ontmoeten, waar gesproken werd over rollen en verantwoordelijkheden en waar afspraken gemaakt konden worden. Tijdens bijeenkomsten van de regiotafels werd onder meer de stand van zaken besproken en besprak men de voor de overheveling te ondernemen activiteiten. In 2020 werden ook de vertegenwoordiging van cliënten (en naasten) bij de regiotafelbijeenkomsten betrokken.

[8] Dit schema hebben de onderzoekers van CIZ ontvangen.

Werkgroep communicatie

Vanuit VWS zelf is de werkgroep communicatie opgestart om het beleid te vertalen naar concrete communicatieproducten voor de doelgroep. In de communicatiewerkgroep zaten CIZ, Valente, VNG, ZN, MIND en de Nederlandse ggz. In een later stadium sloot ook de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) aan.

Het ministerie van VWS

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de beleidsvorming, de wetswijziging en informatievoorziening van en naar de Kamer. Samen met het Zorginstituut was VWS verantwoordelijk voor de invulling van behandeling binnen de Wlz. Binnen het implementatietraject nam het ministerie van VWS het voortouw, mede in de rol van (overall) projectleider en voerden zij regie op het gehele implementatieproces. Zo was VWS voorzitter van de kerngroep. Daarnaast sloten zij aan bij enkele regiotafels en vonden er diverse periodieke bilaterale overleggen plaats met CIZ, de NZa, Valente en de Nederlandse ggz, MIND, CAK en de VNG om dieper in te gaan op specifieke onderwerpen. In het bijzonder is in het najaar van 2019 het onderwerp behandeling uitgediept, hetgeen heeft geresulteerd in de door het Zorginstituut opgestelde handreiking behandeling[9]. Tevens had VWS een faciliterende en initiërende rol in de werkgroepen.

CIZ

CIZ is in 2019 gestart met het bezoeken van centrumgemeenten en het organiseren van scholingsbijeenkomsten bij centrumgemeenten. Daarnaast is CIZ actief geweest in het benaderen van aanbieders met potentiële Wlz-cliënten om de toegangscriteria verder de verduidelijken. Intern heeft CIZ zich voorbereid op de overheveling door het opleiden van medewerkers en aannemen van relatiebeheerders. Hiervoor zijn door CIZ circa 100 nieuwe medewerkers aangetrokken en 11 medewerkers gestart in de rol als ‘relatiebeheerder ggz’. Zij speelden onder andere een rol bij kennisoverdracht over toegang, in kaart brengen van zorgaanbieders, domeinsamenwerking creëren, inzicht krijgen in het aantal aanvragen per zorgbieder. De relatiebeheerders waren ook deelnemers namens CIZ bij de regiotafels. CIZ is daarnaast verantwoordelijk voor het beoordelen van de indictieaanvragen en het onderhouden van contact met zorgaanbieders.

(Centrum)gemeenten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Een groot deel van de doelgroep ontving vóór de overheveling zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het informeren van cliënten die mogelijk tot de doelgroep behoren over de mogelijkheden om toegang te verkrijgen tot de Wlz. De door (centrum)gemeenten ondernomen activiteiten verschillen. Een deel van de centrumgemeenten heeft deelgenomen aan bijeenkomsten met de regiotafels. Ook heeft een deel van de gemeenten actief zorgaanbieders benaderd om inzicht te krijgen in het aantal cliënten dat mogelijk zou uitstromen naar de Wlz. Enkele gemeenten geven aan dat het voor hen soms lastig was om inhoudelijk te bepalen welke cliënten mogelijk in aanmerking kwamen voor de Wlz. De VNG heeft hiervoor standaarden gemaakt waar gemeenten gebruik van konden maken. Het verschilt per gemeenten op welk niveau activiteiten in kaart zijn gebracht. Ook was een deel van de gemeenten actief in het meedenken en ondersteunen van (kleinere) zorgaanbieders in de regio, bijvoorbeeld door middel van het inhuren van (onafhankelijke) cliëntondersteuners van Stichting MEE. Ongeveer de helft van de centrumgemeenten heeft bijeenkomsten belegd om zorgaanbieders te informeren. Deze bijeenkomsten zijn veelal in samenwerking met CIZ en zorgkantoren georganiseerd.

Zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor alle cliënten met een Wlz-indicatie. Daarvoor kopen zij zorg in (zorg in natura) of verstrekken zij een persoonsgeboden budget (pgb). Een andere belangrijke pijler is de zorgbemiddeling. Zorgkantoren hebben een belangrijke rol gespeeld in de informatievoorziening naar betrokkenen. Zij hebben hier op verschillende wijzen invulling aan gegeven, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten met zorgaanbieders

[9] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/12/09/handreiking-behandeling-in-de-wlz-per-1-januari-2021.

om hen van informatie te voorzien, in sommigen gevallen in samenwerking met centrumgemeenten. Ook hebben zorgkantoren veel afstemming gehad met alle betrokken organisaties in de keten en cliënten, bijvoorbeeld in landelijke en regionale overleggen en samenwerkingsgremia.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor het leveren van zorg. Ondanks dat cliënten (of een vertegenwoordiger hiervan) zelf verantwoordelijk zijn voor het doen van een aanvraag, zijn zorgaanbieders hier in de praktijk ook vaak bij betrokken. Zij pakken vaak samen met de (betrokkene) bij client de aanvraag op. Zij kunnen dit dan namens de client doen of de cliënt stimuleren om een aanvraag in te dienen en daarbij ondersteunen. Daarnaast hadden zorgaanbieders een belangrijke taak in het in kaart brengen van potentiële cliënten die mogelijk over zouden gaan naar de Wlz. Zorgaanbieders kunnen op basis van de zorgbehoefte van cliënten beoordelen wie er in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. Zorgaanbieders gingen met een verschillend vertrekpunt de overheveling in, waarbij grote zorgaanbieders (over het algemeen) konden varen op hun ervaring met de Wlz. Voor de kleinere organisaties was het (over het algemeen) moeilijker in te schatten welke implicaties bepaalde keuzes hadden voor de organisatie en de uitvoering, omdat zij de Wlz niet kenden. Verschillende grote en kleine zorgaanbieders hebben deelgenomen aan regiotafelbijeenkomsten.

Brancheorganisaties

De brancheorganisaties De Nederlandse ggz en Valente hebben een belangrijke rol gespeeld bij het informeren van hun leden via informatiebijeenkomsten. Valente heeft meerdere en frequente ledenbijeenkomsten georganiseerd zowel live als online. Dit deden zij vaak ook met medewerking van ZN en individuele zorgkantoren, beleidsadviseurs van VWS, en deskundigen van CIZ. Daardoor zijn alle leden van Valente die zorg in het kader van de Wlz wilden gaan aanbieden tijdig en correct geïnformeerd over de implementatiestappen die gezet moesten worden. Deze bijeenkomsten stonden ook open voor leden van de Nederlandse ggz. Valente heeft een themapagina ingericht op de website over de Wlz. Ook heeft Valente deel uitgemaakt van de communicatiewerkgroep van VWS om een bijdrage te leveren aan alle communicatiemiddelen en producten. De brancheorganisaties (en een aantal individuele leden) zijn ook betrokken geweest bij de uitwerking van inhoudelijke onderwerpen. Dat geldt met name voor het onderwerp ‘behandeling’.

Cliëntenorganisaties

Verschillende cliëntenorganisaties zijn in verschillende mate betrokken geweest bij de overheveling. Per Saldo (budgethouders) en MIND (mensen die te maken hebben met psychische problematiek en hun naasten) zijn het meest intensief betrokken geweest, onder meer bij de wetgeving en de positie van behandeling binnen de Wlz. Bij aanvang van het traject hebben aparte overleggen plaatsgevonden met MIND. Bij deze overleggen sloten ook de volgende organisaties aan: Per Saldo, ouderinitiatieven, Korsakov kenniscentrum, en MIND Ypsilon. Dit is later overgegaan in een periodiek ‘bijpraatoverleg’ met alle partijen. MIND is met name betrokken geweest bij overleggen over de thema’s cliëntprofielen, cliëntinformatie, positie van de behandeling en afstemming met de VNG en CIZ over de indicatiestelling. Daarnaast hebben gedurende het implementatietraject ook bilaterale overleggen plaatsgevonden met CIZ en ZN. Vanuit hun rol als vertegenwoordigers zijn cliëntenorganisaties verantwoordelijk voor het verwijzen van cliënten die bij hen aankloppen naar de juiste plaats. Tot slot hebben cliëntenorganisaties, met financiering van VWS, diverse communicatiemiddelen ontwikkeld. Per Saldo heeft informatiebijeenkomsten georganiseerd voor budgethouders en zorgaanbieders van kleinschalige woonvoorzieningen. Ook MIND heeft informatiebijeenkomsten georganiseerd voor haar achterban en een handreiking opgesteld.

Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Indien een cliënt zorg vanuit de Wlz via een pgb wenst te ontvangen beheert de SVB het budget. Verzekerden kunnen vanuit dit budget betalingen laten doen aan zorgverleners. De SVB is in 2019 een korte periode betrokken geweest bij het implementatietraject. Vanaf het moment dat de overgangsregeling is ingegaan, en uitbetalingen vanuit het zorgkantoor in het geding kwam, is de SVB weer bij het traject betrokken geraakt door ad hoc oplossingen uit te werken met andere ketenpartijen, waarmee uitval van betalingen voorkomen konden worden. Tot slot is de SVB ook aangesloten bij de werkgroep communicatie.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa adviseert het ministerie van VWS over bekostiging en het vaststellen (beleids)regels, prestaties en (pgb)tarieven. Voorafgaand aan het implementatietraject heeft de NZa een uitvoeringstoets uitgebracht naar de bekostiging van Wlz-zorg voor cliënten met een psychische stoornis is getoetst. Gedurende het implementatietraject heeft het NZa deelgenomen aan een werkgroep, samen met het Zorginstituut, VWS, cliëntenvertegenwoordigers, zorgaanbieders en zorgkantoren, met als doel het uitwerken van bekostiging en organisatie van de behandeling aan Wlz cliënten met een psychische stoornis. Tot slot heeft de NZa deelgenomen aan de werkgroep communicatie.

3 Doelgroep en proces van aanmelden

3.1 De omvang van de doelgroep

3.1.1 *De vooraf gemaakte inschattingen van de omvang van de doelgroep waren lager dan het werkelijke aantal (op basis van het aantal) toegekende indicaties*

Een belangrijk onderdeel van de voorbereiding van de overheveling van mensen met een psychische stoornis naar de Wlz was gericht op het in kaart brengen van de doelgroep die hiervoor in aanmerking komt. Bureau HHM[10] heeft in 2017 middels een uitvraag onder 884 zorgaanbieders een inschatting gemaakt van het aantal cliënten dat blijvend is aangewezen op permanent toezicht en/of 24-uur zorg in de nabijheid. Uit het onderzoek bleek dat naar verwachting 12.250 ggz-cliënten met zorg in natura toegang zouden krijgen tot de Wlz. Rekening houdend met verschillende verlagende en verhogende factoren[11] was de inschatting dat er minimaal 9.500 ggz-cliënten met zorg in natura en 2.250 budgethouders toegang zouden krijgen tot de Wlz (in totaal 11.750 cliënten) en maximaal 14.000 cliënten met zorg in natura en 2.250 budgethouders (in totaal 16.250 cliënten).

Dit onderzoek was primair gericht op cliënten die zorg in natura ontvangen en gebruikmaken van een vorm van verblijfszorg. Daardoor zijn cliënten (eventueel met een persoonsgebonden budget) die in de thuissituatie zorg ontvangen (grotendeels) buiten beschouwing gebleven. Ook is niet duidelijk welk deel van de cliënten een combinatie van zorg uit de Wmo en Zvw ontvangt. Op basis van het onderzoek door bureau HHM, diverse uitvoeringstoetsen en na overleg met diverse experts en betrokken veldpartijen (waaronder gemeenten) is uitgegaan van 9.250 ggz-cliënten die naar verwachting nieuw toegang krijgen tot de Wlz als de grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd aan artikel 3.2.1 van de Wlz. Het gaat hierbij om naar schatting 8.500 cliënten vanuit Wmo beschermd wonen[12] en 750 cliënten vanuit de Zvw. In dit aantal zijn geen cliënten opgenomen die al een GGZ-B indicatie hadden. Daarbij werd in de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel wel de kanttekening geplaatst dat mogelijk nog niet alle potentiële Wlz-cliënten in beeld zijn gebracht.[13] Te denken valt aan cliënten vanuit de forensische zorg of cliënten die nog niet in zorg zijn. Deze aantallen waren (en zijn) lastig te kwantificeren.

