

Werkwijzer

Medisch noodzakelijk verblijf

Met de **Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf** geven [GGZ Nederland](#), het Landelijk Platform Psychische Gezondheid ([MIND](#)), de Vereniging Nederlandse Gemeenten ([VNG](#)) en Zorgverzekeraars Nederland ([ZN](#)) invulling en uitvoering aan de aanbevelingen van het Zorginstituut.

Indeling Werkwijzer:

- Inleiding
- Acties en informatie-uitwisseling bij medisch noodzakelijk verblijf ggz
- Randvoorwaarden
- Implementatie

November 2017



Volgende
pagina

Inleiding

Medisch noodzakelijk verblijf

Begin 2017 heeft Zorginstituut Nederland beschreven wanneer sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en daarmee wanneer dit een aanspraak is onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zogeheten duiding geeft ook handvatten voor afbakening met andere wettelijke domeinen, zoals de Wmo 2015 (onder meer Beschermd Wonen). De duiding gaat in per 1 januari 2018. Of een medische noodzaak voor verblijf bestaat, is een afweging op individueel niveau door de regiebehandelaar in samenspraak met de patiënt en diens naasten.

Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)

Het Zorginstituut signaleert dat in de huidige praktijk patiënten vaak langer dan medisch strikt noodzakelijk klinisch zijn opgenomen. Patiënten kunnen dan nog niet naar huis, omdat noodzakelijke ambulante zorg en/of vervolgvoorzieningen ontbreken. Soms kan het gerechtvaardigd zijn het verblijf in een ggz-instelling voort te zetten. De zorgverzekeraar mag in die situaties het (langere) verblijf uit de Zvw betalen als zorgaanbieder en zorgverzekeraar redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. De NZa heeft hiervoor de verblijfsprestatie 'verblijf met rechtvaardigingsgrond' (VMR) in het leven geroepen.

Werkwijzer

Om te stimuleren dat mensen naar huis of een andere passende plek kunnen met de juiste zorg en ondersteuning als een klinische opname in een ggz-instelling niet langer medisch noodzakelijk is, is samenwerking nodig tussen betrokken partijen met heldere afspraken over hoe te handelen rondom individuele patiënten. GGZ Nederland, Mind, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geven hieraan invulling door middel van deze 'Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf'. Over deze Werkwijzer is overleg geweest met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De Werkwijzer is met financiële steun van VWS opgesteld. Als uitgangspunten zijn gehanteerd, dat opname in principe tijdelijk is, dat iedere patiënt zo snel mogelijk zijn leven weer kan oppakken en dat de regievoering bij de patiënt en zijn naasten ligt (vanuit een herstelgerichte zorgvisie). Vanuit deze uitgangspunten hebben de betrokken partijen een gedeelde verantwoordelijkheid en een eigen rol:

- de GGZ-aanbieder treft al bij aanvang opname voorbereidingen voor tijdig en passend ontslag;
- de verzekeraar zorgt voor (kwalitatief) voldoende zorg;
- de betrokken gemeente is al vanaf het beging van de opname aan zet om passende vervolgvoorzieningen op het terrein van wonen, inkomen en ondersteuning te regelen.

Naast samenwerking rondom individuele patiënten en ten behoeve daarvan, is tijd nodig waarin partijen in gezamenlijkheid de benodigde randvoorwaarden creëren. De Werkwijzer geeft hiervoor de gewenste richting aan en biedt regionale en lokale partijen een handvat om met elkaar in dialoog te gaan en de benodigde afspraken te maken zowel op individueel patiëntniveau als algemeen. De initiatiefnemers van deze Werkwijzer ondersteunen deze implementatie en maken hierover verdere afspraken.

Acties en informatie-uitwisseling bij medisch noodzakelijk verblijf ggz

Om ervoor te zorgen dat een patiënt de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek blijft ontvangen, is het van belang dat de voorbereiding van het ontslag uit de kliniek start bij de opname. Ggz-aanbieder en gemeente trekken daarbij samen op. Onderstaande tabel beschrijft welke onderwerpen daarbij voortdurend aandacht vragen met het oog op terugkeer en wie waarvoor verantwoordelijk is (in aansluiting op de regievoering door de patiënt en zijn naasten).

Bij ieder onderstreept woord hoort een nadere toelichting die te lezen is door op het betreffende woord te klikken. Met de knoppen linksonder kunt u altijd weer terug naar dit overzicht.

