

Evaluatie maatregelen complexe zorg

Eindrapportage fase 1, 2 en 3

Auteurs

Patrick Jansen
Louise Pansier
Lieset Jenneboer
Annika van de Belt
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
PJ/22/1738/evmcxzo
November 2022
© Bureau HHM

Opdrachtgever
Kenmerk
Publicatiedatum



Inhoud

Samenvatting.....	3	4.4	Lessen voor zorgverleners.....	26
1. Onderzoeksvraag	5	4.5	Beeld van naasten (versus zorgteam)	27
1.1 Aanleiding.....	5	4.6	Minder crises en crisismeldingen?	28
1.2 C.O.T.'s en Maatwerkplekken.....	5	4.7	Kwantitatief beeld C.O.T.'s.....	29
1.3 Onderzoeksvragen.....	6	5.	Bevindingen beleidsmatig niveau.....	31
1.4 Onze benadering.....	7	5.1	Veranderingen in de complexe zorg	31
2. Onderzoeksopzet.....	8	5.2	Ontwikkeling van de doorstroom.....	33
2.1 Lerend en actiegericht	8	5.3	Verandering in de lijst met cliënten.....	34
2.2 Voorbereiding	9	5.4	Nieuwe kennis en andere zorgvormen.....	35
2.3 Selectie van casussen.....	9	5.5	Werkzame elementen en witte vlekken	36
2.4 Interviews	11	5.6	Bijdrage aan verbetering in de opbouw van het zorgsysteem.....	38
2.5 Rapportage	12	5.7	Effecten behouden en versterken	39
2.6 Leeswijzer.....	12	6.	Conclusies.....	40
3. Bevindingen Maatwerkplekken	13	6.1	Conclusies Maatwerkplekken.....	40
3.1 Herkomst van cliënten	13	6.2	Conclusies C.O.T.....	43
3.2 Afzien van Maatwerkplek.....	15	6.3	Conclusies beleidsmatig niveau.....	44
3.3 Verloop Maatwerkplekken	16	7.	Beschouwing en aanbevelingen	47
3.4 Passende Maatwerkplekken	17	7.1	Ervaringsverhalen verbetering complexe zorg	47
3.5 Patronen in de loop van de tijd.....	19	7.2	Versterking van beweging in complexe zorg	51
3.6 Toekomst van Maatwerkplekken	20			
4. Bevindingen C.O.T.'s	22			
4.1 Succesfactoren en belemmeringen C.O.T.'s	22			
4.2 Flexibel en ruimte voor maatwerk.....	23			
4.3 Langduriger effect.....	25			

Samenvatting

Vanuit het programma Volwaardig leven zijn verschillende maatregelen in gang gezet om de complexe gehandicaptenzorg te verbeteren, waaronder het creëren van Maatwerkplekken en het opzetten van crisis- en ondersteunings-teams (C.O.T.'s). Het ministerie van VWS heeft gevraagd om voor deze twee maatregelen in de periode 2020-2022 op drie momenten informatie en verhalen naar boven te halen over de stappen die zijn gezet en de bereikte resultaten. De hoofdvragen van dit onderzoek:

1. *Wat vertellen ervaringsverhalen van een cliënt en zijn/haar omgeving over de resultaten die zijn behaald in het verbeteren van de zorg voor mensen met een beperking en een zeer complexe zorgvraag?*
2. *In hoeverre is de beweging in de complexe zorg versterkt en verder gebracht met het mogelijk maken van Maatwerkplekken en C.O.T.'s?*

Onderzoeksaanpak

Voor hoofdvraag 1 hebben we in fase 1 tot en met 3 input opgehaald. De aanpak hiervoor bestond in fase 1 en 2 (2020 en 2021) uit een combinatie van dossieronderzoek en interviews met betrokkenen vanuit de verschillende perspectieven. In fase 3 (2022) hebben we alleen interviews gehouden. Voor de Maatwerkplekken betrof dit interviews met de aanbieders van Maatwerkplekken en met vertegenwoordigers van cliënten. Voor de C.O.T.'s betrof dit interviews met hulpvragende zorgaanbieders, vertegenwoordigers van cliënten, C.O.T.-medewerkers en crisisregisseurs. De bevindingen over de Maatwerkplekken vindt u in hoofdstuk 3 en over de C.O.T.'s in hoofdstuk 4.

Voor hoofdvraag 2 hebben we in fase 3 interviews gehouden met een breed scala aan landelijke partijen: VWS, ZN/zorgkantoren, VGN/zorgaanbieders, cliëntorganisaties, beroepsorganisaties, inhoudelijk experts, IGJ en NZa.

Na de interviews hebben we een notitie opgesteld met een samenvattend beeld. Deze notitie is in een overleg met de genoemde partijen aangescherpt en vormt hoofdstuk 5 van de rapportage.

Beantwoording hoofdvraag 1

De ervaringen van de cliënten, hun naasten en de zorgverleners laten zien dat bij de meeste Maatwerkplekcliënten en een groot deel van de onderzochte C.O.T.-cliënten de maatregel heeft geleid tot een duurzame verbetering van hun situatie. Dit komt doordat op de Maatwerkplekken en door de C.O.T.'s goed wordt gekeken naar alle relevante aspecten (beeldvorming en diagnostiek, de vertaling hiervan naar een consistente begeleidingswijze en naar een passende fysieke en sociale verblijfsplek, plus het realiseren van de juiste kennis en ondersteuningsstructuur voor het zorgteam). Ook zien we een 'olievlekwerking' vanuit de maatregelen voor de complexe zorg, doordat aanbieders proberen om de inzichten breder toe te passen en door interne crisis- en expertiseteams op te richten. De Maatwerkplekken en C.O.T.'s hebben een duidelijke eigen plek en meerwaarde.