Op basis van een analyse van de cijfers (tot 14 juni 2021) ten aanzien van het aantal toegekende indicaties en op basis van gesprekken met de respondenten, blijkt dat de vooraf gemaakte inschatting van de omvang van de doelgroep niet correspondeert met de praktijk. Het aantal toegekende indicaties tot 14 juni 2021 was 85% hoger dan vooraf werd ingeschat (17.105 cliënten hebben een Wlz-indicatie gekregen in plaats van 9.250). Het grootste deel van deze cliënten is afkomstig uit Wmo beschermd wonen (± 14.500). Verder zijn cliënten afkomstig uit overige vormen van Wmo (± 2.180) en een klein deel van de cliënten ontving eerder zorg uit de Zvw (± 400).[14]

[10] GGZ-cliënten in de Wlz - Inschatting omvang indien grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd aan de Wlz. Bureau HHM, 19 mei 2017.

[11] Mogelijk verlagend effect: een afwijkende cliëntpopulatie in de non-respons groep van het onderzoek; mogelijk verhogend effect: toevoeging van cliënten waarbij niet ingeschat kon worden of de behoefte aan toezicht en/of nabijheid blijvend is en de toevoeging van budgethouders.

[12] Waarvan circa 7.000 cliënten met zorg in natura en circa 1.500 met een persoonsgebonden budget.

[13] Memorie van Toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 35 146, nr. 3.

[14] Deze cijfers zijn berekend op basis van extrapolatie van informatie uit de maatwerktabel ‘Zorggebruikers met een Wlz-indicatie met grondslag ‘psychische stoornis’ vanaf januari 2021, peildatum 1 mei 2021 in combinatie met gegevens uit de nieuwsbrief ‘Overgang ggz-cliënten naar de Wlz per 2021’ (https://www.regelhulp.nl/actueel/nieuwsbrieven/overgang-ggz-naar-wlz).

3.1.2 *Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen waardoor de inschattingen niet overeen kwamen met de praktijk*

In de (groeps)interviews hebben wij meerdere keren met respondenten gesproken over de redenen waarom de inschattingen ten aanzien van de doelgroep niet overeenkwamen met de praktijk. Respondenten dragen hiervoor verschillende redenen aan, maar konden niet aangeven welke redenen het belangrijkste zijn. Op basis van het aantal keer dat we de betreffende reden is genoemd en de vertaling naar de potentiële groep die gekoppeld is aan de betreffende reden, hebben we een inschatting gemaakt van de volgorde (naar afnemend belang):

a. De groep cliënten die extramuraal verbleef, is niet meegenomen in de inschattingen ten aanzien van de doelgroep terwijl in de praktijk ook cliënten die extramuraal verbleven een Wlz-indicatie toegekend hebben gekregen. Dit gaat bijvoorbeeld over cliënten die in een kleinschalige woonvoorziening verblijven, maar ook over cliënten die thuis een (intensieve) vorm van zorg ontvangen. Vrijwel alle respondenten zijn het erover eens dat de groep cliënten die extramuraal verblijft, onterecht buiten beeld is gebleven en daarmee sterk onderschat. Hiervoor is in het onderzoek niet één duidelijke verklaring naar boven gekomen, maar de volgende gedeeltelijke verklaringen zijn wel genoemd:
    i. Sommige respondenten geven aan dat de term ’24 uur per dag zorg in de nabijheid’ niet direct de associatie oproept met cliënten die extramuraal verblijven. Ook was de verwachting dat deze doelgroep niet voldeed aan de criteria voor de Wlz, omdat zij lichtere vormen van zorg kregen. Enkele respondenten zetten ook vraagtekens of de wetswijziging ook tot doel had om deze groep cliënten over te hevelen naar de Wlz. Vanuit een herstelgedachte zou je deze groep wellicht juist niet in de Wlz willen hebben.
    ii. Een deel van de zorgaanbieders en gemeenten bleek niet voldoende zicht te hebben op hun cliënten met een psychische stoornis, met name op de cliënten die niet in een instelling verblijven.
    iii. Onbekendheid bij budgethouders en kleinere zorgaanbieders met het ontvangen of verlenen van zorg vanuit de Wlz. Budgethouders en kleine zorgaanbieders waren niet altijd voldoende op de hoogte dat cliënten met een Wlz-indicatie ook thuis kunnen blijven wonen. Hierdoor is vooraf een deel van deze doelgroep buiten beschouwing gelaten.
b. De eerste reden houdt verband met het feit dat er sprake was van een grotere groep ‘zelfaanmelders’ dan vooraf gedacht. Deze groep bestaat uit cliënten die via verschillende routes zelf een Wlz-aanvraag hebben ingediend bij CIZ. Zij zijn door hun zorgaanbieder of gemeente hierop gewezen, bijvoorbeeld omdat (kleine) zorgaanbieders niet bekend waren met of geen gebruik konden maken van Portero.[15] Ook bestaat de groep zelfaanmelders uit cliënten die na een periode geen of weinig zorg hebben ontvangen en daarom zelf het initiatief hebben genomen om een aanvraag in te dienen. Een deel van deze groep cliënten is bij de inschattingen buiten beeld gebleven.
c. Onduidelijkheden in definities en afbakening:
    i. Onduidelijkheid over de interpretatie van de zorgprofielen. Verschillende respondenten geven aan dat de criteria van de zorgprofielen niet voldoende concreet en duidelijk waren, waardoor zij (met name zorgaanbieders) geen goede inschatting konden maken van de groep cliënten die mogelijk onder de Wlz kan vallen.
    ii. Onduidelijkheid over de definitie van beschermd wonen en daarmee over het aantal cliënten dat tot deze doelgroep behoort. Volgens de wettelijke definitie is beschermd wonen het wonen in een instelling, maar in de praktijk zijn er ook cliënten die ‘begeleid wonen’. Daardoor valt het aantal cliënten dat in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie hoger uit.
d. Zorgaanbieders hebben gewacht op het moment dat de definitieve tarieven bekend werden. Het bekend worden van de tarieven die hoger lagen dan in de Wmo (met een bredere aanspraak) is het vermoeden dat zorgaanbieders met meer cliënten het gesprek zijn aangegaan of een Wlz-indicatie toch niet passender zou zijn. Ondanks het feit dat de criteria voor de Wlz zijn zoals ze zijn, zijn er ook altijd cliënten voor wie het de vraag is welk kader het best passend is (het zogenaamde ‘grijze gebied’).

[15] ICT-systeem Portero is een aanvraagsysteem waarin zorgaanbieders Wlz-aanvragen digitaal kunnen indienen bij CIZ. Zij sluiten daarvoor een contract af met CIZ.

Ondanks het ontbreken van informatie waarmee we de oorzaken van de onderschatting van de doelgroep kunnen wegen, is het onze inschatting als onderzoekers dat het een effect is van een samenspel van factoren, ook van factoren die vooraf niet in beeld kunnen zijn.

3.2 Het proces van aanmelden

3.2.1 Veldpartijen ondernamen verschillende acties om te sturen op het tijdig indienen van aanvragen

Cliënten met een psychische stoornis (en hun vertegenwoordigers) hadden vanaf begin 2020 de gelegenheid om bij CIZ een Wlz-indicatie aan te vragen. Gemeenten en zorgaanbieders waren verantwoordelijk om cliënten in beeld te brengen die in aanmerking komen voor de Wlz, zodat cliënten tijdig een indicatie konden aanvragen. Betrokken partijen, waaronder gemeenten, zorgaanbieders, CIZ, clientorganisaties, brancheorganisaties, et cetera hebben hiervoor verschillende activiteiten ondernomen:

a. Alle zorgaanbieders die zorg leveren aan mensen met een psychische aandoening zijn door CIZ benaderd met de vraag welke cliënten zij verwachtten over te hevelen. CIZ heeft periodiek contact gehouden om het moment van aanmelden zo goed als mogelijk te sturen en om een check uit te voeren op de eerder opgegeven aantallen. Toen in het voorjaar van 2020 bleek dat de aanmeldingen achterbleven, heeft CIZ samen met de Nederlandse ggz en Valente geïnventariseerd welke zorgaanbieders conform opgave achterbleven.
b. CIZ, zorgkantoren en cliëntenorganisaties hebben door middel van bijeenkomsten informatie verschaft over de doelgroep voor de Wlz. Zo heeft CIZ bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten voor zorgaanbieders, gemeenten en overige relevante partijen georganiseerd over de doelgroep en de toegangscriteria voor de Wlz.
c. Er zijn door diverse gemeenten algemene informatiebijeenkomsten georganiseerd voor aanbieders van zorg in natura en aanbieders die zorg leveren aan mensen met een pgb. Later zijn ook CIZ en de zorgkantoren betrokken bij deze informatiebijeenkomsten.
d. Ook Valente en MIND hebben veel acties in gang gezet om het proces van aanmelden te bevorderen. Er zijn bijvoorbeeld communicatieplannen opgesteld en zij hebben bijeenkomsten georganiseerd voor hun achterban.
e. Enkele gemeenten hebben een medewerker vrijgemaakt of aangesteld die specifiek aandacht had voor de overheveling en regelmatig en persoonlijk contact onderhield met zorgaanbieders. Gemeenten die dit hebben gedaan benadrukken dat het belangrijk is dat dit een medewerker is die zicht heeft op het beleid en de uitvoering.
f. Een enkele gemeente verstuurde, naast regelmatig contact via andere kanalen, periodieke nieuwsbrieven (eens per twee maanden) aan gecontracteerde zorgaanbieders met actuele informatie (bijvoorbeeld over wachtlijsten en zorgprofielen) om het onderwerp levend te houden.
g. VWS heeft de NZa verzocht om al in het voorjaar van 2020 inzicht te bieden in de voorlopige tarieven Wlz, zodat communicatie hierover op dat moment al plaats kon vinden.

3.2.2 Het merendeel van de aanvragen is in de tweede helft van 2020 ontvangen

Ondanks de inspanningen van diverse partijen om de doelgroep in beeld te brengen en te activeren om tijdig een aanvraag in te dienen signaleerde CIZ in het voorjaar van 2020 dat het aantal aanmeldingen achterbleef bij de verwachtingen. Het achterblijven van de aanmeldingen heeft verschillende redenen. Zorgaanbieders geven bijvoorbeeld aan dat kleinere zorgaanbieders het complex vonden om (gedeeltelijk) over te gaan op het leveren van Wlz-zorg wanneer zij nog geen Wlz-cliënten in zorg hadden. Het uitzoeken van de consequenties voor de organisatie en het bekend worden met een nieuw registratiesysteem heeft ervoor gezorgd dat sommige aanbieders pas na de zomer van 2020 hun aanvragen bij CIZ hebben ingediend.

Ook bleek dat de informatie die bij zorgaanbieders en gemeenten bekend was over de Wlz maar langzaam doorsijpelt naar de groep mensen voor wie deze informatie bedoeld is. Hierdoor is het voor zorgvragers met een psychische stoornis soms nog onvoldoende duidelijk wat de Wlz voor henzelf kan betekenen. Dit kan als gevolg hebben dat zij pas later een aanvraag voor een Wlz-indicatie doen. Daarnaast geven verschillende respondenten aan dat de definitieve tarieven en prestaties pas relatief laat bekend werden. Dit heeft ertoe geleid dat zorgaanbieders hebben gewacht met het aanvragen van Wlz-indicaties voor cliënten, ondanks het feit dat er al in het voorjaar inzicht was in de voorlopige tarieven. Dit had met name betrekking op cliënten uit het ‘grijze gebied’. Dit zijn cliënten waarbij het niet meteen duidelijk is of zij wel of niet voldoen aan de Wlz-criteria.