Wat	Wie is verantwoordelijk*
<u>Afweging voor opname</u>	<ul style="list-style-type: none">De <u>regiebehandelaar</u> stelt in overleg met de patiënt (en zijn naasten) vast dat opname medisch noodzakelijk is.De regiebehandelaar informeert de <u>betrokken gemeente</u> bij aanvang van opname en spreekt af wie van de gemeente <u>aanspreekpunt</u> is gedurende opname en bij uitstroom.De regiebehandelaar monitort tijdens de opname of de afweging voor opname nog aan de orde is.
<u>Sociaal steunsysteem</u>	<ul style="list-style-type: none">De regiebehandelaar stelt vast of er een sociaal steunsysteem is en betreft deze bij de behandeling.Indien het sociaal steunsysteem aandacht behoeft regelt de betrokken gemeente de <u>gemeentelijke ondersteuning</u>
<u>Levensdomeinen</u>	<ul style="list-style-type: none">De regiebehandelaar brengt levensdomeinen in beeld.Indien levensdomeinen aandacht behoeven:<ul style="list-style-type: none">regelt de regiebehandelaar <u>ambulante zorg vanuit de Zvw</u>;regelt de betrokken gemeente de gemeentelijke ondersteuning.
<u>Ontslag medisch mogelijk</u>	<ul style="list-style-type: none">De regiebehandelaar stelt ontslag vast in overleg met de patiënt, zijn naasten en andere betrokken partijen:<ul style="list-style-type: none">indien vervolgondersteuning en/of -zorg is geregeld informeert de regiebehandelaar de betrokken gemeente, de verwijzer, indirect betrokken zorgverleners (melding huisarts) en zorgt voor een <u>warme overdracht</u> naar relevante partijen;indien vervolgondersteuning en/of -zorg niet is geregeld en ontslag medisch niet verantwoord is, zet de regiebehandelaar Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) in gang.
<u>Randvoorwaarden</u>	Om volgens deze Werkwijzer te kunnen werken moeten de betrokken partijen over diverse aspecten afspraken maken. Zie ook de paragraaf over <u>implementatie</u> .

* 'Verantwoordelijk' betekent niet noodzakelijkerwijs 'uitvoerend'.



Afweging voor opname

De regiebehandelaar stelt in samenspraak met de patiënt een behandelplan op waarin de behandeldoelen en medische noodzaak voor opname is vastgelegd. De patiënt geeft hierop 'informed consent'. In zijn duiding beschrijft het Zorginstituut wanneer verblijf medisch noodzakelijk is:

- allereerst dient te worden vastgesteld of er noodzaak is tot geneeskundige ggz,
- vervolgens dient te worden vastgesteld of opname noodzakelijk is:
 - als een opname effectiever en/of efficiënter is dan ambulante behandeling (veelal aan de orde bij geplande opnames),
 - als een opname nodig is om gevaar (ernstig nadeel) af te wenden (voor de persoon zelf of zijn omgeving). Een opname kan dan vrijwillig of gedwongen zijn. Zie voor een gedwongen opname de wet BOPZ (en de toekomstige WvGGZ).

Het is relevant te volgen hoe de aanvankelijke redenen voor opname zich ontwikkelen gedurende de opname. Als deze niet meer aan de orde zijn, is wellicht ontslag medisch mogelijk.



Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

In de geneeskundige ggz gaat het om zorg zoals medisch specialisten (in dit geval de psychiater) en klinisch psychologen die plegen te bieden. Bij verblijf in verband met geneeskundige zorg gaat het om het soort zorg dat de psychiater of de klinisch psycholoog in het kader van de geneeskundige behandeling inzet tijdens het verblijf (zie artikel 2.4 Bzv).

Zo mogelijk stelt de regiebehandelaar aan de hand van diverse zorgstandaarden en bijbehorende richtlijnen vast wat het probleem en de juiste behandeling is. Het kan gaan om diagnostiek, instellen op medicatie en uitvoeren van verschillende behandeltherapieën.



Effectiever en/of efficiënter

Een klinische opname wordt gezien als middel op het moment dat ambulante (dag-)behandeling ontoereikend is of onvoldoende effect heeft. Daarbij gelden het zogeheten 'stepped care'-principe (waarbij de patiënt in de eerste plaats de zorg krijgt aangeboden die het minst intensief is en waarvan wordt verondersteld dat deze het hoogst haalbare behandeldoel oplevert) en het 'matched care'-principe (direct kiezen voor een meer intensieve aanpak in relatie tot het profiel van de patiënt als de verwachting is dat dit sneller tot het gewenste resultaat leidt).

Opname is effectiever,

- bij diagnostiek, als:
 - langer durende observatie in een multidisciplinaire setting nodig is,
 - de patiënt hierdoor stabiliseert (en daardoor betere diagnostiek mogelijk is);
- bij het instellen van medicatie, als:
 - de afweging van de effectiviteit versus de bijwerkingen ingewikkeld is; sommige middelen kennen dusdanig ernstige bijwerkingen dat klinische observatie noodzakelijk is bij een eerste start van de behandeling om te bezien of ze gaan optreden (dit kan bijvoorbeeld spelen bij antidepressiva of medicatie bij psychotische of bipolaire stoornissen);
- bij een behandeling of therapie, als:
 - de behandelintensiteit en -effectiviteit wordt vergroot als de patiënt uit zijn eigen omgeving gaat omdat de thuissituatie een negatieve invloed heeft op de problematiek van de patiënt (bijvoorbeeld bij mensen met een verslavingsprobleem of bij gezinnen met zeer complexe problematiek),
 - het gaat om het creëren van een therapeutisch milieu.

In het algemeen geldt dat opname aan de orde is als dit voortvloeit uit de zorgstandaarden en/of richtlijnen.



Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces (zie Model Kwaliteitsstatuut ggz):

"Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt/cliënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. (...)