Beantwoording hoofdvraag 2

Naast de concrete verbetering voor cliënten en de beschreven olievlekwerking, is door de maatregelen de aandacht voor de complexe zorg toegenomen. Partijen zijn zich meer bewust van de noodzaak én de potentie om de complexe zorg te verbeteren. Op verschillende plekken zijn partijen bij elkaar gebracht om een betere verbinding van expertise en ervaringen te realiseren. Dit moet nog meer handen en voeten krijgen in de praktijk, zowel voor de Maatwerkplekken en C.O.T.'s zelf als voor de bredere groep van cliënten met complexe zorgvragen (het op orde brengen van de basiszorg voor deze groep).

In hoofdstuk 7 zijn de aanbevelingen gedetailleerd beschreven. De volgende pagina bevat een samenvatting van deze aanbevelingen.

Aanbevelingen gericht op **Inhoud Maatwerkplekken en C.O.T.'s**



Aanbevelingen gericht op **Beleidsmatige aspecten**



1. Onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding van dit onderzoek en de onderzoeksvragen die daaruit voortvloeien. Daarnaast beschrijven we onze benadering.

1.1 Aanleiding

Vanuit het programma 'Volwaardig leven' zijn verschillende maatregelen in gang gezet om de complexe gehandicaptenzorg te verbeteren. Twee maatregelen uit actielijn 2 van het programma richten zich op de directe zorgverlening: het creëren van Maatwerkplekken en het opzetten van crisis- en ondersteuningsteams (C.O.T.'s). Het ministerie van VWS heeft gevraagd om voor deze twee maatregelen in de periode 2020-2022 op drie momenten informatie en verhalen naar boven te halen over de stappen die zijn gezet en de bereikte resultaten. Het doel van dit onderzoek is om ervan te leren (met name voor het proces en systeem rond de cliënten) en om de Tweede Kamer en andere partijen te laten zien hoe een impuls is gegeven aan de beweging in de complexe zorg. Deze eindrapportage bevat de bevindingen en conclusies van de derde en laatste fase van dit onderzoek. De resultaten van fase 1 en 2 zijn in het najaar van 2021 verschenen in een externe tussenrapportage¹ waar we in deze eindrapportage op voortbouwen.

1.2 C.O.T.'s en Maatwerkplekken

Een crisis- en ondersteuningsteam (C.O.T.) is een multidisciplinair team, samengesteld uit ervaren professionals uit de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze gespecialiseerde zorgverleners kunnen op verzoek van een zorgaanbieder inspringen bij een crisissituatie. Het gaat om situaties waarin de spanningen zo hoog oplopen dat de betrokkenen de situatie niet meer onder controle kunnen krijgen en een crisisopname dreigt. Binnen 48 uur moet worden ingegrepen om escalatie te voorkomen. Het crisis- en ondersteuningsteam neemt de zorg niet over, maar biedt extra ondersteuning aan de zorgverleners die met de cliënt werken. Het C.O.T. geeft verbeteradviezen aan de zorgaanbieder waar de crisis plaatsvond om deze te versterken en de context te verbeteren.

¹ overheid.nl/evaluatie-maatregelen-complexe-zorg

Verdeeld over het land zijn 16 crisis- en ondersteuningsteams ingericht. Aan elk C.O.T. doet in ieder geval één GGZ-aanbieder en één VG-aanbieder mee. Zo komt kennis en expertise uit beide sectoren samen.

De bedoeling van de crisis- en ondersteuningsteams is om mensen met een complexe zorgvraag zoveel mogelijk te helpen op de plek waar ze nu zitten. Maar in sommige gevallen is de situatie op de huidige plek niet stabiel te krijgen. Daarom zijn in de Wlz, de zogeheten 'Maatwerkplekken' gerealiseerd. Dit om aan te geven dat er voor deze groep cliënten echt iets op maat gemaakt moet worden, omdat de 'reguliere' context en aanpak niet werkt. Het gaat vaak om mensen die al meerdere keren zijn verhuisd van de ene zorglocatie naar de andere, omdat geen maatwerk kan worden geboden. De situatie van deze mensen verslechtert door deze instabiliteit. Met een Maatwerkpleklabel heeft een zorgaanbieder meer mogelijkheden om de zorg en ondersteuning en de leefomgeving passend te maken voor de betreffende cliënt.

1.3 Onderzoeksvragen

In de drie fasen van het onderzoek hebben we ons gericht op de ervaringen en effecten van de maatregelen op cliëntniveau, aan de hand van één hoofdvraag en een aantal verbijzonderde onderzoeksvragen.

Hoofdvraag 1: *Wat vertellen ervaringsverhalen van een cliënt en zijn/haar omgeving over de resultaten die zijn behaald in het verbeteren van de zorg voor mensen met een beperking en een zeer complexe zorgvraag?*

De omgeving van een cliënt kan bestaan uit naasten, cliëntvertegenwoordigers en zorgmedewerkers die vanuit het perspectief van de cliënt mee kunnen kijken.