Ook zijn er signalen dat sommige zorgaanbieders het indienen van aanvragen voor cliënten uit hun extramurale bestand bewust op de langere termijn schoven. Bovendien noemen enkele respondenten de COVID-19 pandemie als één van de redenen voor vertraging. Organisaties werden geconfronteerd met uitval van medewerkers waardoor het in sommige gevallen moeilijk was om op korte termijn de benodigde diagnostiek uit te voeren. Daarnaast geven respondenten van CIZ aan dat het moeilijk was om de groep (thuiswonende) budgethouders te bereiken. CIZ was hiervoor grotendeels afhankelijk van gemeenten en zij merkten dat ook gemeenten niet altijd een compleet overzicht hadden van inwoners met een pgb die mogelijk in aanmerking komen voor de Wlz. Tot slot geven enkele respondenten aan dat zorgaanbieders niet altijd het cliëntdossier voldoende op orde hadden, waardoor het proces van aanmelden vertraging heeft opgelopen. Een respondent van een gemeente geeft aan dat dit er mee te maken heeft dat de Wmo niet is gebaseerd op ‘’stoornissen’’ of ‘’medische indicaties’’ en deze informatie dus in de Wmo voor Beschermd Wonen ook niet van de aanbieder gevraagd wordt. Hierdoor is het verklaarbaar dat dossier op dat punt verouderd zijn of informatie ontbreekt. Het bleek voor een deel van de zorgaanbieders sowieso ingewikkeld om bepaalde informatie in te vullen, waardoor het indienen van een aanvraag hen meer tijd kostte.

Toen medio 2020 duidelijk werd dat het aantal aanmeldingen nog beperkt was hebben de betrokken partijen diverse inspanningen gepleegd om dit proces te versnellen. Cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en het ministerie van VWS hebben sterker ingezet op communicatie, ook richting individuele cliënten (bijvoorbeeld door presentaties van Per Saldo richting budgethouders). CIZ heeft diverse acties in gang gezet om via zorgaanbieders de doelgroep te bereiken en voor zo ver mogelijk te sturen op het tijdig en gelijkmatig over de tijd gespreid aanmelden van cliënten. Daarnaast hebben relatiebeheerders van CIZ voorlichting gegeven aan een aantal gemeenten over de toegangscriteria en de doelgroep, om te voorkomen dat cliënten onnodig worden aangemeld. CIZ heeft er ook voor gekozen om onvolledige aanvragen in behandeling te nemen. Hoewel deze werkwijze meer tijd kost voor CIZ, konden aanvragen wel eerder beoordeeld worden. Hier was in de berekening van inzet van personeel rekening mee gehouden. Ook zorgkantoren hebben zorgaanbieders gewezen op het belang van het tijdig indienen van aanvragen.

3.3 Geleerde lessen en aandachtspunten

De geleerde lessen en aandachtspunten ten aanzien van de doelgroep zoals de respondenten deze zien, zijn als volgt:

a. Er is veel discussie over de omvang en herkomst van de doelgroep en of dit, achteraf gezien, beter voorspeld had kunnen worden. Respondenten geven aan dat achteraf te veel is uitgegaan van conservatieve schattingen. Hoewel deze schattingen op dat moment een realistisch scenario waren en werden bevestigt in diverse gesprekken met betrokken partijen, geven respondenten aan dat het goed is om in een volgend traject met een (ruimere) onzekerheidsmarge te werken.
b. De les is om nog meer gezamenlijk op te trekken bij het in beeld brengen van de doelgroep. Ga in gesprek met gemeenten en zorgaanbieders, en stimuleer het gesprek tussen gemeenten en zorgaanbieders onderling, om inzichtelijk te maken hoeveel cliënten zij hebben die binnen de beschrijving van de doelgroep passen. Het is belangrijk om ook cliënten die bij een zorgaanbieder op de wachtlijst staan, mee te nemen. Omdat het om een overgang gaat is het de verwachting dat veel cliënten ergens in beeld zijn of kunnen zijn. Voor toekomstige inschattingen, ook ten aanzien de inschatting die wordt gemaakt ten aanzien van de overgang van jeugdigen met een psychische stoornis naar de Wlz, is echter het leerpunt dat een deel van de doelgroep toch niet in beeld is van (instanties in de zorg). Voor jeugdigen wordt verwezen naar de groep ‘thuiszitters’.
c. Geef casuïstiekbesprekingen standaard een plek in informatie- of regiotafelbijeenkomsten, in plaats van dit aan het veld over te laten. Dit bevordert het gezamenlijk leren waardoor het voor betrokkenen beter mogelijk wordt om in te schatten welke cliënten wel en welke niet tot de doelgroep behoren.
d. Communiceer definitieve tarieven en andere randvoorwaarden tijdig aan de betrokken partijen, zodat zij zich kunnen voorbereiden op de overheveling en de consequenties die dit voor hun organisatie met zich meebrengt. De inhoudelijke toegangscriteria van de Wlz staan vast en de indicatiestelling van CIZ staat niet ter discussie en vanuit daaruit zouden bedrijfsmatige overwegingen van zorgaanbieders eigenlijk geen rol mogen spelen bij het wel of niet stimuleren van cliënten om zich aan te melden voor de Wlz. Toch is de verwachting dat dit in de

praktijk een rol heeft gespeeld en het is goed daarop te anticiperen (zie punt a. met betrekking tot de inschatting van de omvang van de doelgroep).

e. Zet nog meer in op het in positie van partijen zoals brancheorganisaties die een actieve rol kunnen spelen in het proces van het in beeld krijgen van de doelgroep en de daadwerkelijke overheveling.

f. Richt een overgangsjaar of oefenperiode in waarbinnen de nieuwe wet wel in werking treedt, maar men nog ruimte heeft om met elkaar een werkwijze uit te werken en daarmee te oefenen. De periode van voorbereiding en implementatie wat nu (te) kort en maakte dit niet mogelijk.

4 Gegevensuitwisseling

4.1 Gegevensuitwisseling gedurende de overheveling

4.1.1 Een grondige informatieanalyse voorafgaand aan de overheveling had behoeften en benodigde acties inzichtelijk kunnen maken, maar niet de fundamentele belemmeringen met betrekking tot de AVG opgelost

Het ministerie van VWS heeft ten aanzien van het thema gegevensuitwisseling in 2019 samen met Zorginstituut Nederland een overzicht gemaakt van de gegevensstromen die van belang zijn in het kader van de wetswijziging. Ook is nagegaan of er (wettelijke) belemmeringen zijn bij de gewenste uitwisseling van informatie tussen organisaties. Er is met name gekeken naar de gegevensuitwisseling van CIZ naar VWS in het kader van de monitoring en naar de gegevensuitwisseling CIZ-Zorgaanbieders-Gemeenten-Zorgverzekeraars-Zorgkantoren in het kader van het beoordelingsproces in 2020. In het rapport[15] is niet ingegaan op de gegevensuitwisseling in het kader van het persoonsgebonden budget (SVB) en eigen bijdragen (CAK). Uit het onderzoek blijkt op hoofdlijnen dat:

a. Gedurende het beoordelingsproces in 2020 voor Wmo cliënten een actieve terugkoppeling van indicatiestellingen door CIZ naar gemeenten noodzakelijk is, waarvoor Wmo 2015, artikel 5.2.5, derde lid de wettelijke grondslag biedt maar waarvoor de vormgeving nog uitgewerkt dient te worden;
b. Het voor registratie van de herkomst en de monitoring noodzakelijk blijkt om een wettelijke grondslag te creëren en dat hiervoor is een aanpassing van de Wet langdurige zorg noodzakelijk is;
c. Een goede communicatie en samenwerking noodzakelijk is om de overgang naar de Wlz uit te voeren op een wijze die voor cliënten zo min mogelijk verstoringen teweegbrengt, waarvoor artikel 6 sub e van de AVG in samenhang met artikel 9 van de AVG en artikel 30 van de UAVG de grondslag biedt maar waarvoor wel aanbevolen wordt om een privacyprotocol op te stellen[16].

De resultaten van dit onderzoek zijn naar de betrokken partijen gestuurd, maar respondenten geven aan dat dit beperkte opvolging heeft gekregen.

Respondenten geven aan dat er een meer grondige informatieanalyse van benodigde en beschikbare gegevens noodzakelijk was, niet alleen gericht op gegevensuitwisseling bij een traject dat volgens planning verloopt, maar ook een inventarisatie van wat nodig is als er zich onvoorziene omstandigheden voordoen. Het in kaart brengen (bijvoorbeeld door middel van een cliëntreis) van welke informatie op welk moment met welke andere partij gedeeld moest worden, met welk doel en onder welke voorwaarden geeft inzicht in behoeften en benodigde acties. Als dit overzicht gemaakt zou zijn, had eerder in het proces nagedacht kunnen worden over hoe deze gegevensuitwisseling zou kunnen plaatsvinden en wat daarvoor nodig was om te regelen. Het gaat hierbij niet alleen om inhoudelijke (persoonsgebonden) informatie over cliënten om de continuïteit van zorg te borgen, maar ook over informatie over het verloop van het proces, aantallen cliënten en wachttijden. Betrokken partijen in de uitvoering hebben deze informatie nodig voor hun bedrijfsvoering, om een goede inschatting te kunnen maken van de benodigde capaciteit op verschillende momenten. Voor gemeenten gaat het om indicatiebesluiten en openstaande aanvragen; voor zorgkantoren om indicatiebesluiten die leiden tot werk ten aanzien van zorgtoewijzing en zorginkoop.

Respondenten benadrukken echter dat ook wanneer de informatieanalyse eerder of grondiger was uitgevoerd, er fundamentele belemmeringen zijn die samenhangen met de AVG. Deze hadden niet opgelost kunnen worden door de betrokken partijen alleen. Daarnaast roept een aantal respondenten op om goed na te blijven denken over welke informatie écht nodig is. Er is een algemene tendens zichtbaar waarbij de behoefte aan informatie steeds groter wordt. Het is de vraag of de beschikking over alle gewenste informatie op elk moment noodzakelijk is.

[16] Gegevensuitwisseling GGZ in de Wlz, November 2019.

Vooraf is door het ministerie van VWS een interne Privacy Impact Assessment (PIA) uitgevoerd. Hieruit volgde dat het wetsvoorstel niet zou leiden tot (nieuwe) gevoeligheden in relatie tot privacy. Voor de groep cliënten die toegang krijgt tot de Wlz gelden namelijk dezelfde regels als voor de huidige populatie Wlz-cliënten. Ketenpartijen zijn, om intern aan de AVG te voldoen, zelf verantwoordelijk voor het juiste gebruik en opslag van gegevens die zij als onderdeel van de keten ontvangen. Ook het Zorginstituut heeft in zijn uitvoeringstoets aandacht besteed aan gegevensuitwisseling. Het Zorginstituut heeft de impact van de overheveling van ggz-cliënten op het berichtenverkeer tussen de ketenpartijen in de langdurige zorg beoordeeld (CIZ - zorgkantoor - zorgaanbieder - CAK). Daaruit bleek dat de gevolgen voor het berichtenverkeer minimaal waren en in een reguliere release van iWlz konden worden meegenomen. Toen het delen van informatie nog veel belangrijker werd in het kader van de benodigde verlengingen van Wmo-indicaties, bleek de huidige ruimte die partijen hebben om gegevens uit te wisselen onvoldoende.

De structurele aard van de vraag (gegevensuitwisseling was niet alleen noodzakelijk in verband met de overgangsregeling) zorgt ervoor dat het nodig is om te komen tot een voor iedereen werkbare manier om gegevens uit te wisselen. Dit is ook voor de toekomst noodzakelijk. Dat het belang hiervan gevoeld wordt, blijkt uit het plan van verschillende partijen om in het najaar van 2021 om de tafel te gaan om de informatiebehoefte beter te stroomlijnen. Zij geven aan te starten met onderzoek naar het delen van welke informatie structureel nodig is. De huidige privacywetgeving kan hierin vermoedelijk beperkend werken.