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces.

Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt."

In de praktijk kunnen per aanbieder andere functionarissen een rol vervullen bij het leggen van contact met gemeenten en het organiseren van de randvoorwaarden voor uitstroom (sociaal steunsysteem en levensdomeinen), zoals een sociaaljuridisch medewerker, maatschappelijk werker of een liaisonverpleegkundige.



Betrokken gemeente

De regiebehandelaar bepaalt in overleg met de patiënt en zijn naasten met welke gemeente contact moet worden opgenomen. Dit contact vindt in een zo vroeg mogelijk stadium plaats, zo mogelijk en nodig al voorafgaand aan de afweging voor opname (zeker bij kortdurend verblijf en crisisopname vanwege de termijnen die de gemeente vervolgens heeft om vervolgondersteuning te regelen). In dit contact wordt vastgesteld wie het aanspreekpunt vanuit de gemeente is voor de patiënt en de behandelaar om de vervolgondersteuning te regelen.

In beginsel wordt contact gelegd met de gemeente waar de patiënt voor de opname verbleef en eventueel al ondersteuning heeft gekregen, omdat verwacht mag worden dat uitstroom hier naartoe zal plaatsvinden.

- als de patiënt *zelfstandige huisvesting* had, is dit de gemeente van herkomst van de patiënt,
- als de patiënt verbleef in een *instelling voor Beschermd Wonen* wordt contact gelegd met de gemeente van herkomst van de patiënt of de centrumgemeente van de regio waar de patiënt in Beschermd Wonen verbleef (zie hiervoor de Regioatlas),
- als de patiënt *geen vaste woon-/verblijfsplaats* heeft of *als niet duidelijk is wat de gemeente van herkomst is*, wordt in beginsel contact opgenomen met de centrumgemeente of regio waar de voorwaarden voor een succesvol traject voor de patiënt optimaal zijn of waar de patiënt aantoonbare binding mee heeft,
- als het *onwenselijk* is dat de patiënt terugkeert naar zijn oorspronkelijke woonplaats, wordt contact opgenomen met de gemeente van herkomst. Deze gemeente treedt vervolgens in overleg met de gemeente waar de patiënt naar toe wenst te gaan.

Zie ook de afspraken ten aanzien van landelijke toegankelijkheid Beschermd Wonen en Opvang:

- Handreiking en beleidsregels Landelijke toegang beschermd wonen (VNG, versie november 2016)
- Handreiking, Landelijke toegang maatschappelijke opvang (VNG, versie december 2014)



Aanspreekpunt gemeente

Wie het aanspreekpunt is voor toegang tot gemeentelijke ondersteuning, sociale voorzieningen en/of huisvesting verschilt in de praktijk. Wenselijk bij patiënten die op verschillende levensdomeinen een vraag hebben, is een integrale benadering van die levensdomeinen (integraal klantproces) bijvoorbeeld via een centrale klantmanager en/of een centrale commissie. Dit is nog niet overal de praktijk. Relevant is in ieder geval dat in de regio bekend is met wie waarover kan worden geschakeld en dat sprake is van één aanspreekpunt voor de ggz-aanbieder en de patiënt. Deze persoon informeert de ggz-aanbieder over benodigde termijnen en de patiënt over de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning. In het eerste contact met de betrokken gemeente en de regiebehandelaar worden hierover afspraken gemaakt.

Als mogelijke ingang hiervoor kunnen fungeren:

- *Wijkteam of sociaal team*: In veel gemeenten zijn wijkteams, of sociale teams, aanwezig die het aanspreekpunt vormen voor zorg-, ondersteunings- en activeringsvragen. Zij vormen vaak de eerste toegang tot voorzieningen op grond van de Wmo. Omdat gemeenten beleidsvrijheid hebben, kunnen er accentverschillen zijn per gemeente.
- *Wmo-loket of Sociaal Loket*: idem.
- *Centrale of regionale Toegang Beschermd Wonen*: De verantwoordelijkheid voor en de toegang tot Beschermd Wonen is op dit moment belegd bij centrumgemeenten (zie hiervoor de Regioatlas). Omdat de komende jaren deze verantwoordelijkheid wordt verschoven naar lokale gemeenten, zal de toegang mogelijk ook veranderen.
- *De Sociale Dienst*, lokaal of regionaal: voor inkomen, schuldhulpverlening, budgetbeheer, mogelijkheden om te participeren en/of het regelen van een briefadres en collectieve verzekering.
- *Woningcorporatie of (regionale) toetsingscommissie*: voor huisvesting hebben gemeenten vaak op regionaal niveau afspraken met woningcorporaties over urgentie en huisvesting van bijzondere doelgroepen in woningcontingenten (aantal woningen per jaar dat mag worden ingezet voor een doelgroep). Er gelden voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen (zoals bijvoorbeeld de inzet van woonbegeleiding). De woningcorporatie - of indien van toepassing, de toetsingscommissie - toetst of de patiënt voldoet aan de criteria. Als dit positief is, ontvangt de patiënt met voorrang een woning. Urgentiecriteria en voorwaarden kunnen per gemeente verschillen. Voor ggz-aanbieders is het daarbij relevant op de hoogte te zijn van deze regionale afspraken.