Deelvragen Maatwerkplekken

1. Wat is de herkomst van de cliënten die op een Maatwerkplek terecht zijn gekomen?
2. Indien van toepassing: wat zijn de redenen van cliënten om alsnog af te zien van een aangeboden Maatwerkplek?
3. Wat gebeurt er nadat zo'n plek is gecreëerd? Zitten cliënten na een tijd (voor de looptijd van dit onderzoek: na één en na twee jaar) nog steeds op hun Maatwerkplek?
4. Wat maakt dat een Maatwerkplek passend is?
5. Is het een goede interventie geweest? En zo ja, wat zijn de werkzame elementen geweest waarom het is gelukt?
6. Zijn er patronen te ontdekken in de tijd op basis van het dossier-onderzoek en vervolgonderzoek van cliënten? Wat zijn momenten waarop het niet meer goed gaat op een bepaalde plek en wat is daarvoor de aanleiding? Bij de nulmeting wordt met dossieronderzoek in beeld gebracht wat eerdere patronen zijn, bij vervolgonderzoek ligt de focus op de ervaring van de nieuwe plek. Zijn hier rode draden in te ontdekken?
7. Wat is in de toekomst nodig om een passende Maatwerkplek te behouden?

Deelvragen C.O.T.

1. Wat zijn de succesfactoren van de C.O.T.'s? Waar gaat het nog minder goed?
2. In hoeverre zijn C.O.T.'s goed in staat flexibel in te spelen op de vraag die op hen af komt? Welke ruimte voor maatwerk kunnen zij hierin pakken?
3. Heeft de interventie van het C.O.T. een langdurig effect op de zorg voor de cliënt en het team rond de cliënt ook na de initiële interventie?
4. Wat hebben de zorgverleners ervan geleerd?

5. Zien naasten het functioneren van de cliënt anders dan de zorg (zorgverleners en teammanagement) rond de cliënt?
6. Zien we bij cliënten voor wie een C.O.T. actief is geweest minder crises en/of crisismeldingen? Ook op langere termijn?

In de derde fase hebben we daarnaast onderzoek gedaan naar ervaringen en effecten op beleidsmatig niveau, aan de hand van de tweede hoofdvraag en een aantal verbijzonderde onderzoeksvragen.

Hoofdvraag 2: *In hoeverre is de beweging in de complexe zorg versterkt en verder gebracht met het mogelijk maken van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s?*

Deelvragen beleidsmatig niveau

1. Hoe is de complexe zorg veranderd? Wat is er anders dan de jaren hiervoor?
2. Hoe is de ontwikkeling van de doorstroom van cliënten in de complexe gehandicaptenzorg?
3. Is er een verandering zichtbaar in de lijst met cliënten die geen passende plek hebben?
4. Leidt deze nieuwe manier van werken tot nieuwe kennis? Andere zorgvormen?
5. Wat zijn de werkzame elementen die hebben bijgedragen aan verbeteringen in de complexe zorg? En wat zijn de eventuele witte vlekken waar in het vervolg nog aandacht voor moet zijn?
6. Hoe heeft het bijgedragen aan een verbetering in de opbouw van het hele zorgsysteem van de juiste plek voor de juiste persoon? In hoeverre zijn daar al rode draden in te ontdekken?

1.4 Onze benadering

De genoemde maatregelen richten zich op cliënten die kwetsbaar zijn vanwege hun complexe zorgvraag. Het gaat om situaties waarin regelmatig crisissen voorkomen, waarin de zorgverlening is vastgelopen of waarbij dit dreigt te gebeuren. De factoren en dynamiek die hierbij een rol spelen verschillen per casus en daarmee ook de invulling van de crisisondersteuning of de Maatwerkplek.

Om goed zicht te krijgen op de inzet en resultaten van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s is aandacht nodig voor verschillende perspectieven: cliëntvertegenwoordigers, zorgverleners en medewerkers van de C.O.T.'s. Voor de beantwoording van hoofdvraag 1 hebben wij daarom een benadering gehanteerd waarbij we deze perspectieven zoveel mogelijk op casusniveau hebben bevraagd via groepsinterviews en individuele interviews. Hiermee hebben we op zorgvuldige wijze casusgericht rijke informatie over de maatregelen en hun effecten verzameld. Naast de casusgerichte interviews zijn we, voor de beantwoording van hoofdvraag 2, in gesprek gegaan met de landelijke partijen die beleidsmatig bij de beweging in de complexe zorg betrokken zijn. We spraken met hen over de mate waarin de beweging verder is versterkt door de maatregelen, wat leerpunten zijn uit de afgelopen jaren en hoe een verdere verbetering op deze punten kan worden ingezet.

Aangezien het doel van het onderzoek is om te leren van de ervaringen en daarmee een impuls te geven aan de beweging in de complexe zorg, hebben we bij de aanpak principes van lerend evalueren en actiegericht onderzoek gehanteerd.

2. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk beschrijven we de methoden die gebruikt zijn in dit onderzoek en hoe we de informatie hebben verkregen.

2.1 Lerend en actiegericht

Het onderzoek verliep vanaf het najaar van 2020 tot en met het najaar van 2022 en kende drie meetmomenten (najaar 2020, zomer 2021 en zomer 2022). Doordat de Maatwerkplekken en C.O.T.'s zich gedurende de onderzoeksperiode gaan ontwikkelen bevat de onderzoeksaanpak kenmerken van een lerende evaluatie en actiegericht onderzoek. In tabel 2.1 geven wij de kenmerken van een lerende evaluatie weer.