4.1.2 De interpretatie van de beperkingen die de AVG met zich meebrengt verschilt

Gegevensuitwisseling is voor de betrokken partijen, maar ook voor de cliënten van groot belang. Dit was ingewikkeld gezien beperkingen in de AVG en andere wetgeving. Respondenten percipiëren de daadwerkelijke beperkingen die de AVG oplegt, verschillend. Waar sommige respondenten aangeven dat de AVG het onmogelijk maakt om bepaalde gegevens te delen, zijn andere respondenten van mening dat het vooral ‘opvattingen over’ in plaats van ‘kennis van’ de regelgeving zijn en wat daarbinnen wel en niet mogelijk is. Uiteenlopende interpretaties van wet- en regelgeving omtrent het delen van gegevens maakt het ingewikkeld om tot elkaar te komen. Hierbij willen partijen niets afdoen aan de intenties en inspanning die zijn gedaan om te komen tot een oplossing. Bij betrokken partijen, vooral bij gemeenten, die afhankelijk waren en zijn van de gegevens voor het bieden van continuïteit van zorg aan cliënten en de bedrijfsvoering, leeft wel het gevoel van onbegrip dat de AVG een (zeer) noodzakelijke oplossing in de weg zou staan. Het gaat hierbij dan met name om de gegevensuitwisseling tussen zorgkantoren en gemeenten over de cliënten waarvoor zorgtoeleiding plaats moet vinden en wanneer dit is gelukt.

Een aantal respondenten geeft aan dat het eenvoudig kunnen delen van gegevens tussen partijen onderling, zonder dat zij daar de cliënt voor hoeven te benaderen, niet alleen van belang is voor het soepel laten verlopen van het proces, maar ook van meerwaarde is voor de cliënten zelf. Het betreft een dusdanig kwetsbare groep cliënten dat partijen hen niet extra willen belasten met randzaken. Zij geven aan dat cliënten ook verwachten dat deze gegevens gedeeld worden, omdat het in hun eigen belang is.

De meningen van respondenten verschillen hier wel over. Zo legt een respondent vanuit een cliënt/familieorganisatie de keerzijde van eenvoudige en meer structurele gegevensuitwisseling uit. Cliënten die behoren tot de Wlz-ggz doelgroep zijn kwetsbaar en hebben vaak veel meegemaakt. Informatie *over* hen kan achterdocht opwekken en het soms beperkte vertrouwen dat deze cliënten hebben in instanties verder beschamen (in lijn met het adagium ‘niets over ons, zonder ons’). Juist door bij overgangen tussen instanties of wettelijke domeinen de gegevens bij de cliënt na te vragen of te laten controleren, blijft er controle op de juistheid van gegevens en is het mogelijk om meer maatwerk te leveren. Welke gegevens er gedeeld moeten worden, is immers niet in elke situatie hetzelfde. Door vooraf uniforme afspraken te maken over gegevensdeling is het risico dat er onnodig informatie wordt gedeeld.

4.1.3 *Het belang van de mogelijkheid om eenvoudig gegevens te kunnen uitwisselen wordt pas echt duidelijk als de deadline van 1 januari 2021 niet gehaald dreigt te worden*

Cliënten die in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie ontvangen zorg uit verschillende wettelijke kaders, vanuit verschillende leveringsvormen en zijn bekend bij verschillende organisaties. Zoals in hoofdstuk 3 beschreven bleek het moeilijk om een totaaloverzicht te krijgen van de verschillende cliënten die vermoedelijk een Wlz-aanvraag in zouden dienen. Daarbij bleek de fase van het proces waarin deze cliënten zich bevonden vaak onduidelijk. Dit wordt mede veroorzaakt door de AVG, die beperkingen oplegt met betrekking tot de uitwisseling van gegevens tussen de verschillende organisaties. Hoewel dit een structurele informatiebehoefte is waar nu niet in wordt voorzien, werden de gevolgen van de beperkingen pas echt duidelijk toen de deadline van de overheveling niet gehaald dreigde te worden. Indien bepaalde informatie niet gedeeld kon worden tussen CIZ, zorgkantoren en gemeenten zou de continuïteit van zorg van cliënten wiens aanvraag niet vóór 1 januari 2021 was afgerond, niet gegarandeerd zijn.

Verschillende respondenten geven aan dat het signaal dat het niet tijdig afronden van de indicatiestelling vroeg om het delen van gegevens met gemeenten te laat in het proces kwam om daar een goede werkwijze voor te ontwikkelen. Deze situatie was niet voorzien en had dus niet eerder door partijen opgepakt kunnen worden. Naar de mening van respondenten is er wanneer hier gegronde redenen voor zijn veel mogelijk wat betreft gegevensuitwisseling, maar moet dit wettelijk goed geregeld zijn. Op dit moment hebben veldpartijen geen wettelijke grondslag om gegevens van cliënten te delen. Een dergelijke belemmering kan niet meer tijdens het proces gerepareerd worden, maar moet vroegtijdig worden opgepakt. Vanuit het belang dat de partijen hechten aan een soepele overgang voor de cliënt brachten de onmogelijkheden waar men op dat moment tegenaan liep frustratie met zich mee volgens meerdere respondenten. Partijen hadden de intentie om tot een oplossing te komen, maar konden voor hun gevoel weinig doen.

Voor cliënten voor wie in 2020 een aanvraag voor een Wlz-indicatie is ingediend bij CIZ, maar voor wie op 1 januari 2021 nog geen zorgtoewijzing heeft plaatsgevonden zijn overgangsregelingen ontwikkeld. Door middel van deze regelingen wordt de continuïteit van zorg voor deze groep cliënten gegarandeerd. Zo is er onder meer in de ‘dienst Wlz-signalen’ een tijdelijke *‘workaround’* ontwikkeld om gegevens te kunnen delen en de zorg voor cliënten te kunnen continueren. Een aantal respondenten geeft aan de overgangsregelingen als arbeidsintensief en foutgevoelig te ervaren. Zo moesten respondenten handmatig meerdere lijsten met cliënten met elkaar vergelijken. Een respondent vertelt dat de contacten en korte lijnen die zijn ontstaan tijdens bijeenkomsten met de regiotafels hierbij hebben geholpen. Zo kon er makkelijk geschakeld worden om zaken extra te controleren.

4.2 Geleerde lessen en aandachtspunten

De geleerde lessen en aandachtspunten ten aanzien van gegevensuitwisseling zoals de respondenten deze zien zijn:

a. Betrokken partijen geven aan dat er een fundamenteel AVG-probleem ligt, dat eerder en breder opgepakt moet worden dan door de in deze implementatie betrokken partijen.
b. Ga vroegtijdig (al bij het schrijven van een wetsvoorstel of regeling) met elkaar in gesprek over de informatiebehoefte en benodigde gegevensuitwisseling en betrek in dit gesprek zowel professionals uit de uitvoering als data-analisten of systeembeheerders en professionals met een juridische blik. Houd te allen tijde het belang van de cliënt voor ogen en werk vanuit dat belang toe naar een structurele oplossing. Houd de regie zo veel mogelijk bij de cliënt.
c. Maak in de zoektocht naar oplossingen onderscheid tussen incidentele en structurele behoeften aan informatie en tussen informatie op de persoon en geaggregeerde (management)informatie. Dat vraagt om wezenlijk andere oplossingen en wettelijke borging.
d. Verken oplossingen die misschien minder voor de hand liggend zijn, zoals het vragen van toestemming (actieve of passieve *informed consent*) aan de cliënten zelf door middel van een brief.
e. Doe inspiratie op in andere domeinen waar mogelijkheden zijn gevonden om privacygevoelige informatie die van groot belang is toch te delen.

5 Samenwerking

5.1 Samenwerking tussen betrokken veldpartijen

5.1.1 Bij de start van het implementatietraject heerst een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid

Bij aanvang van het implementatietraject stond één gezamenlijk doel voorop: een soepele overgang van de juiste cliënten naar de Wlz. Er werd een gedeelde verantwoordelijkheid gevoeld door alle partijen voor een goed verloop van dit traject. De respondenten geven aan dat meerdere factoren hebben bijgedragen aan dit gezamenlijke gevoel van verantwoordelijkheid:

a. De wetswijziging werd ervaren als evident en een goede stap vooruit voor cliënten met langdurige psychische problematieken. Het algemene doel stond niet ter discussie en alle betrokken partijen waren eensgezind over nut en noodzaak van deze verandering.
b. Voor alle partijen stond het belang van de cliënt centraal. Er was een gezamenlijke bereidheid om deze wijziging voor de cliënt goed te laten verlopen. Voorop stond dat de cliënten zelf, die behoren tot een kwetsbare doelgroep, geen last mogen ondervinden van de wetswijziging. Dit heeft een gevoel van verbondenheid gegeven.
c. Er werden ‘benen op tafel’ overleggen georganiseerd met de landelijke werkgroep. Doel van deze bijeenkomsten was om met elkaar het verantwoordelijkheidsgevoel te creëren. Hier ontstonden goede ideeën uit, waaronder het opstarten van regiotafels. Parallel hieraan werd een brede klankbordgroep georganiseerd om verschillende organisaties op de hoogte te houden.
d. Door CIZ en VWS is in het beginstadium veel tijd geïnvesteerd in werkbezoeken aan ggz-instellingen en (andere) aanbieders van beschermd wonen. Doel was om te horen waar zij tegenaan lopen, wat de te verwachten knelpunten zijn en om aantallen cliënten in kaart te brengen. Informatie uit deze werkbezoeken hebben hun weg gevonden naar het beleid en/of het implementatieplan. Sommige gemeenten hadden hier ook een grotere rol in willen spelen maar niet bleek vanwege organisatorische redenen niet altijd haalbaar. Op sommige plekken hebben gemeenten samen met CIZ bijeenkomsten met aanbieders georganiseerd over de criteria en geldende eisen voor (het aanvragen van) een Wlz-indicatie.

5.1.2 De samenwerking komt medio 2020 onder druk te staan

De samenwerking wordt aan het begin van het implementatieproces als (zeer) prettig omschreven door de respondenten. Door sommigen wordt de gezamenlijke insteek (onder leiding van VWS) en samenwerking in de voorbereiding en de implementatie zelfs als goed voorbeeld genoemd ten opzichte van andere implementatietrajecten. De stemming in de samenwerking veranderde echter naar naarmate het proces vorderde (medio 2020). Het laat op gang komen van de Wlz-aanvragen in combinatie met het hogere aantal aanvragen dan verwacht heeft volgens respondenten hierbij een belangrijke rol gespeeld. Betrokken partijen hadden hier, ondanks signalen van de zorgkantoren en CIZ in het voorjaar van 2020, onvoldoende rekening mee gehouden in de organisatie van hun eigen werkprocessen en hadden ook niet altijd voldoende capaciteit beschikbaar om dit op te vangen. Het gevolg hiervan was dat het complexer werd om samen te werken, planningen niet meer kloppend waren en het gevoel van ‘samen’ en een gedeelde verantwoordelijkheid bij sommige partijen steeds minder werd. Partijen verlegden de focus vanuit de (tijds)druk om ‘hun eigen klus te klaren’ vooral op hun eigen organisatie, om ervoor te zorgen dat zij deze onvoorziene gebeurtenis zo goed mogelijk op konden vangen. In december 2020 is een overgangswerkwijze[17] vastgesteld door alle

[17] Werkwijze Overgang GGZ in de Wlz 2021 pgb (VASTGESTELD 2-12-2020)-ADDENDUM; Werkwijze Overgang GGZ in de Wlz 2021 Zorg in natura (VASTGESTELD 2-12-2020).

partijen. De overgangswerkwijze is bedoeld om discontinuïteit in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing te voorkomen. In de werkwijze kan het zorgkantoor, vooruitlopend op de definitieve beslissing, al een tijdelijke zorgtoewijzing ter beschikking stellen.