Sociaal steunsysteem

Het is van belang zo snel mogelijk zicht te hebben op het eventueel aanwezige sociale steunsysteem van de patiënt. Kan de patiënt na afloop van de behandeling weer naar de oude leefsituatie?

- Als het antwoord op deze vraag positief is, zijn er misschien mogelijkheden om de positieve bronnen rondom de patiënt te benutten (bijvoorbeeld Resource Assertive Community Treatment, R-ACT). Voor terugkeer is relevant of er (voldoende) mantelzorg is en of er ondersteuning of versterking nodig is van het steunsysteem.
- Als het systeem niet ondersteunend of zelfs ongunstig is, is wellicht andere actie nodig. Is er zorg of ondersteuning nodig in het steunsysteem? Biedt een andere gemeente dan de gemeente van herkomst een beter perspectief? De regiebehandelaar bespreekt dit met de betrokken gemeente.

De patiënt maakt met de regiebehandelaar afspraken welke naasten bij de zorgverlening worden betrokken of over de zorgverlening worden geïnformeerd, de wijze waarop dat gebeurt en desgewenst welke personen juist niet worden betrokken of geïnformeerd. Informatie hierover legt de regiebehandelaar vast in het dossier van de patiënt.



Levensdomeinen

Naast herstel of stabilisatie van de psychische gezondheid en de aanwezigheid van een sociaal steunsysteem is het van belang dat de regiehandelaar in beeld heeft of de patiënt een ondersteuningsbehoefte heeft op het gebied van zorg, dagbesteding, zingeving, werk, inkomen en huisvesting na opname. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de relevante levensdomeinen van de patiënt in kaart worden gebracht en in het dossier van de patiënt worden vastgelegd. Zo mogelijk direct bij opname, maar in ieder geval zo spoedig mogelijk daarna.

Dit beeld is nodig om te kunnen bepalen of de patiënt ambulante zorg vanuit de Zvw en/of gemeentelijke ondersteuning nodig heeft tijdens de opname (denk bijvoorbeeld aan schuldenproblematiek) of bij terugkeer uit de kliniek. Hierbij moet duidelijk zijn wat de patiënt en/of zijn steunsysteem zelf kan regelen en waarbij hij moet worden geholpen.

Voor het regelen van voorzieningen in andere domeinen gelden verschillende termijnen.



Ambulante zorg vanuit de Zvw

Als de noodzaak voor een opname is verdwenen, heeft de patiënt meestal aansluitend vervolgbehandeling nodig of moeten terugvalopties zijn geregeld (Time Out, Intensive Hometreatment). Dit kan zowel poliklinisch als (outreaching) thuis.

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het regelen van aansluitende vervolgzorg als de ggz-aanbieder deze zelf levert. De regiebehandelaar is behulpzaam bij het regelen van vervolgzorg als een andere zorgaanbieder die gaat bieden (onder meer het maken van een afspraak, overleg en overdracht, het aankaarten van wachttijden):
 - veel patiënten hebben al een ambulante behandelaar die gedurende de opname betrokken blijft door de regiebehandelaar; 'hoe' verschilt per situatie: van geïnformeerd worden over de situatie van de patiënt tot het vervullen van de rol van regiebehandelaar. Na opname kan deze ambulante behandelaar aansluitend de behandeling voortzetten;
 - als er geen ambulante behandelaar is, initieert de regiebehandelaar zo snel mogelijk na opname een aanmelding bij het FACT team of ambulante ggz behandelaar, zodat bij ontslag aansluitend is geregeld dat contact wordt opgenomen met de patiënt.
- De regiebehandelaar informeert de huisarts en aanbieders die vervolgzorg bieden over de gemaakte afspraken met de patiënt waarbij in ieder geval aandacht is voor de afspraken wat te doen in geval van decompensatie.
- Als na ontslag (ook) farmacotherapie nodig is, stemt de regiebehandelaar met de huisarts en eventuele aanbieders van vervolgzorg af wie de medicatie van de patiënt het beste kan voorschrijven en controleren.



Gemeentelijke ondersteuning

Er zijn verschillende vormen van ondersteuning die via de gemeenten moeten worden geregeld. Dit verloopt via het aanspreekpunt vanuit de gemeente. Voor alle vormen van gemeentelijke ondersteuning geldt:

- De regiebehandelaar attendeert de patiënt op de mogelijkheden, brengt hem in contact met de betrokken gemeente en zorgt voor een warme overdracht. De regiebehandelaar maakt het mogelijk dat de betrokken gemeente haar onderzoek zo nodig kan starten tijdens het verblijf in de kliniek en is behulpzaam bij verdieping van de ondersteuningsvraag.
- De betrokken gemeente is verantwoordelijk voor de verdere begeleiding van de patiënt en zorgt voor informatie over de benodigde vervolgvoorzieningen en toegang tot deze voorzieningen.
- Voor de aanvraag van voorzieningen gelden termijnen die per gemeente kunnen verschillen. In de Werkwijzer zijn wettelijke termijnen opgenomen of termijnen die als redelijk worden beschouwd.