Kenmerken van een lerende evaluatie	
Doel van evaluatie	Beleidsverantwoording en leren van ervaringen om beleid en beleidsuitvoering te verbeteren
Type geproduceerde kennis	Co-creatie tussen expert- en praktijkkennis die leidt tot sociaal robuuste kennis
Relatie met de beleidspraktijk	Geïntegreerd: de evaluatie is afgestemd op de beleidspraktijk op een wijze die de onafhankelijkheid borgt
Doelen en kaders van de evaluatie	Vooraf vastgestelde beleidsdoelen en kaders en verwachtingen van beleidsbetrokkenen
Relevante stakeholders en hun rol	Beleidsbetrokkenen die met handelingsperspectieven uit het evaluatieonderzoek aan de slag gaan
Rol van de evaluator	Onafhankelijk expert en facilitator

Tabel 2.1: Kenmerken van een lerende evaluatie²

² Van Veen, S.C., Verwoerd, L., & Regeer, B.J. (2016). Characteristics of reflexive evaluation: A literature review conducted in the context of the Natuurpact (2014-2027) evaluation. Amsterdam: Athena Instituut, Vrije Universiteit

Actiegericht onderzoek kent een aanpak waarin de volgende fasen worden doorlopen en cyclisch worden herhaald: voorbereiding - acties ontwerpen - acties uitvoeren - reflecteren - vastleggen en delen van nieuwe kennis.

Actiegericht onderzoek gaat verder dan alleen het verklaren van een bepaald probleem, maar brengt al tijdens het proces een verandering teweeg.³ Dit gebeurde in de groepsinterviews en doordat we na elke fase de resultaten van de monitor deelden met de betrokkenen in de praktijk, zodat zij de leerpunten direct konden toepassen in de praktijk.

Door het lerende en actiegerichte karakter van het onderzoek is de intentie om zoveel mogelijk concrete informatie en ervaringen te verzamelen. Dit betekent dat het niet nodig is om een hele grote groep cliënten te betrekken in het onderzoek, maar volstaat een relatief kleine groep waarmee we diepgaande informatie verzamelen. Deze informatie kan door betrokkenen op alle niveaus worden gebruikt om, waar nodig, tussentijds aanpassingen door te voeren in beleid of uitvoering van het beleid.

Voor de uitvoering van fase 3 van deze evaluatie hebben we twee onderzoeksmethoden ingezet: individuele interviews en groepsinterviews. De combinatie van onderzoeksmethoden en de combinatie van perspectieven (cliënt(vertegenwoordiger), zorgverlener, C.O.T.-medewerker, landelijke partijen) heeft geleid tot robuuste data en rijke inzichten.

2.2 Voorbereiding

Als eerste stap hebben we alle voorbereidingen getroffen voor de interviews. In naleving van de privacywet- en regelgeving hebben we een toestemmingsverklaring voor cliëntvertegenwoordigers opgesteld en een data-uitwisselingsovereenkomst tussen bureau HHM en de betrokken zorgaanbieders die

dossiers aanleveren. Dit hebben we gedaan in samenwerking met een externe jurist.

In de eerste fase van dit onderzoek hebben we ter voorbereiding op de (groeps)interviews vijf gespreksleidraden gemaakt voor vijf verschillende respondentengroepen:

- Gespreksleidraad cliëntvertegenwoordigers – Maatwerkplekken
- Gespreksleidraad zorgverleners – Maatwerkplekken
- Gespreksleidraad cliëntvertegenwoordigers – C.O.T.
- Gespreksleidraad zorgverleners – C.O.T.
- Gespreksleidraad C.O.T.-medewerkers – C.O.T.

Deze leidraden zijn in fase 3 gecontroleerd en waar nodig aangepast op basis van inzichten uit fase 1 en 2. Daarnaast hebben we voor fase 3 een gespreksleidraad ontwikkeld voor de interviews met de landelijke partijen.

In voorbereiding op de interviews hebben we als communicatiemateriaal voor de verschillende typen deelnemers diverse toelichtingen geschreven over het plan van aanpak, specifiek voor de Maatwerkplekken en voor de C.O.T.'s.

2.3 Selectie van casussen

Het was de bedoeling om gedurende het onderzoek informatie te verzamelen over in totaal 15 Maatwerk-casussen en 30 C.O.T.-casussen en deze casussen gedurende de onderzoeksperiode zo lang mogelijk te volgen. Het bleek niet haalbaar om dit aantal casussen op individueel niveau vanaf het begin te volgen omdat:

- bij de start van het onderzoek in het najaar van 2020 nog niet alle Maatwerkplekken en C.O.T.'s waren ingericht en

³ Zouwen T. van der (2018). Actieonderzoek doen. Een routewijzer voor studenten en professionals. Tonnie van der Zouwen & Boom uitgevers Amsterdam

- het moeilijk bleek voor zorgaanbieders en C.O.T.'s om voldoende medewerking te krijgen van cliëntvertegenwoordigers, ook in de latere fases van het onderzoek.

Daarom hebben we in overleg met het ministerie van VWS ervoor gekozen om in dit onderzoek enkele casussen van beide maatregelen diepgaander te volgen.

In afstemming met VWS als opdrachtgever hebben we besloten om in de derde fase geen dossieronderzoek uit te voeren. De reden hiervoor is de relatief grote tijdsinvestering voor het verkrijgen en lezen van dossiers in verhouding tot wat het opbrengt. Via de interviews konden we een goed beeld krijgen over de cliënt, de situatie en de aanpak (Maatwerkplek dan wel C.O.T.) en in de gesprekken konden we de informatie rijker en beter duiden dan uit de dossiers.

Maatwerkplekken

Voor de selectie van casussen hebben we met VWS als opdrachtgever afgesproken om alle negen aanbieders van Maatwerkplekken te benaderen met de vraag om medewerking. Er zijn negen aanbieders die maatwerkplekken bieden⁴. Al deze aanbieders hebben aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Na toezegging van medewerking hebben we de zorgaanbieders gevraagd of we weer contact mochten opnemen met de cliëntvertegenwoordigers van de vier cliënten die we in fase 2 hebben gesproken. Drie van de vier cliënten deden in de eerste fase ook mee. Alle vier cliëntvertegenwoordigers hebben hun medewerking voor de derde fase toegezegd. Daarnaast heeft een cliëntvertegenwoordiger van een cliënt die afgelopen jaar op een Maatwerkplek is geplaatst toezegging verleend.