Terugkijkend op dit proces geven respondenten aan dat het had geholpen om het gezamenlijke einddoel (zoals beschreven in 4.2.1) waar iedereen zich in kon vinden meer te concretiseren naar de bijdrage en verantwoordelijkheden van de afzonderlijke partijen. Achteraf bezien was het niet voldoende duidelijk wie welke rol had in het gehele proces, wat de onderlinge afhankelijkheden waren en welke consequenties aan de orde waren wanneer bepaalde activiteiten niet tijdig uitgevoerd werden, et cetera. Een voorbeeld hiervan is dat de SVB onvoldoende betrokken was bij de totstandkoming van de overgangswerkwijze waardoor deze niet goed aansloot op de werkwijze van de SVB. Volgens respondenten lag de focus vooral op het einddoel, terwijl het proces daartussenin onvoldoende helder was. Een ander voorbeeld is dat het voor sommige gemeenten een verrassing was dat het proces van zorgtoewijzing door het zorgkantoor, na het afgegeven indicatiebesluit, ook nog minimaal enkele weken in beslag neemt.

Een klein deel van de respondenten geeft daarnaast aan dat zij behoefte had aan een meer projectmatige aanpak. Zij geven aan dat in de planning slechts een klein aantal mijlpalen was opgenomen en dat signalen situationeel opgepakt werden. Sommige respondenten hadden hierin meer projectmanagement en sturing vanuit VWS verwacht en gehoopt. De mate waarin VWS overzicht op het traject had was voor hen niet altijd duidelijk. Dit moet mede in het licht worden gezien van het tijdpad dat door de Tweede Kamer werd verlangd en de planning die daarvoor nodig was. In de betreffende planning was niet of nauwelijks ruimte om rekening te houden met terugvalscenario's als de implementatie anders verliep dan voorzien.

Een aantal respondenten (waaronder zorgkantoren en CIZ) geeft aan dat de samenwerking met gemeenten op sommige momenten in het traject ingewikkeld was. Deze ingewikkeldheid had onder andere te maken met de grote mate van diversiteit tussen gemeenten op het gebied van beleid en uitvoering daarvan, beperkte sturingsmogelijkheden in de samenwerking met gemeenten (ook via de VNG) en financiële tekorten bij gemeenten (bijvoorbeeld binnen de Wmo).

5.1.3 De regiotafels fungeren als katalysator voor samenwerking, maar de mate waarin is afhankelijk van commitment van betrokkenen

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn er regiotafels opgezet. Deze regiotafels zijn ingericht met als doel om betrokkenen op regionaal niveau te informeren en zo urgentie te creëren ten aanzien van de aankomende wetswijziging. Dit is doorontwikkeld tot een medium om verschillende thema's (bijvoorbeeld het beoordelingsproces, de inkoop van zorg en zicht op de doelgroep) te bespreken en daar afspraken over te maken en om regio's in positie te brengen om aan de slag te gaan met de implementatie. Dit is naarmate het implementatietraject vorderde verder verschoven naar een 'stand van zaken' moment, waarbij VWS af en toe aansloot en een faciliterende rol innam.

De 10 regiotafels werden geleid door externe adviseurs van Q-consult. De inzet van het voorzitterschap door een extern bureau werd door respondenten als wisselend positief ervaren. Sommige respondenten gaven aan dat de voorzitters te veel op afstand stonden van de inhoud en de praktijk en dat zij te veel als 'doorgeefluik' aan VWS fungeerden. Voor deze rol is echter door het externe bureau in opdracht van VWS bewust gekozen; de voorzitters fungeerden als aanjager, maar de verantwoordelijkheid voor de uit te voeren acties bleef in de regio. In eerste instantie zijn de tafels gestart met afgevaardigden vanuit CIZ, zorgkantoren en centrumgemeenten. De centrumgemeenten zorgden voor overdracht van informatie vanuit de regiotafels naar de regiogemeenten. In een later stadium zijn ook zorgaanbieders bij de tafels aangesloten, waarbij is getracht om een zo divers mogelijke afvaardiging van kleine en grote zorgaanbieders te betrekken. Op het moment dat de overheveling daadwerkelijk van start is gegaan zijn ook cliëntvertegenwoordigers aangehaakt.

De respondenten zijn vrijwel allemaal positief over de inzet van regiotafels als instrument. Het is volgens hen een goede manier om met diverse betrokken stakeholders in gesprek te gaan over de overheveling van de ggz-cliënten naar de Wlz. Het geeft partijen de gelegenheid de verschillende betrokkenen in de regio te leren kennen en zorgt voor korte lijnen die ook buiten de regiotafels gebruikt kunnen worden. De uitvoering van de regiotafels is door respondenten wel als wisselend ervaren. Zo geven veel respondenten aan dat de regiotafels sterk gericht waren op informatievoorziening over de implementatie. Zij zijn van mening dat er meer aandacht uit had kunnen gaan naar het inhoudelijk goed bespreken en doorgronden van thema's (zoals het scherper zicht krijgen op de doelgroep) in plaats van eenzijdige informatieverstrekking. Sommigen regiotafels hadden naast deze informerende functie wel een meer actiegerichte insteek. In deze regio's is gezamenlijk constructief naar oplossingen gezocht. Dit heeft de zelfredzaamheid van verschillende partijen bevorderd en voorkomen dat problemen snel werden doorgeschoven naar VWS. Voorbeeld hiervan zijn casusbesprekingen met zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders. Deze manier van werken creëert tegelijkertijd een lerend effect en is door de betrokken respondenten als positief ervaren.

In de meeste regio's was vanuit alle stakeholders voldoende animo om deel te nemen, slechts in enkele regio's hebben respondenten ervaren dat niet alle partijen altijd gecommitteerd waren aan deelname. Een aantal respondenten die zelf niet altijd hebben deelgenomen, geeft aan dat zij goed op de hoogte waren van de stand van zaken van het traject (door informatie vanuit hun koepel- of belangenorganisatie), waardoor deelname aan een regiotafel voor hen minder relevant was. In hoeverre de aanwezigen op de hoogte waren van de laatste stand van zaken wisselde sterk. Dit uitte zich in het wel of niet proactief oppakken van knelpunten gedurende het implementatieproces. Ook was de samenwerking mede afhankelijk van personen of al bestaande samenwerkingen tussen gemeenten en zorgkantoren. Daarnaast noemen een aantal respondenten dat de samenwerking tussen landelijke partijen (zorgkantoren) en regionale partijen (gemeenten) een struikelblok was. De lokale aanpak van CIZ, door de inzet van relatiebeheerders, heeft bijgedragen aan het verminderen van dit struikelblok. Cliëntvertegenwoordigers vanuit platforms en belangenbehartigers zoals MIND en Ieder(in) zijn minder actief betrokken bij de regiotafels. Zij ervaarden een gevoel van afstand bij de agendering en terugkoppeling vanuit de regiotafels.

Terugkijkend op de regiotafels benoemen respondenten een aantal leerpunten. Zo geven respondenten aan dat het beter was geweest om later te beginnen met de regiotafels. Er was aan het begin te weinig helderheid over het implementatieproces, waarbij VWS nog niet duidelijk voor zich had wat 'het veld' nodig had om aan de slag te gaan. Hierbij moet gedacht worden aan duidelijkheid over tarieven en de invullen van behandelingen. Deze basisinformatie moet op orde zijn voordat regio's zelf aan de slag kunnen. Daarnaast geven respondenten aan dat de regiotafels te vroeg gestopt zijn. Juist in de laatste 'spannende' maanden was er behoefte aan nauwe samenwerking en afstemming met de stakeholders. Dit had via de regiotafels kunnen verlopen.

5.2 Informatievoorziening en communicatie

Bij aanvang van het traject is er door VWS een werkgroep communicatie ingericht waarin werd nagedacht over passende communicatiekanalen om de doelgroep te informeren. Enkele respondenten geven aan dat deze werkgroep in het begin onvoldoende functioneerde. Zij geven daarvoor als reden dat de inhoudelijke kennis vanuit VWS en de doorvertaling naar passende communicatiemiddelen onvoldoende van de grond kwam. Een respondent geeft aan dat er binnen de werkgroep geen aangewezen persoon was die hier een duidelijk trekkende rol in had. Het ministerie van VWS verwachtte dat de expertise met betrekking tot communicatie met de doelgroep juist bij de partijen in het veld aanwezig was en de communicatie door hen zou worden vormgegeven en uitgevoerd.

In een later stadium is een externe communicatieadviseur betrokken die het voortouw nam in het ontwikkelen van passende producten voor cliënten, naasten en begeleiders. Dit is naar mening van verschillende respondenten een belangrijke reden geweest voor pas later beschikbaar komen van goede informatieproducten, zoals factsheets en informatiefilmpjes. Een lezersgroep van cliënten en cliëntondersteuners is betrokken geweest om feedback te geven op de concepten. Dit heeft volgens respondenten bijgedragen aan de begrijpelijkheid van de informatie voor cliënten en naasten. Het eerste halfjaar van 2020 waren deze producten gereed.

Naast de inspanningen van VWS hebben ook andere partijen communicatieproducten ontwikkeld. Zo heeft CIZ zich specifiek gericht op zorgprofessionals in de Wlz door het ontwikkelen van cliëntschetsen en een folder met de Wlz-criteria. Deze folder is gemaakt in samenwerking met zorgkantoren, cliëntorganisaties en brancheorganisaties. Daarnaast zijn door MIND en Valente, met financiering van VWS, een aantal fysieke bijeenkomsten georganiseerd voor de achterban. Vanwege de beperkingen door COVID-19 zijn deze bijeenkomsten later digitaal voortgezet in combinatie met de verspreiding van handreikingen en nieuwsbrieven. Ook voor budgethouders zijn er bijeenkomsten georganiseerd, na signalen van CIZ dat deze groep naar verwachting onvoldoende bereikt werd.

Een aantal respondenten benoemt de informatievoorziening aan en communicatie met gemeenten als aandachtspunt. Dit verloopt in het geval van informatie op landelijk niveau via de VNG. De VNG heeft echter te maken met een grote groep centrum- en regiogemeenten met elk hun eigen interpretatie van en uitvoering van beleid. Ook zijn niet alle gemeenten in de ogen van sommige respondenten even goed aangehaakt op de kanalen die de VNG gebruikt of op andere ‘instrumenten’, zoals de regiotafels. Informatie komt niet altijd bij de juiste persoon binnen de gemeente terecht, waardoor niet altijd tijdig actie wordt ondernomen. De scheiding die veel gemeenten kennen tussen beleid en uitvoering (of inhoud en administratie) wordt door enkele respondenten als mogelijke reden aangegeven.

5.3 Geleerde lessen en aandachtspunten

De lessen en aandachtspunten ten aanzien van de samenwerking zoals de respondenten deze zien, zijn als volgt:

a) Bespreek en beschrijf vooraf expliciet welke partij welke rol heeft in het gehele proces, welke verantwoordelijkheden en activiteiten hierbij komen kijken. Let hierbij ook structurele inbreng van het clientperspectief in het (besluitvormings)proces. Dit kan juist als de gezamenlijkheid of de samenwerking onder druk staat als een verbindend element fungeren.

b) Overweeg het als kerngroep gezamenlijk uitvoeren van activiteiten als werkbezoeken. Dit kan bijdragen aan het gevoel van gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel en kan het gevoel voorkomen dat partijen meer aan de zijlijn staan.

c) Blijf met elkaar in contact, ook als de gezamenlijkheid onder druk komt te staan. Met elkaar in gesprek blijven en transparant zijn over de eigen moeilijkheden én de inspanningen die verricht worden om deze het hoofd te bieden, helpen bij het creëren van meer begrip voor elkaar en het vergroten van het gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid.

d) Voor de overheveling van jeugdigen naar de Wlz is het ministerie van VWS voornemens om te werken met scenario’s zodat zij snel en flexibel in kunnen spelen op onverwachte omstandigheden. Respondenten zijn positief over het werken met deze scenario’s, maar geven tegelijkertijd ook aan dat het belangrijk is om naast scenario’s een duidelijk (project)plan met planning en mijlpalen te hebben, overkoepelend aan de scenario’s.

e) Respondenten vinden het belangrijk dat in dit type trajecten een strakke sturing op de uitvoering en deadlines plaatsvindt, dat er sprake is van een integrale benadering van het traject, er vooruit gedacht wordt en tijdig knopen worden doorgehakt.

f) Naast de inzet van een regionale overlegstructuur opperen respondenten nog een andere mogelijkheid om gezamenlijk te leren, in kleine proeftuinen waarbij naast de bij regiotafels betrokken partijen ook de cliënt zelf en zijn of haar ouders beetrokken zijn. CIZ is samen met de VNG deze mogelijkheid aan het onderzoeken.