Zie ook:

- Begeleiding, dagbesteding, cliëntondersteuning en mantelzorgondersteuning
- Beschermd wonen
- Inkomen en huisvesting



Begeleiding, dagbesteding, cliëntondersteuning en mantelzorgondersteuning

Vanuit de Wmo zijn verschillende vormen van ondersteuning mogelijk om mensen met beperkingen in staat te stellen deel te nemen aan de samenleving. Per gemeente kan het aanbod en de benaming van de verschillende vormen van ondersteuning variëren.

Enkele voorbeelden van individuele ondersteuning zijn begeleiding bij:

- de administratie (overzicht krijgen van facturen, contracten en verzekeringen),
- het zelfstandig wonen,
- het indelen van de dag,
- het leggen van contact met andere mensen,
- het verminderen van gedragsproblemen.

In groepsvorm kan bijvoorbeeld worden gedacht aan dagbesteding zodat mensen een zinvolle daginvulling hebben.

Om tot goede keuzes te komen is op basis van de Wmo cliëntondersteuning mogelijk. Een cliëntondersteuner helpt (gratis) met informatie, advies en ondersteuning en werkt onafhankelijk.

Verder is het ook mogelijk dat mantelzorgers van de patiënt ondersteuning krijgen.

Zie voor meer informatie de [Wegwijzer Wmo-ondersteuning bij psychische problemen/aandoeningen](#).



Beschermd wonen

Beschermd Wonen is volgens de Wmo 2015:

“Wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de patiënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.”

Binnen dit kader kan elke gemeente haar eigen definities en/of afbakening hebben tussen Wmo-begeleiding, Beschermd Wonen en eventuele tussenvormen. Dit is in lijn met de Toekomstvisie Beschermd Wonen (commissie Dannenberg) die afbouw van de meer intramurale voorzieningen en een opbouw van een ambulante infrastructuur impliceert. Gemeenten ontwikkelen momenteel dan ook een continuüm van vormen van beschermd tot begeleid wonen tot zelfstandig wonen met begeleiding.

Zie voor meer informatie de [Wegwijzer Wmo-ondersteuning bij psychische problemen/aandoeningen](#).



Inkomen en huisvesting

In het kader van inkomen en huisvesting kunnen diverse vragen aan de orde zijn. Kan de patiënt zelf voorzien in inkomen of moet een uitkering worden aangevraagd? Heeft de patiënt een woonplek of moet die worden geregeld? Huurt de patiënt? Wie zorgt dat de huur wordt doorbetaald? Als de regiebehandelaar signaleert dat op deze domeinen ondersteuning nodig is, meldt de regiebehandelaar dat bij de betrokken gemeente in samenspraak met de patiënt en zijn naasten. De betrokken gemeente zorgt dat hier actie op wordt ondernomen.

We hanteren daarbij de volgende ambities:

- Bij een opname tot 3 maanden moet het mogelijk zijn:
 - om de bestaande huisvesting te behouden;
 - om aanspraak op een plek in dezelfde Beschermd Woonvorm te houden;
 - om de uitkering (of afspraken ten aanzien van eventuele schulden) te behouden, zodat de eventuele huur kan worden betaald (dus geen zak-/kleedgeldnorm).
- Bij opnames die langer duren dan 3 maanden geldt, dat:
 - de betrokken gemeente in overleg met de zorgaanbieder en patiënt bekijkt in hoeverre het wenselijk en mogelijk is om eventuele aanwezige huisvesting en/of aanspraken op Beschermd Wonen en uitkering (en afspraken ten aanzien van eventuele schulden) te behouden dan wel na ontslag uit de kliniek weer tijdig te verkrijgen.



Termijnen gemeente

Voor het aanvragen van gemeentelijke ondersteuning en voorzieningen gelden verschillende termijnen. Hieronder zijn termijnen opgenomen die wettelijk gelden of als redelijk worden beschouwd. Voor de zorgaanbieder geeft dit een indicatie van hoe lang het kan duren voordat een bepaalde vervolgvoorziening is geregeld. In de regio dienen hierover concrete afspraken te worden gemaakt (ook als deze termijnen (langdurig/structureel) worden overschreden). Het regelen van huisvesting en Beschermd Wonen kent de langste doorlooptijd en dient zo mogelijk direct bij opname te worden opgepakt.