⁴ Het beleid voor toelating is in de loop van 2021/2022 veranderd. Nu mogen alle aanbieders Maatwerkplekken leveren (niet alleen de 'geselecteerde' negen aanbieders).

⁵ In de rapportage van fase 1-2 gingen we uit van zeven cliënten; in fase 3 bleek dat twee cliënten hier onterecht waren meegeteld en twee cliënten alsnog zijn verhuisd korte of langere tijd na inzet C.O.T. Een van deze aanbieders hebben we alsnog gesproken.

In de derde fase hebben we dus cliëntvertegenwoordigers van vijf cliënten geïnterviewd. Doordat we naast een individuele benadering ook een collectieve benadering hanteerden, hebben we een individueel beeld van vijf maatwerkplekcasussen en een collectief beeld van alle aanbieders die Maatwerkplekken bieden. Tijdens de interviews met aanbieders spreken we over de inrichting van en de ervaring met de Maatwerkplekken bij cliënten die niet als individuele casus hebben deelgenomen.

C.O.T.

Voor de evaluatie van de ervaringen met en effecten van de C.O.T.'s wilden we zowel betrokkenen spreken van casussen uit fase 1 en 2 en enkele nieuwe casussen waar het C.O.T. recent is ingezet.

Casussen fase 1-2

We hebben geprobeerd de zorgaanbieders te spreken van de casussen uit fase 1-2 die nog op hun woonplek verbleven. Dit was bij vier cliënten⁵ het geval en van deze vier hebben drie aanbieders aangegeven dat ze (opnieuw) mee wilden werken. Tevens hebben we een aanbieder gesproken van een cliënt die na een periode van crisisopname en behandelopname niet meer terug kan komen (psychiatrie staat op de voorgrond en er wordt nu een passende plek in de GGZ gezocht). Van één van deze casussen hebben we ook de cliëntvertegenwoordiger gesproken (met de andere cliëntvertegenwoordigers was het in fase 1-2 niet gelukt om contact te krijgen en hebben we niet benaderd). Bij één van de casussen waarbij we de aanbieder niet konden spreken, hebben we wel de cliëntvertegenwoordiger gesproken. Daarnaast hebben we een cliëntvertegenwoordiger gesproken van een cliënt uit fase 1 die niet meer op de plek van herkomst verblijft.

Een andere cliëntvertegenwoordiger wilde niet opnieuw deelnemen vanwege ontevredenheid met het C.O.T.-traject en de voor hen ongewenste gevolgen hiervan.

Nieuwe casussen in fase 3

Via de C.O.T.'s hebben we nieuwe casussen geworven door te vragen naar casussen waarbij het C.O.T.-traject recent is afgerond. Vier C.O.T.'s hebben casussen aangeleverd. Vijf aanbieders waren bereid om met ons in gesprek te gaan en van twee casussen hebben we ook de cliëntvertegenwoordiger kunnen spreken. Redenen dat we de andere cliëntvertegenwoordigers niet bij het onderzoek konden betrekken waren de geringe betrokkenheid bij de cliënt, onbekendheid met de inzet van het C.O.T. en overbelasting door nieuwe crisissituatie.

2.4 Interviews

Om kwalitatieve inzichten te krijgen in de ervaringen met en effecten van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s hebben we semigestructureerde diepte-interviews afgenomen. Afhankelijk van de context van een casus en de praktische mogelijkheden van respondenten hebben we gekozen voor groepsinterviews of individuele interviews.

- Groepsinterviews: Aan de hand van de groepsinterviews hebben we signalen en ervaringen van meerdere respondenten over een situatie in beeld gebracht. De interactie tussen respondenten verrijkte de input. Tijdens deze interviews keken we hoofdzakelijk naar algemene patronen, ervaringen, werkzame elementen en succes- en faalfactoren van de maatregelen.
- Individuele interviews: Aan de hand van de individuele interviews hebben we signalen en ervaringen van één persoon of organisatie in relatie tot een specifieke casus in beeld gebracht.

De interviews zijn telefonisch (via beeldbellen) afgenomen.

Landelijke partijen

In deze derde fase van het onderzoek zijn we in gesprek gegaan met de landelijke partijen die beleidsmatig bij de beweging in de complexe zorg betrokken zijn. We hebben gesproken met vertegenwoordigers van:

- Het ministerie van VWS : groepsgesprek met twee beleidsmedewerkers van VWS.
- ZN en Zorgkantoren: groepsgesprek met een beleidsadviseur van ZN en zes medewerkers van vier verschillende zorgkantoren, waaronder mensen die aansluiten bij de landelijke commissie complexe casuïstiek, de CCC.
- VGN en Zorgaanbieders: groepsgesprek met twee beleidsmedewerkers van VGN. Voor dit gesprek is het vertegenwoordiging van aanbieders niet gelukt om deel te nemen; het perspectief van aanbieders komt wel aan bod in het casusgerichte deel van het onderzoek.
- Cliëntorganisaties: groepsgesprek met twee medewerkers van Ieder(in) en een gesprek met een vertegenwoordiger van Kansplus.
- Beroepsorganisaties: groepsgesprek met een vertegenwoordiging van de NVO, het NIP en de V&VN, plus een gesprek met een vertegenwoordiger van de BPSW. Vanuit de NVAVG was geen vertegenwoordiging mogelijk.
- Inhoudelijk experts: groepsgesprek met een vertegenwoordiging van het CCE en het Platform EVB+.
- IGJ: groepsgesprek met twee (senior) inspecteurs uit het team Gehandicaptenzorg.
- NZa: gesprek met een beleidsmedewerker.