6 Ervaringen van cliënten en naasten

6.1 Ervaringen van cliënten en naasten met de overheveling

De respondenten in dit onderzoek zijn allemaal aangesloten bij cliëntenorganisaties MIND of Per Saldo. Zij zijn relatief goed op de hoogte van de overheveling van cliënten naar de Wlz, de procedures die hiermee gepaard gaan en procedures in de zorg in het algemeen. Het is voor de hand liggend dat cliënten en naasten die niet zijn aangesloten bij een cliëntenorganisatie minder goed op de hoogte zijn. Wellicht hebben zij andere ervaringen en behoeften dan in dit hoofdstuk zijn beschreven.

6.1.1 Cliënten en naasten begrijpen het doel dat met de overheveling wordt nagestreefd

De cliënten die we hebben gesproken of over wie we hun naasten hebben gesproken, hebben te maken met langdurige, complexe problematiek, die hen veelal op meerdere levensterreinen belemmert. De psychische problematiek ontstaat vaak in of al voor de adolescentie, soms voor naasten schijnbaar acuut. Wat volgt is vaak een lange zoektocht naar de juiste ondersteuning en behandeling op de juiste plek, waarbij cliënten verschillende behandelingen gericht op stabilisatie of herstel met wisselend succes doorlopen en vaak last hebben van een terugval. Cliënten en naasten ervaren onrust rondom de regelmatig wisselende vormen van zorg en onzekerheid over het al dan niet krijgen van een herindicatie om de benodigde zorg te kunnen blijven bekostigen.

Op het moment dat zij geïnformeerd zijn over de overheveling van cliënten met langdurige psychische problematiek naar de Wlz, herkennen zij zichzelf of hun naaste in de omschrijving van de doelgroep en zien zij de voordelen van een overgang naar de Wlz. Enkele respondenten benoemen hier specifiek dat zij het zien als herstel van de overgang van Awbz naar de Wmo, toen zij of hun naaste voor hun gevoel buiten de boot vielen. De overheveling naar de Wlz geeft hen zekerheid over de zorg voor een langere periode en vaak zijn er mogelijkheden om de zorg en ondersteuning uit te breiden in uren of in andere vormen van ondersteuning (bijvoorbeeld dagbesteding of ondersteuning bij het aanleren van ADL-vaardigheden). Dit creëert rust en ruimte om op eigen tempo te werken aan haalbare doelen. Een respondent geeft hier expliciet aan dat het zien van de Wlz als eindstation een misvatting is. Juist de rust en de mogelijkheden die de Wlz biedt om herstel ondersteunende zorg te bieden en naasten meer te betrekken kan veel verbetering geven.

6.1.2 De mate waarin cliënten en naasten op de hoogte zijn van de overheveling verschilt

We zien dat de mate waarin cliënten en naasten vroegtijdig op de hoogte zijn van de overheveling, voor welke cliënten deze van toepassing is, wat hierbij komt kijken en wat de gevolgen van een eventuele toekenning van een Wlz-indicatie zijn verschillen. Respondenten die goed geïnformeerd zijn, geven aan dat zij zelf actief naar informatie hebben gezocht, bijvoorbeeld op de website van CIZ, de website met informatie over langdurige zorg of via (persoonlijk contact met) cliëntenorganisaties. Enkele respondenten geven aan dat zij de gemeente hebben benaderd voor meer informatie. De ervaringen met de gemeente verschillen, zo geeft een respondent aan dat het gevoel overheerste dat de gemeente een duidelijk belang had bij de overgang naar de Wlz. Bijna alle respondenten geven aan dat de informatievoorziening in hun ogen beter had gekund. Zo vonden ze bijvoorbeeld de toegangscriteria voor de Wlz niet altijd duidelijk toepasbaar voor de ggz-doelgroep, waren sommige gevolgen of te ondernemen acties niet duidelijk (bijvoorbeeld met betrekking tot de zorgverzekering), had de informatievoorziening in hun ogen meer proactief gekund of vonden zij de gebruikte communicatiemiddelen weinig concreet. De later beschikbaar gekomen animatiefilmpjes zijn door de respondenten die deze hebben gezien als helder en helpend ervaren.

6.1.3 *Respondenten hebben wisselende ervaringen met het aanvraag- en indicatieproces*

De cliënten en naasten in dit onderzoek zijn bijna allemaal intensief betrokken geweest bij het doen van een aanvraag bij CIZ of hebben deze (grotendeels) zelf gedaan. Dit is mogelijk niet representatief voor de gehele doelgroep, de ervaringen die we hier beschrijven hebben daarom minder betrekking op de groep cliënten die minder betrokken is geweest bij het aanvraag- en indicatieproces. Eén naaste is niet betrokken geweest bij de Wlz-aanvraag. Hij geeft aan dat hij vooraf weinig zicht had op het proces en de gevolgen die dit zou hebben, los van een gesprek over de invulling van de Wlz-zorg. Naar zijn mening was het de rol van de cliëntondersteuner om cliënten en naasten meer bij het proces te betrekken. Respondenten die wel (intensief) betrokken zijn geweest bij het doen van een Wlz-aanvraag hebben hier vaak zelf het initiatief voor genomen. Een aantal respondenten geeft aan dat het aanvraagproces een moeilijk traject is, waarbij hulp door een (onafhankelijke) cliëntondersteuner eigenlijk noodzakelijk is. Dit betreft respondenten die de aanvraag (grotendeels) zelf hebben gedaan.

Sommige respondenten begrijpen niet alle door CIZ gevraagde informatie die nodig is voor het aanvragen van de Wlz-indicatie, met name over behandelingen die ver teruggaan in de tijd. Zij vinden deze informatie confronterend of niet relevant voor het beoordelen van de aanvraag. Eén van de respondenten geeft aan dat er in dergelijke informatie soms ook gevoelige informatie staat over mensen uit het netwerk van de cliënt. Een andere respondent geeft aan dat het zou helpen als deze informatie makkelijker uit het Wmo-dossier kan worden overgenomen, zodat de cliënten en naasten zelf niet met de soms pijnlijke herinneringen worden geconfronteerd.

Een aantal respondenten geeft aan dat zij lang hebben gewacht op de toekenning van de Wlz-indicatie. Gezien de omstandigheden hebben zij daar over het algemeen begrip voor, maar het had hen geholpen als zij actief geïnformeerd waren over de stand van zaken van hun aanvraag en de verwachte wachttijd. Nu hebben zij zelf contact gezocht met CIZ om informatie te verkrijgen, wat niet altijd eenvoudig bleek, bijvoorbeeld door het (tijdelijk) uitvallen van de betrokken medewerker met wie zij eerder contact hadden. De doelgroep van de overheveling betreft een groep cliënten die kwetsbaar is en veel structuur en zekerheid nodig heeft. Tijdens een aanvraagprocedure overheerst juist onzekerheid. Ook respondenten van wie de aanvraag (van hun naaste) snel is goedgekeurd geven aan dat zij actieve communicatie vanuit CIZ zouden waarderen. Ook deze behoefte is mogelijk niet representatief voor de hele doelgroep.

6.1.4 *Cliënten ondervinden over het algemeen geen hinder van de overheveling, maar zijn hier ook niet altijd van op de hoogte*

De respondenten in dit onderzoek hebben allen dezelfde leveringsvorm (zorg in natura of persoonsgebonden budget), zorglocatie (thuis of in een instelling) en zorgaanbieder(s) behouden. Van het daadwerkelijke moment van overgaan op Wlz-zorg hebben zij wat deze zaken betreft niks gemerkt. Ook het administratieve proces dat hieraan vooraf ging is over het algemeen buiten hen om gegaan. Een aantal naasten geeft aan dat zij de cliënt bewust niet hebben geïnformeerd over het proces en/of dat zij in de toekomst zorg vanuit een ander wettelijk kader zouden krijgen. De redenen hiervoor verschillen. Zo kan onrust over de procedure een reden zijn om de cliënt niet te informeren, maar er is ook een naaste die aangeeft dat haar zoon het waarschijnlijk niet eens zou zijn geweest met de aanvraag, hoewel de nieuwe situatie wel beter voor hem is. De cliënten die wel zelf op de hoogte zijn van de overheveling staan hier volledig achter.

6.2 Aandachtspunten vanuit cliënten en naasten

Cliënten en naasten die we in dit onderzoek gesproken hebben zien de volgende aandachtspunten:

a. Zorg vroegtijdig voor begrijpelijke en complete informatie die makkelijk vindbaar is. Verwijs op logische plekken naar deze website (bijvoorbeeld op websites van CIZ, gemeenten en cliëntenorganisaties).
b. Het gebruik van eenvoudige en heldere filmpjes, naast tekstuele informatie, is een belangrijk middel om cliënten en naasten te informeren.

c. Naasten hebben behoefte aan meer informatie over wat de overheveling voor hen betekent, naast informatie over wat de overheveling voor de cliënt betekent.

d. Naasten willen graag gehoord worden in het aanvraagproces. Het gaat over cliënten met een langdurige ziekte- en behandelgeschiedenis, waarbij regelmatig verschillende organisaties en zorgverleners betrokken zijn. De naasten zijn bij uitstek degenen met overzicht over de hele historie van de cliënt.

e. Aandacht voor cliënten en naasten met een niet-Nederlandse achtergrond, zowel wat betreft het gebruikte taalniveau als wat betreft het adresseren van eventuele twijfels die bij hen leven over de wenselijkheid van een overgang naar de Wlz. Mogelijk is dit bij deze groep cliënten en naasten een te groot taboe. Voor de respondenten is onvoldoende in te schatten of deze groep voldoende bereikt is.

f. Meer informatie over zorgprofielen op de website van CIZ. Hierdoor kunnen cliënten en naasten zich ook een beeld vormen naar welk profiel wordt toegewerkt.

g. Laat indien mogelijk dezelfde medisch adviseur van CIZ de aanvraag beoordelen als er sprake is van een her-aanvraag of een nieuwe aanvraag voor dezelfde cliënt.

h. Communiceer duidelijk wat het verschil is tussen een indicatiebesluit van CIZ en een zorgtoewijzing van ZN, zodat cliënten de zorg vanuit een ander wettelijk domein niet vroegtijdig afsluiten op het moment dat zij alleen een indicatiebesluit hebben ontvangen.

i. Maak het mogelijk dat cliëntondersteuners vanuit het Wmo-domein in de eerste periode dat een cliënt een Wlz-indicatie heeft nog betrokken blijft of mee mag denken. Een omgekeerde beweging is ook mogelijk, namelijk door de inzet van een Wlz-clientondersteuner in het voortraject. Deze cliëntondersteuners zijn soms al langer bij een cliënt betrokken, kennen de cliënt goed en hebben een vertrouwensband opgebouwd die voor deze doelgroep erg belangrijk is. In de gemeente Apeldoorn zijn bijvoorbeeld alle aanbieders van Wlz-clientondersteuning door gemeenten aanvullend gecontracteerd om zowel tijdens de Wmo-fase als tijdens de Wlz-fase de client te begeleiden. Steeds met dezelfde begeleider, alleen wordt achter de schermen de inzet van de clientondersteuners tot de Wlz-indicatiedatum gedeclareerd bij de gemeente en na de Wlz-indicatiedatum bij het zorgkantoor.

j. Overweeg om per cliënt te beoordelen of de nu voor cliënten met een persoonsgebonden budget verplichte gewaarborgde hulp nodig is. Het verplicht stellen van een gewaarborgde hulp geeft sommige cliënten het gevoel dat hun het laatste stukje zelfstandigheid wordt afgenomen.

7 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we een korte samenvatting van de bevindingen uit deze evaluatie met onze conclusies aan de hand van de in deze rapportage gehanteerde thema's (doelgroep en proces van aanmelden, gegevensuitwisseling, samenwerking en ervaringen van cliënten en naasten). Ook gaan we in op wat de geleerde lessen betekenen voor de overheveling van jeugdigen naar de Wlz.