- Termijn voor het regelen van individuele ondersteuning en dagbesteding via lokale Wmo:
 - Hiervoor heeft de gemeente wettelijk gezien 8 weken vanaf het moment van melding van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning tot de beschikking; een redelijke termijn bij patiënten die uitstromen uit de kliniek na kortdurend verblijf of een crisisopname is 4 weken (van melding tot beschikking).
- Termijn voor het regelen van huisvesting:
 - met urgentie: na melding is een redelijke termijn dat binnen 3 maanden een contingent woning beschikbaar en aangeboden is;
 - zonder urgentie: na melding is een redelijke termijn dat binnen 6 maanden een huurwoning beschikbaar en aangeboden is;
 - de patiënt wordt geacht redelijk te zijn ten aanzien van het aangeboden.
- Een redelijke termijn voor het regelen van een uitkering, schuldhulpverlening of een briefadres is 1 maand na melding.
- Termijn voor het regelen van Beschermd Wonen (dan wel alternatieven hiervoor):
 - Na melding is er uiterlijk binnen 8 weken een beschikking.
De centrumgemeente informeert de patiënt en de regiebehandelaar over het besluit.
 - Een redelijke termijn is plaatsing binnen uiterlijk 6 maanden na de melding.
De patiënt krijgt informatie over de aanbieders van Beschermd Wonen en hun specifieke aanbod, zodat hij/zij een weloverwogen keus kan maken voor een passende aanbieder; de centrumgemeente meldt vervolgens welke aanbieder het Beschermd Wonen gaat leveren en, zo mogelijk, de (verwachte) datum waarop de patiënt hier terecht kan.



Ontslag medisch mogelijk

Het Zorginstituut geeft aan dat adequate richtlijnen voor de duur van een opname en criteria voor ontslag ontbreken. Als verblijf vanuit het oogpunt van behandeling door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt en/of zijn naasten niet meer noodzakelijk wordt gevonden, komt ontslag in beeld. In algemene zin zijn dan de redenen voor opname niet meer aanwezig of voegt opname niets meer toe, bijvoorbeeld omdat:

- ambulante zorg en/of begeleiding ten minste even effectief is,
- de patiënt en/of zijn directe steunsysteem regie kan voeren over het leven van de patiënt,
- de patiënt veiligheid kan garanderen van zichzelf en anderen.

Regiebehandelaar, patiënt, naasten van de patiënt, betrokken gemeente en overig betrokken zorgververleners gaan, zo snel mogelijk na opname, met elkaar in overleg over de randvoorwaarden die nodig zijn voor het ontslag, eventueel benodigde nazorg en wie wat gaat doen. De regiebehandelaar initieert hiervoor bijvoorbeeld een ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG) en zorgt bij ontslag voor een warme overdracht.



Warme overdracht

Conform het Model Kwaliteitsstatuut ggz informeert de regiebehandelaar:

- de verwijzer (als relevant) met een afrondingsbrief over de resultaten van de behandeling, eventueel vervolgadvis en mogelijke vervolgstappen; de regiebehandelaar bepaalt zelf welke informatie hij overdraagt; dit staat beschreven in het Kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder;
- andere zorgaanbieders als de patiënt ggz behandeling ontvangt buiten de instelling waar hij verblijft over het aankomend ontslag; in dit geval is het voorstelbaar dat de regiebehandelaar naast informatie over het ontslag deze medebehandelaar tevens van aanvullende informatie voorziet over bijvoorbeeld afspraken aangaande vervolgstappen.

Daarnaast neemt de regiebehandelaar het initiatief om ervoor te zorgen dat de volgende partijen worden geïnformeerd:

- de patiënt over wie waarvoor is te benaderen bij eventuele vragen, praktische adviezen en/of calamiteiten;
- de gemeente waar de patiënt naar uitstroomt dat de patiënt wordt ontslagen (en indien van toepassing over eventuele risico's);
- de gemeente over de ondersteuningsbehoefte van de patiënt, niet zijnde medische informatie (als de gemeente in het proces voldoende is meegenomen is dit al geregeld).

Uitwisseling van informatie vraagt zorgvuldigheid en kan alleen met toestemming van de patiënt. De patiënt kan altijd aanvullend informatie geven. Tot 25 mei 2018 is de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) van toepassing, daarna de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). De aanbieder geeft de patiënt indien gewenst inzage in de letterlijke informatie die wordt gedeeld.



Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)

Als de benodigde vervolgzorg en/of -voorzieningen niet afdoende zijn geregeld komt VMR in beeld. De prestatie VMR is aan de orde in situaties waarbij *ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is* vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg, huisvesting of vervolgvorzieningen (dagbesteding of zorg / ondersteuning thuis) in het sociaal domein. Het (langere) verblijf uit de Zvw kan via VMR worden betaald als zorgaanbieder en zorgverzekeraar redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen.

Vanwege de *ingangsdatum* van de prestatie VMR (1 januari 2018) is deze alleen in te zetten voor mensen voor wie in 2018 of later een dbc is geopend. Voor een in 2017 geopend dbc mag dus geen VMR worden geregistreerd en gedeclareerd. Hiervoor geldt het ZZP GGZ-B.

Ook is de VMR-prestatie alleen in te zetten gedurende het *eerste jaar klinisch verblijf* in een ggz-instelling. Als gedurende dat eerste jaar de medische noodzaak voor verblijf is verdwenen, kan VMR worden ingezet. Als bij patiënten die het tweede of derde jaar klinisch verblijven, de medische noodzaak is verdwenen, moet de zorgaanbieder in overleg met de zorgverzekeraar het ZZP GGZ-B blijven registreren voor de dagen dat een patiënt onder rechtvaardigingsgrond verblijft.