Per gesprek hebben we, afhankelijk van het perspectief van onze gesprekspartner, verschillende accenten gelegd in de vragen en in het doorvragen. De rode draad van de bevindingen hebben we beschreven in een notitie die naar de respondenten is gemaild en met hen is besproken in een gezamenlijke online sessie. De aanvullingen vanuit deze sessie zijn verwerkt in de beantwoording van de onderzoeksvragen in hoofdstuk 5.

Maatwerkplekken

Voor de Maatwerkplekken hebben we twee groepsinterviews afgenomen. Eén met een vertegenwoordiging vanuit vier deelnemende organisaties. De overige vijf aanbieders konden niet aanwezig zijn. Deze vijf aanbieders hebben we individueel gesproken. Daarnaast hebben we een groepsinterview afgenomen met cliëntvertegenwoordigers van twee casussen. De andere drie cliëntvertegenwoordigers hebben we individueel gesproken.

C.O.T.

Voor de interviews met de zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers van casussen waar het C.O.T. is ingezet, hebben we gekozen voor individuele gesprekken om de casussen goed uit te kunnen diepen. Zoals geschetst in paragraaf 2.3 betrof dit negen aanbieders (vier oude en vijf nieuwe casussen) en vijf cliëntvertegenwoordigers (drie oude en twee nieuwe). Om een volledig beeld te krijgen over de C.O.T.'s hebben we naast de gesprekken met aanbieders en cliëntvertegenwoordigers twee groepsinterviews gehouden met C.O.T.-medewerkers. Alle 16 C.O.T.'s zijn uitgenodigd om deel te nemen, in totaal waren negen C.O.T.'s aanwezig. Verder hebben we een groepsinterview gehouden met acht crisisregisseurs, waarin we zowel de ervaringen met de C.O.T.'s als een deel van de overstijgende vragen hebben besproken.

2.5 Rapportage

Ter afronding van de derde en laatste fase van dit onderzoek hebben we alle doorlopen stappen verwerkt in deze rapportage. Daarbij geven we ook de belangrijkste uitkomsten van de eerste en tweede fase weer. Waar passend maken we een vergelijking tussen de uitkomsten van de drie fases.

2.6 Leeswijzer

De bevindingen van deze aanpak hebben we gedetailleerd beschreven in hoofdstuk 3 (maatwerkplekken), hoofdstuk 4 (C.O.T.'s) en hoofdstuk 5 (beleidsmatige niveau). De hoofdlijnen van deze bevindingen beschrijven we in hoofdstuk 6 in de vorm van conclusies gekoppeld aan de verschillende onderzoeksvragen. Tot slot bevat hoofdstuk 7 een beschouwing aan de hand van de twee hoofdvragen van het onderzoek en doen we aanbevelingen voor verdere versterking van de beweging in de complexe zorg

3. Bevindingen

Maatwerkplekken

In dit hoofdstuk beschrijven we aan de hand van de onderzoeksvragen de bevindingen over de Maatwerkplekken die we met behulp van de interviews hebben opgehaald. Iedere paragraaf begint met de samenvatting van fase 1 en 2, zodat duidelijk wordt of de bevindingen in de loop van de tijd hetzelfde zijn gebleven of zijn veranderd.

3.1 Herkomst van cliënten

Vraag 1: Wat is de herkomst van de cliënten die op een Maatwerkplek terecht zijn gekomen?

Samenvatting fase 1 & 2

De herkomst van cliënten die op een Maatwerkplek terecht zijn gekomen is divers. De meeste cliënten hebben voorafgaand aan de Maatwerkplekken op meerdere plekken en vaak ook bij verschillende VG-aanbieders gewoond (met een Wlz-indicatie), eventueel met tussenperiodes in de thuissituatie. Daarnaast zijn er cliënten die eerder bij een GGZ-aanbieder hebben gewoond met een GGZ-indicatie. Het CCE is bij alle onderzochte dossiers minimaal één keer betrokken geweest. Volgens de gegevens van ZN waren aan het eind van fase twee (oktober 2021) in totaal 32 cliënten geplaatst op een Maatwerkplek verspreid over de negen 'geselecteerde' aanbieders.

Bevindingen fase 3

Sinds september 2021 heeft een aantal wijzigingen plaatsgevonden in de bezette Maatwerkplekken door overlijden, vertrek van cliënten en door nieuwe plaatsingen. Op 1 september 2022 waren volgens ZN 66 van de 80 cliënten die in aanmerking kwamen voor een Maatwerkplek, geplaatst op een passende plek (dit kan een Maatwerkplek zijn of een andere passende plek). Tien cliënten waren nog niet geplaatst en vier cliënten hoefden niet meer geplaatst te worden (bijvoorbeeld vanwege overlijden of weigering).

Omdat ZN geen exacte aantallen kon geven van het aantal gerealiseerde Maatwerkplekken hebben we aan de negen 'geselecteerde' aanbieders gevraagd hoeveel Maatwerkplekken zij hebben gerealiseerd in fase drie. Zij gaven aan dat sinds de vorige fase enkele cliënten zijn vertrokken van de Maatwerkplek of zijn overleden. Tevens zijn er enkele nieuwe cliënten geplaatst. Dit resulteert in 29 gerealiseerde Maatwerkplekken in september 2022.