7.1 Onderzoeksaanpak en beperkingen

Door middel van een documentenstudie, verkennende en verdiepende (groeps)interviews, focusgroepen en een kwantitatieve analyse hebben we de implementatie van de overheveling van cliënten met psychische problematiek naar de Wlz geëvalueerd op proces en inhoud. Daarnaast had dit onderzoek tot doel om lessen te trekken uit het gelopen traject die kunnen worden gebruikt voor het traject van de overheveling van jeugdigen met een psychische stoornis naar de Wlz.

Belangrijke kanttekening vooraf is dat we niet alle onderzoeksvragen in evenveel detail hebben kunnen beantwoorden. Dit betreft ten eerste specifieke vragen over de herkomst van de doelgroep. Gezien de grotere toestroom van cliënten is het de wens om een meer gedetailleerd beeld te krijgen van de achtergrond van deze groep, de vraag waarom zij zo lang buiten beeld zijn gebleven en of cliënten met in de Wmo een gering zorggebruik eerder te weinig zorg kregen. Hoewel we verschillende mogelijke verklaringen geven voor het uiteenlopen van de inschattingen en de uiteindelijke praktijk, is het op basis van dit onderzoek niet mogelijk om aan te geven welke verklaringen (in aantallen cliënten) meer of minder oorzaak zijn geweest van de hogere werkelijke aantallen dan vooraf ingeschat. Ook zijn er geen duidelijke redenen aan te wijzen die regionale verschillen kunnen verklaren. Ten tweede heeft dit onderzoek niet de gewenste diepgang of aanknopingspunten gebracht op het gebied van de beperkingen rondom gegevensuitwisseling. Het betreft een complex vraagstuk wat breder opgepakt dient te worden.

7.2 Samenvatting van de bevindingen en conclusies

De overheveling van ggz-cliënten kent een lange aanloop en uitgebreide voorbereiding voordat de wetswijziging op 1 januari 2020 van kracht wordt. Verschillende partijen hebben voorbereidende onderzoeken en uitvoeringstoetsen uitgevoerd om onder meer de haalbaarheid van de overgang te beoordelen, een inschatting te kunnen maken van de omvang van de doelgroep en daarop gebaseerd prognoses voor de eigen uitvoering.

In de loop van 2020 bleek dat de vooraf gemaakte **inschattingen van de omvang** van de doelgroep **lager** waren **dan het werkelijke aantal cliënten dat een indicatie kreeg voor de Wlz**. In tegenstelling tot de 9.250 cliënten waar in de voorbereiding rekening mee was gehouden hebben (tot 14 juni 2021) 17.105 cliënten een Wlz-indicatie toegekend gekregen. Hier zijn verschillende verklaringen voor aangedragen door de respondenten, waarvan **het niet meenemen van extramuraal verblijvende cliënten in de inschatting** de belangrijkste is. Naast een veel hogere toestroom van cliënten dan verwacht, verliep ook het indienen van aanvragen niet gelijkmatig over het jaar. Ondanks inspanningen van met name CIZ om het moment van aanmelden zo goed mogelijk te sturen werd het merendeel van de aanvragen laat/later (in de tweede helft van 2020) ontvangen. Deze piek samen met het hogere aantal cliënten veroorzaakte wachtlijsten bij het beoordelen van de aanvragen en daardoor ook verder in de keten, waardoor de deadline van de overheveling (1 januari 2021) niet gehaald werd. Oorzaken hiervan waren ook het relatief **laat beschikbaar komen van de tarieven en de onzekerheid over de (exacte) uitvoeringsconsequenties** van keuzes van (vooral kleinere) zorgaanbieders om wel of geen indicatie aan te vragen voor een cliënt.

Bij de overgang van cliënten van het ene naar het andere stelsel komt overdracht van informatie kijken. Wanneer er zich onverwachte omstandigheden voordoen, zoals in dit traject het geval was, komt bovenop de structurele behoefte

aan informatie een incidentele behoefte om eventuele ongewenste gevolgen te beperken. Er is voor de overheveling van ggz-cliënten naar de Wlz door VWS in 2019 een overzicht gemaakt van de benodigde gegevensstromen, maar hierin is **geen rekening gehouden met een extra informatiebehoefte van de betrokken veldpartijen bij onvoorziene omstandigheden en de benodigde acties om het delen van gegevens in die situatie mogelijk te maken**. De AVG en andere privacywetgeving zorgen voor fundamentele beperkingen in het onderling delen van gegevens. De interpretatie van zwaarte van deze beperkingen en mogelijke oplossingen verschilt echter tussen partijen. Het is in dit traject niet gelukt om overeenstemming te bereiken over een te volgen route. Toen duidelijk werd dat de deadline van 1 januari 2021 niet gehaald zou worden is door partijen een overgangsregeling ontwikkeld om de zorg voor cliënten te kunnen continueren.

De gekozen **implementatiestrategie en daarbij behorende samenwerking tussen betrokken partijen zijn als zeer positief ervaren** en wordt door sommigen benoemd als voorbeeld voor andere implementatietrajecten. In een landelijke kerngroep en een implementatiewerkgroep is **door de betrokken partijen intensief samengewerkt** om een soepele overgang van de juiste cliënten naar de Wlz te verzorgen. Deze **partijen voelden een grote, gezamenlijke verantwoordelijkheid om dit doel te bereiken**, onder meer door een overtuiging van nut en noodzaak van de wetswijziging. Door de combinatie van het **hogere aantal cliënten en het later binnenkomen van aanvragen**, **is door de tijdsdruk de focus in de samenwerking verschoven naar de eigen organisatie**. Het ontbreken van een duidelijke beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden (en ieders bijdrage aan de gezamenlijke opgave) en concrete scenario's om op terug te vallen heeft hier vermoedelijk een rol in gespeeld. Naast landelijke samenwerking werd regionale samenwerking bevorderd door middel van regiotafelbijeenkomsten waarin, afhankelijk van de regio en het commitment van betrokkenen, het zwaartepunt lag bij elkaar informeren of meer bij activiteiten rondom de implementatie, het bespreken van casuïstiek, et cetera.

Cliënten en naasten begrijpen het doel dat met deze wetswijziging wordt nagestreefd en staan hierachter. Zij zien dat **een overgang naar de Wlz rust met zich meebrengt** voor de cliënt en zijn systeem, door het wegvallen van (twee)jaarlijkse herindicaties. Ook zijn zij **positief over de ruimte die de Wlz vaak biedt om meer of andere ondersteuning in te zetten** waar de cliënt baat bij heeft. Niet alle cliënten en naasten zijn even goed op de hoogte van de overheveling en wat hierbij komt kijken. Uit het beperkte aantal gesprekken met cliënten en naasten die voor dit onderzoek zijn gevoerd blijkt dat zij vaak proactief naar informatie hebben gezocht. De door VWS ontwikkelde informatieproducten worden door de cliënten en naasten die ze gezien hebben positief gewaardeerd. Ook deze zijn volgens de respondenten niet actief verspreid. Cliënten en naasten hebben wisselende ervaringen met het aanvraag- en indicatieproces, waarbij een gebrek aan heldere communicatie over de stand van zaken het meest gehoorde aandachtspunt is. **De daadwerkelijke overheveling gaat over het algemeen geruisloos voor cliënten**, al zijn zij hier ook niet altijd van op de hoogte.

7.3 Blik vooruit

In 2021 is het traject van de overheveling van jeugdigen met een psychische stoornis naar de Wlz ingezet. Dit traject wordt naar verwachting in 2023 afgerond en kent veel parallellen met de overheveling van volwassenen met een psychische stoornis naar de Wlz. Eerder in dit rapport beschreven we meer algemene lessen en aandachtspunten die grotendeels doorvertaald kunnen worden naar de overheveling van jeugdigen. In deze paragraaf beschrijven we de lessen die wij als onderzoekers vanuit deze evaluatie zien, die handvatten bieden voor de overheveling van jeugdigen voor VWS en andere betrokken partijen. Dit is mede gebaseerd op de focusgroep die we in het kader van dit onderzoek hebben gehouden.

7.3.1 Inzicht in en bereik van de doelgroep en het proces van aanmelden

Eén van de opvallende zaken in de overheveling van volwassenen was de onderschatting van de omvang van de doelgroep die toegang zou krijgen tot de Wlz. Dit heeft grote gevolgen gehad voor de planning en zorgde ervoor dat de samenwerking tussen veldpartijen tijdelijk onder druk kwam te staan. De verwachting is dat jeugdigen met psychische problematiek vaker volledig buiten beeld zijn dan bij volwassenen het geval is geweest, waardoor inschattingen van de

omvang van de doelgroep onzeker zijn. Vanuit het programma OPAZ van het ministerie van VWS weten we dat er sprake is van een groep ‘thuiszitters’. Dit geldt mogelijk ook voor cliënten die zelf zorg inkopen met een pgb.

Richting de overheveling van jeugdigen zien we de volgende mogelijkheden om de beoogde doelgroep goed in beeld te krijgen en te bereiken:

a. Ontwikkel instrumenten aan de hand waarvan professionals kunnen inschatten of een jongere tot de doelgroep behoort en sluit bij de ontwikkeling van deze instrumenten niet te snel doelgroepen uit voor de overheveling. Betrek bij de ontwikkeling van deze instrumenten ook kinder- en jeugdpsychiaters. Voorbeelden van instrumenten die zijn genoemd zijn een beslisboom en profielschetsen of persona’s. CIZ is momenteel bezig met de ontwikkeling van profielschetsen (persona’s).
b. Zet in op meerdere methoden om de doelgroep in kaart te krijgen en individuele jeugdigen in beeld te krijgen. Breng accounthoudende gemeenten in de jeugdzorgregio’s (via de BJ42) in stelling om samen met aanbieders van jeugdhulp, expertteams zo goed mogelijk jeugdigen te identificeren die mogelijk in aanmerking komen voor overgang naar de Wlz. Dit voelt gezien de kleine aantallen wellicht zoeken naar een speld in een hooiberg, maar het is de investering wel waar, gezien de ervaringen die enkele gemeenten die niet of minder zijn verrast in de aantallen die in hun gemeente of regio aan de orde waren.
c. Verwacht het onverwachte en bouw daarom een marge in bovenop de schatting die gemaakt is op basis van een uitvraag onder aanbieders. Vanuit de overheveling van volwassenen naar de Wlz hebben we geleerd dat niet alles te voorzien is. De doelgroep jeugdigen met psychische problematiek is zo mogelijk nog complexer in beeld te krijgen waardoor ook inschattingen van experts en op basis van diverse onderzoeken mogelijk niet overeen zullen komen met de werkelijkheid.
d. We geven ook de overweging mee om niet te werken met één getal (inschatting) voor meerdere doelen. De ingeschatte aantallen werden voor de overheveling van volwassenen zowel gebruikt voor de voorbereiding van het werk dat er in het jaar van implementatie voor de betrokken partijen uit voort zou komen, als ook voor de financiële uitname uit het gemeentefonds. Vanwege de daarmee gemoeide belangen en de onzekerheid rondom dit soort schattingen, kan de overweging zijn om hier uit te gaan van andere aantallen, onder de voorwaarde dat de gehanteerde aantallen volledig transparant zijn voor de betrokken partijen.
e. Ontwikkel samen met een communicatiedeskundige en cliëntenorganisaties als MIND en Per Saldo een strategie om betrokken partijen en de doelgroep te bereiken.
f. Zorg vroegtijdig voor heldere en complete informatie op één plek voor ouders. Verspreid deze informatie actief met behulp van cliëntenorganisaties, via oudervereniging en ouderplatforms.
g. Overweeg de inzet van andere kanalen voor het bereiken van de doelgroep, zoals sociale media. Hoewel ouders en zorgaanbieders de primaire ‘doelgroep’ zijn om jongeren te bereiken, hebben juist in de groep jeugdigen met complexe psychische problematiek niet alle jongeren betrokken ouders. Daarom kan de inzet van andere kanalen helpen de jongeren zelf te bereiken.
h. Stimuleer het betrekken van een behandelaar bij het voorbereiden en invullen van de aanvraag. Dit heeft twee voordelen: je verhoogt de kwaliteit van de aanvragen doordat een behandelaar een prognose kan geven over de behandelmogelijkheden van een jongere én mogelijk verlaagt dit het aantal onterechte aanvragen.
i. Overweeg de mogelijkheid om een tijdelijke Wlz-indicatie voor de doelgroep jongeren af te geven (zoals bij de GGZ-B aan de orde is). Het beoordelen van blijvendheid van permanent toezicht en/of 24-uur zorg in de nabijheid voor jongeren is complex. Het is denkbaar dat jongeren door de rust die een Wlz-indicatie (en de geleverde Wlz-zorg) creëert zodanig vooruitgaan dat zij de Wlz ‘ontgroeien’. Ook is het aanvragen van een Wlz-indicatie voor een deel van de ouders en jongeren juist door het levenslange aspect nu een grote stap, terwijl zij hier wel baat bij zouden hebben.