Aan de hand van het patiëntdossier kan de regiebehandelaar aantonen dat is gewerkt volgens de hiervoor beschreven werkwijze:

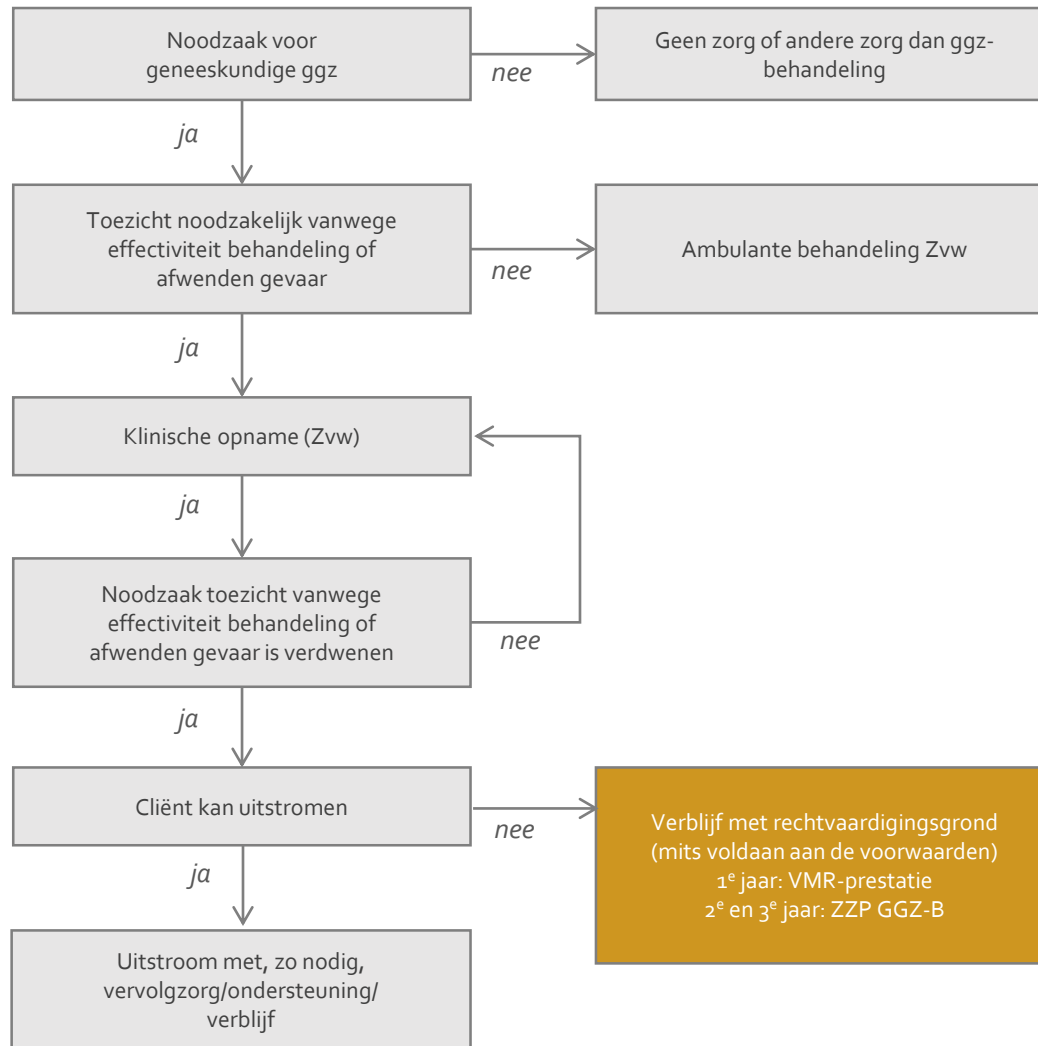
- bij opname heeft de regiebehandelaar aangegeven wat de afweging van opname is en is contact opgenomen met de betrokken gemeente,
- er zijn acties uitgezet om het sociaal steunsysteem in kaart te brengen en waar nodig te versterken,
- er zijn acties uitgezet om de levensdomeinen in kaart te brengen en noodzakelijke ambulante zorg, huisvesting en/of vervolgvorzieningen te regelen,
- in relatie tot de termijnen die gemiddeld genomen aanvaardbaar zijn, zijn de hiervoor beschreven acties tijdig uitgezet (dat wil zeggen zo snel mogelijk bij opname).

Voor de verantwoording van het gebruik van de prestatie VMR is het dus voldoende dat deze elementen zijn vastgelegd in het patiënt dossier volgens de gebruikelijke kaders, inclusief de afweging van de regiebehandelaar dat het ontslag medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke vervolgzorg en/of -voorzieningen. Zie Model Kwaliteitsstatuut ggz p. 12: "De regiebehandelaar ziet erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering."

De zorgverzekeraar kan aantonen dat ze afspraken maakt voor de opbouw van ambulante zorg en aandacht besteedt aan de samenhang tussen ggz-zorg/behandeling en ondersteuning binnen het sociaal domein. Langdurig gebruik van VMR is aanleiding voor bespreking in een tripartite overleg in de regio (zie hiervoor de paragraaf randvoorwaarden).

Het overzicht biedt houvast om vast te stellen of sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR).