Voor de geplaatste cliënten geldt dat de herkomst en de hulpverleningsgeschiedenis divers is. Zo is er een cliënt die voorafgaand aan de Maatwerkplek thuis heeft gewoond, maar ook een cliënt die op meerdere plekken binnen dezelfde organisatie heeft gewoond. Daarnaast verblijft een cliënt die momenteel op de wachtlijst staat bij een forensische instelling, omdat daar een crisisplek werd geboden.

Niet alle toegezegde Maatwerkplekken zijn ingevuld en worden nog gereserveerd voor nieuwe Maatwerkcliënten.

Bij de start van het project Volwaardig Leven hebben de negen geselecteerde aanbieders een projectplan ingediend met ideeën over de inrichting van de Maatwerkplekken en de hoeveelheid plekken die zij konden realiseren. Opvallend is dat niet alle toegezegde plekken gevuld zijn, terwijl aanbieders wel aangeven dat er veel cliënten met een complexe vraag zijn die behoefte hebben aan maatwerk. Tijdens de gesprekken hebben we een aantal signalen opgevangen die hier mogelijk een verklaring voor kunnen bieden.

- Enkele aanbieders hebben weinig tot geen zicht op de status van de Maatwerkplekken na beëindiging van het project Volwaardig Leven. De mogelijkheid om cliënten nog steeds aan te melden voor een Maatwerkplek is niet overal bekend en wordt volgens zorgaanbieders ook niet door alle zorgkantoren tijdens gesprekken als optie aangeboden.
- Cliënten die in aanmerking komen voor Maatwerkplekken zijn cliënten die overal 'tussen wal en schip vallen'. Er zijn in de beleving van aanbieders meerdere (regionale) projecten en initiatieven die ook een voordeel bieden voor deze groep cliënten. Dit wordt niet herkend door de zorgkantoren.
- De route die bewandeld moet worden om in aanmerking te komen voor een Maatwerkplek is omslachtig. Dit heeft te maken met de criteria die gehanteerd worden. Als voorbeeld wordt genoemd dat cliënten een lange voorgeschiedenis hebben in de zorg. Het proces van aanmelding,

screening, beoordeling en afwijzing kan veel tijd in beslag nemen. Het duurt daardoor lang voordat cliënten met een complexe vraag op een wachtlijst komen te staan voor een Maatwerkplek.

- Enkele aanbieders hebben met het zorgkantoor afgesproken dat de 'open maatwerkplekken' ook gevuld mogen worden door 'reguliere' (complexe) cliënten die op de wachtlijst staan. Deze afspraken zijn gemaakt omdat de reguliere wachtlijsten bij aanbieders lang zijn. Dit heeft bij een enkele aanbieder wel als gevolg dat een Maatwerkcliënt op de wachtlijst staat, terwijl er zes Maatwerkplekken 'beschikbaar' zijn bij deze organisatie. Deze cliënt krijgt wel voorrang op andere cliënten zodra er een plek beschikbaar komt.

De wijziging in het beleid voor toelating Maatwerkplekken kent voor- en nadelen.

Het beleid voor toelating is veranderd. Sinds halverwege 2021 mogen alle aanbieders Maatwerkplekken leveren (niet alleen de geselecteerde negen aanbieders). Er wordt per cliënt gekeken wat nodig is en daar wordt een aanbieder bij gezocht. Uit de interviews blijkt dat aanbieders zowel voor- als nadelen zien bij deze wijziging. De aanbieders zijn wel overwegend positief over deze verandering.

Voordelen: De zorg en ondersteuning en daarmee de aanbieder die dit levert moet volgen op de zorgvraag van de cliënt. Met 'maar' negen aanbieders zijn de mogelijkheden beperkt. De zorg en ondersteuning kan door het nieuwe beleid nog beter afgestemd worden op de vraag van de cliënt. Toewijzing wordt daarmee ook maatwerk, bijvoorbeeld als er een sterke wens is om in de regio geplaatst te kunnen worden. Maatwerk kan je ook (moeten) creëren op een plek waar een cliënt al verblijft. Voor cliënten kan het goed zijn om niet te moeten verhuizen, maar te zoeken naar mogelijkheden op de plek waar hij/zij al is. Als kanttekening is genoemd dat het in een dergelijke situatie wellicht gaat om een cliënt die Meezorg nodig heeft. Maatwerk is er om echt iets

nieuws te creëren. Er is een risico op verwarring tussen reguliere cliënten met een complexe vraag, cliënten met een Maatwerkplek en cliënten met Meerzorg.

Nadelen: Tegelijkertijd is er ook twijfel of het aangepaste beleid gaat helpen. Het is nog maar de vraag of alle aanbieders aan de benodigde eisen kunnen voldoen, zoals medische zorg leveren, voldoende inzet van personeel borgen, inzet gedragsdeskundigen waarborgen en dagbestedingsmogelijkheden bieden. Bovendien hebben ook andere aanbieders te maken met wachtlijsten. Tot slot wordt genoemd dat de kennis en expertise van aanbieders die gewend zijn om met complexe zorgvragen te werken verder versnipperd wordt. Deze aanbieders hebben veel opgebouwd in tegenstelling tot aanbieders die minder ervaring hebben met de complexe doelgroep. Het is daarmee ook een vraag gericht op efficiëntie.

Criteria voor toekenning zijn deels helderder geworden, maar de uitwerking in de praktijk roept vragen op.