7.3.2 Inzet regionale overlegstructuur

Respondenten in deze evaluatie zijn overwegend positief over de regiotafels als instrument om regionale stakeholders op de hoogte te houden van de stand van zaken van het traject, thema’s te bespreken en afspraken te maken. Veel respondenten zien de meerwaarde van de inzet van een regionale overlegstructuur voor de overheveling van jeugdigen. Er is echter twijfel bij de respondenten of de regiotafels zoals deze zijn ingezet in het volwassenentraject een-op-een te

kopiëren zijn om goed te functioneren voor jeugd. Een belangrijke reden daarvoor is het verschil in aantallen, de verwachte omvang van de groep jeugdigen die een Wlz-aanvraag zal indienen is met 300-800 veel kleiner dan de omvang van de groep volwassenen. Ook meer algemene aandachtspunten uit het gelopen traject leveren handvatten op voor een nieuw te ontwikkelen overlegstructuur.

Wij zien de volgende mogelijkheden om een effectieve regionale overlegstructuur in te richten:

a. Start een regionaal overleg over de overheveling van jeugdigen naar de Wlz niet voordat er duidelijkheid is over bepaalde randvoorwaarden, zoals zorgprofielen, tarieven en prestaties, en helderheid over de planning van het implementatieproces. Maak bij aanvang van de overlegstructuur ook afspraken over aanwezigheid en inzet (inclusief tijd). Nu werd in een aantal regio's commitment van bepaalde partijen gemist, wat gevolgen had voor de effectiviteit van de regiotafels. Het is wellicht efficiënter om informatie die je voor dit moment wil geven, bijvoorbeeld om urgentie te creëren, op een andere manier over te brengen. Mogelijkheden zijn (digitale) informatiebijeenkomsten, nieuwsbrieven en werkbezoeken.
b. Overweeg een andere indeling van de regiotafels, bijvoorbeeld door de zorgkantoorregio's te volgen. Mogelijk vergroot je daarmee het bereik van zorgaanbieders. Voor jeugdigen is het ook goed denkbaar om de jeugdhulpregio's als uitgangspunt te nemen voor regionaal overleg.
c. Maak bij aanvang van een regionale overlegstructuur ook afspraken over aanwezigheid en inzet van de uitgenodigde partijen (inclusief tijd), zowel tijdens de overleggen als eventueel daarbuiten in de informatievoorziening aan andere gemeenten, zorgaanbieders et cetera
d. Laat zorgaanbieders en cliëntenorganisaties vanaf het begin deelnemen aan regionale overleggen en overweeg ook andere stakeholders aan te laten haken, zoals scholen (bijvoorbeeld cluster 3 en 4); sluit ook als ministerie van VWS in alle regio's minimaal één keer aan.
e. Kies standaard voor een meer actiegerichte aanpak, in plaats van dit over te laten aan de regio. Gebruik regiotafels niet alleen om informatie te verstrekken en afspraken te maken, maar ook om te leren, bijvoorbeeld door het bespreken van casuïstiek. Dit vraagt tijd en ruimte om hier uitvoering aan te geven.
f. Benoem voorzitters met zowel goede vaardigheden als facilitator van het proces als voldoende kennis van en aansluiting bij de praktijk.
g. Laat regionale overleggen doorlopen tot het implementatieproces is afgerond, zodat eventuele problemen daar geagendeerd kunnen worden. Daarnaast biedt dit een laagdrempelige manier voor regionale spelers (met een beperkt netwerk) om contact te leggen en af te stemmen met andere partijen, wat juist bij een eventuele afwijking van de planning van pas kan komen.

7.3.3 Samenwerking

De intensieve en goede samenwerking en het commitment tussen betrokken partijen dat ontstond vanuit het nastreven van een gezamenlijk doel, heeft in het volwassenentraject een grote meerwaarde gehad. Om ten behoeve van de overheveling van jeugdigen eenzelfde sterke samenwerking te borgen zien we de volgende mogelijkheden:

a. VWS is voornemens om te werken met scenario's om snel en flexibel in te kunnen spelen op onverwachte omstandigheden. Het is hierbij van belang om rekening te houden met afhankelijkheden in de keten en om concrete indicatoren en tijdspunten in de scenario's op te nemen die aangeven wanneer escalatie nodig is.
b. Richt een overlegstructuur in specifiek voor risicomanagement. Dit gremium staat los van de kerngroep en werkgroep, maar heeft wel regelmatig contact met beide overlegstructuren. Deze 'risicomanagementgroep' pakt actief signalen op van risico's en stuurt op het ondernemen van mitigerende maatregelen, maar hier kunnen ook signalen gemeld worden door veldpartijen. Input hiervoor komt van direct betrokken partijen (in ieder geval CIZ, aanbieders, gemeenten en cliëntenorganisaties) die scherp monitoren op onverwachte ontwikkelingen en elkaar daarover informeren.
c. Zet in op het betrekken van Jeugdzorg Nederland, Jeugdzorgregio's en de bijbehorende accounthoudende gemeenten, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en eventuele andere partijen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de doelgroep jeugdigen met psychische problematiek.
d. Zorg voor structurele betrokkenheid van alle partijen in de keten, ook als zij in de cliëntreis alleen of met name aan het eind in beeld komen.

A. Overzicht van onderzoeksvragen

		Ingezette methoden in de evaluatie				
		Documentenstudie & verkennende gesprekken	Data-analyse	Groeps-interviews in homogene groepen	Focusgroepen in heterogene groepen	Interviews met cliënten & naasten
wet & uitgangspunten	Betrokkenheid veldpartijen bij beleidsmatige onderwerpen: ervaring van veldpartijen			✓		
	Invloed wijze van uitwerking beleid op planning en voortgang proces	✓		✓		
	Beoogde doelgroep Wlz-indicatie	✓				
voorbereiding implementatie	Helderheid instructies registratie en monitoring			✓		
	Afbakening en positionering processen	✓		✓		
	Oorzaken beïnvloeding processen en opgelopen tijdsvertraging			✓		
	Afstemming implementatieplan: ervaring van veldpartijen			✓		
	Effectiviteit netwerk van overleggen en informatievoorziening	✓		✓		
	Bereik achterban kerngroepen VNG en ZN (met oog voor lokale verschillen)			✓		
	Factoren functioneren regiotafels	✓		✓		
	Ervaringen communicatiemiddelen voor professionals			✓		
	Ervaringen communicatiemiddelen voor cliënten			✓		
	Gebruik communicatieproducten door cliënten			✓		✓
	Informeren cliënten mogelijkheden ondersteuning			✓		✓
start en effecten	Verkrijgen indicatie / afwijzing CIZ per doelgroep		✓			
	Oorzaken verschillen aantal aanvragen versus uitgangspunten		✓	✓		
	Verklaring(en) regionale verschillen in aangevraagde/afgegeven indicaties		✓	✓		
	Bereik beoogde doelgroep		✓	✓		
	AVG/gegevensuitwisseling zorgkantoren, gemeenten en CIZ	✓		✓		
leren & blik vooruit	Sturen op omvang aanvragen en tijdig indienen				✓	
	Bijstellen veronderstellingen tijdens implementatietraject				✓	
	Mogelijkheden verkleinen aantal afwijzingen / verwachtingsmanagement				✓	
	Mogelijkheden totaaloverzicht cliënten				✓	
	Tussentijds bijsturen implementatieproces				✓	
	Verbeterpunten netwerk van overleggen en informatievoorziening				✓	
	Verbeterpunten informatievoorziening cliënten				✓	✓
	Verbeterpunten proces vaststellen beleidsmatige onderwerpen				✓	

B. Overzicht respondenten

Verkennende interviews

In de eerste fase van de evaluatie hebben we verkennende gesprekken gevoerd met respondenten van verschillende betrokken partijen om een eerste beeld te krijgen van het verloop en de betrokkenheid van partijen bij de beleidsvoorbereiding en het implementatietraject. In onderstaande tabel is een overzicht van de respondenten te zien.

Perspectief
ActiZ
CIZ
De Nederlandse ggz
MIND
Ministerie van VWS – directie jeugd
Ministerie van VWS – directie langdurige zorg
Nederlandse Zorgautoriteit
Q-consult
Valente
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Zorgverzekeraars Nederland

Tabel 1. Overzicht respondenten verkennende interviews

Gesprekken met cliënten en naasten

Door middel van oproepen van MIND/Ypsilon en Per Saldo zijn cliënten en naasten geworven voor deelname aan een gesprek over hun ervaringen met de overheveling. Ruim 30 respondenten hebben gehoor gegeven aan deze oproep. Door middel van een steekproef zijn 6 respondenten uitgenodigd voor een gesprek. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gesproken respondenten.

Cliënt of naaste	**Zorg in natura of persoonsgebonden budget**
Naaste	Zorg in natura
Naaste	Persoonsgebonden budget
Naaste	Zorg in natura
Naaste	Persoonsgebonden budget
Cliënt	Persoonsgebonden budget
Naaste	Persoonsgebonden budget

Tabel 2. Overzicht gesprekken cliënten en naasten

Verdiepende groepsinterviews

Vervolgens hebben we verdiepende groepsinterviews georganiseerd met als doel om ervaringen bij de veldpartijen op te halen die betrokken zijn bij de implementatie van de wetswijziging toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. In onderstaande tabel is een overzicht van de respondenten te zien.

Perspectief	Afgevaardigden
CIZ	CIZ
Cliëntenorganisaties:	MIND Per Saldo Ieder(in)
Ministerie van VWS	Directie langdurige zorg Directie maatschappelijke ondersteuning
Zorgaanbieders	IrisZorg Parnassia Groep GGZ Breburg HVO Querido
Sociale Verzekeringsbank	Sociale Verzekeringsbank
Vereniging van Nederlandse Gemeenten en gemeenten	Vereniging van Nederlandse Gemeenten Apeldoorn Assen Breda Deventer Drechtsteden Enschede Groningen Harderwijk Helmond Hoorn Tilburg Utrecht
Zorgverzekeraars Nederland en zorgkantoren	Zorgverzekeraars Nederland CZ Zilveren Kruis VGZ

Tabel 3. Overzicht respondenten verdiepende groepsinterviews

Focusgroepen

Afsluitend hebben we vier thematische focusgroepen georganiseerd waarin de bevindingen zijn gevalideerd en geleerde lessen zijn opgehaald. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de respondenten per bijeenkomst.

Thema	Afgevaardigden
Doelgroep	MIND/Ypsillon GGZ Breburg CIZ Cordaan Pro Persona GGZ Eindhoven Gemeente Drechtsteden Gemeente 's Hertogenbosch Gemeente Breda Gemeente Groningen
Gegevensuitwisseling	CIZ Zorgverzekeraars Nederland Ministerie van VWS – directie langdurige zorg Ketenbureau i-Sociaal Domein MIND CZ VGZ Gemeente Deventer SVB
Samenwerking	MIND Ministerie van VWS – directie langdurige zorg CIZ Zorgverzekeraars Nederland SVB Nederlandse GGZ CZ
Overheveling jeugdigen	MIND CIZ CZ Zilveren Kruis

Tabel 4. Overzicht respondenten focusgroepen