Overzicht Verblijf met rechtvaardigheidsgrond



Randvoorwaarden

Deze Werkwijzer beschrijft wat nodig is om te stimuleren dat mensen, als een klinische opname in een ggz-instelling niet langer medisch noodzakelijk is, naar huis of een andere passende plek kunnen met de juiste zorg en ondersteuning. Naast samenwerking rondom individuele patiënten, vraagt het ook om het in gezamenlijkheid creëren van de benodigde randvoorwaarden. Hierover dienen op lokaal en/of regionaal niveau afspraken te worden gemaakt. Het gaat dan over de volgende onderwerpen:

- Een gezamenlijk beeld van wat nodig is in de regio om mensen op de juiste plek zorg en ondersteuning te bieden.
- Een voldoende lokale en regionale infrastructuur om ambulante en klinische zorg, ondersteuning en behandeling te kunnen leveren. Denk hierbij aan mogelijkheden van op- en afschaling binnen het zorg- en gemeentelijk domein en de verbinding van deze domeinen. En aan verschillende varianten van zorg en ondersteuning, zoals ambulante behandelcapaciteit, mogelijkheden bij crises, Time Out, tijdelijk verblijf, Intensive Hometreatment (IHT) en Flexible Assertive Community Treatment (FACT), schuldhulpverlening, aanbod op het gebied van herstel en participatie, waaronder inloopvoorzieningen, dagbesteding, scholing en (toeleiding naar) werk.
- Een gezamenlijke infrastructuur voor een aanpak van knelpunten. Denk aan wachttijden, het moeilijk kunnen plaatsen van mensen op de juiste plek (bijvoorbeeld door huidige voorwaarden voor toegang Wlz) of specifieke problemen bij functies die bovenregionaal, landelijk of niet in de regio van herkomst belegd zijn.
- Waar nodig besluitvorming over redelijke termijnen en ambities zoals genoemd in de Werkwijzer tussen partijen (en met corporaties) en gezamenlijke afspraken over wat te doen als deze termijnen niet haalbaar zijn.
- Afspraken over een redelijke duur van VMR en afspraken tussen gemeenten en verzekeraars over de financiering van VMR als deze termijn is verstreken, omstandigheden waarin hiervan kan worden afgeweken, afspraken over het monitoren van de ontwikkeling van VMR en streefdoelen en maatregelen voor het stapsgewijs terugbrengen van de duur van VMR.
- Een herkenbare en goed bereikbare toegang bij alle betrokken partijen (inclusief telefoonnummers, e-mailadressen en eventuele namen van contactpersonen).
- Onafhankelijke cliëntondersteuning door gemeenten vanuit de Wmo voor, tijdens en na opname.
- Het intern faciliteren van medewerkers om te werken volgens de Werkwijzer en vanuit de visie dat opname en/of verblijf in principe tijdelijk is en dat iedere patiënt zo snel mogelijk weer zijn leven zou moeten kunnen oppakken.
- Een gezamenlijk beeld van de opgaven op het gebied van zelfstandige huisvesting (woningcontingenten) en ontwikkeling Beschermd Wonen. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met mogelijke wijzigingen in de toegang tot de Wlz. Dit vraagt om het beschikbaar maken en delen van informatie over onder meer jaarlijkse gemiddelde gegevens over in- en uitstroom, wachttijden, vraag naar en aanbod van zelfstandige huisvesting en van plekken Beschermd (of beschut) Wonen en Wlz.
- Eventuele overige afspraken die nodig zijn om met de Werkwijzer te kunnen werken.



Implementatie

Het geven van uitvoering aan de Werkwijzer is een gedeelde verantwoordelijkheid waarbij samenwerking nodig is. Van regionale en lokale partijen mag worden verwacht dat zij zich hiertoe maximaal inspannen op het niveau van individuele patiënten en waar nodig tot overstijgende oplossingen komen. In een tripartite overleg tussen verzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders (in afstemming met patiëntenorganisaties) kunnen hierover op lokaal en regionaal niveau de noodzakelijke afspraken worden gemaakt, de ontwikkelingen worden gevolgd en eventuele knelpunten worden opgelost.

GGZ Nederland, MIND, de VNG en ZN ondersteunen de implementatie van de Werkwijzer en maken hierover vóór 1 maart 2018 afspraken, evenals over de na te streven implementatietermijn. Indien lokale en/of regionale partijen bij de implementatie van de Werkwijzer constateren dat er knelpunten zijn die niet in de regio kunnen worden opgelost, melden zij dit bij MIND, GGZ Nederland, ZN en VNG. De landelijke partijen bespreken deze knelpunten dan om te komen tot passende oplossingen.

GGZ Nederland, MIND, de VNG en ZN maken vóór 1 maart 2018 ook afspraken over een escalatieladder of handelswijze voor situaties waarbij – ondanks de handvatten uit deze Werkwijzer – individuele patiënten tussen wal en schip dreigen te raken als gevolg van een impasse in de samenwerking en/of afstemming tussen gemeente, verzekeraar en zorgaanbieder op lokaal en/of regionaal niveau.