In de tweede fase van dit onderzoek gaven aanbieders aan dat het belangrijk is om duidelijk te maken waarom bepaalde cliënten wel een Maatwerkplek toegewezen krijgen en andere cliënten niet. De criteria⁶ zijn in de derde fase voor een deel van de aanbieders duidelijker geworden en voor een deel van de aanbieders ook niet. Afgelopen jaren zijn cliënten aangemeld waarvan aanbieders zich afvragen of het Maatwerkcliënten zijn. Aanbieders hebben cliënten in huis met een zorgvraag die ingewikkelder is dan de zorgvraag waarmee sommige Maatwerkcliënten aangemeld worden. Sommige aanbieders vragen zich af waarom de Maatwerkcliënten voorrang krijgen op andere cliënten met een complexe zorgvraag die ook op de wachtlijst staan en niet altijd onderdoen voor de problematiek van Maatwerkcliënten. Dit staat

ook in relatie tot de wachtlijstproblematiek. Als punt van aandacht is daarom meegegeven dat het hoofdzakelijk cliënten betreft die de 'dupe' zijn geworden van een systeem dat onvoldoende aansluit bij wat er nodig is. Het is een uitdaging om dat goed vast te leggen in criteria.

Eén aanbieder gaf aan dat de eis van recente betrokkenheid van het CCE bij één cliënt minder passend was. Het CCE is in het verleden al betrokken geweest.

3.2 Afzien van Maatwerkplek

Vraag 2: Indien van toepassing: wat zijn de redenen van cliënten om alsnog af te zien van een aangeboden Maatwerkplek?

Samenvatting fase 1 & 2

Niet alle cliënten met een positief advies voor een Maatwerkplek komen op een Maatwerkplek terecht. De meest voorkomende reden is dat de cliënt afziet van de Maatwerkplek. Als reden hiervoor is aangedragen dat cliënt-vertegenwoordigers bepaalde Maatwerkplekken weigeren vanwege de geografische ligging van de locatie of vanwege ervaringen in het verleden. Ook zijn er cliënten die aangemeld zijn voor Maatwerkplekken, maar voor wie in de tussentijd een andere oplossing is gevonden. Over de criteria en het toewijzingsproces was - voor meerdere medewerkers van zorgaanbieders in de periode dat wij aanbieders spraken - nog veel onduidelijk.

Bevindingen fase 3

In deze derde fase zijn er geen nieuwe inzichten opgedaan ten opzichte van fase 1 & 2. Bij de negen geselecteerde aanbieders zijn er sinds oktober 2021

⁶ Zie de 'Notitie Maatwerkplekken'

geen nieuwe cliënten die af hebben gezien van een aangeboden Maatwerkplek.

3.3 Verloop Maatwerkplekken

Vraag 3: Wat gebeurt er nadat zo'n plek is gecreëerd? Zitten cliënten na een tijd (voor de looptijd van dit onderzoek: na 1 en na 2 jaar) nog steeds op hun Maatwerkplek?

Samenvatting fase 1 & 2

De cliënten die op een Maatwerkplek zijn geplaatst zitten daar momenteel nog steeds. De drie cliënten die zowel in de eerste als in de tweede fase deelnamen aan dit onderzoek maken ieder een eigen ontwikkeling door. Over het algemeen gaat het goed met deze cliënten. Het kost tijd voor cliënten om te landen. Het blijkt dat veranderingen in de omgeving, zoals een veranderende groep, een stagnerend effect kunnen hebben op cliënten. De insteek van aanbieders is om cliënten bij wie dat mogelijk is op den duur door te laten stromen als een positieve stap in de ontwikkeling van een cliënt. Doorstroom is daarbij geen doel op zich, maar een mogelijkheid als de ontwikkeling van de cliënt erom vraagt en de omstandigheden het toelaten. Voor de meeste cliënten is dit een perspectief van meerdere jaren.

Bevindingen fase 3

In het afgelopen jaar zijn vier cliënten uitgestroomd/overleden, de overige cliënten zitten er nog.

In totaal zijn afgelopen jaar drie Maatwerkcliënten vertrokken en één cliënt is overleden. Van deze drie Maatwerkcliënten zijn er twee vertrokken bij dezelfde organisatie. Beide cliënten bleken vanwege dezelfde redenen te zijn uitgestroomd, namelijk forse en langdurige terugval in overmatig drugs- en alcoholgebruik wat leidde tot gevaarlijke omstandigheden voor de cliënten zelf en de omgeving. Er was volgens de zorgaanbieder meer bescherming

nodig voor deze cliënten dan wat op deze plek geboden kon worden.

Daarnaast was de zorgbehoefte van deze cliënten anders dan de inschatting bij de aanmelding, met betrekking tot beslotenheid, behandeling en herziene diagnostiek. Beide cliënten zijn inmiddels woonachtig op een andere locatie van dezelfde zorgaanbieder, waar een meer gesloten setting gecreëerd kon worden. De derde cliënt is op eigen initiatief vertrokken.

Bij één cliënt vertrekt naar verwachting binnenkort vanwege ontevreden ouders (de ontevredenheid heeft geen directe relatie met de Maatwerkplek).

Er zijn vragen over de functie van een Maatwerklabel op lange termijn.

Aanbieders die al langere tijd Maatwerkplekken bieden, geven aan dat het label Maatwerkplek in de loop van de tijd vervaagt. De startfinanciering die hoort bij Maatwerkplekken heeft bijgedragen aan het creëren van een passende plek. Aan een dergelijke startfinanciering is en blijft behoefte. Als de Maatwerkplek eenmaal is ingericht vindt er als het goed is stabilisatie plaats bij cliënten en kunnen cliënten (qua bedrijfsvoering) mee in het reguliere systeem. Een aantal aanbieders ziet dit ook gebeuren bij cliënten. Door één aanbieder is aangegeven dat het 'simpele' doel van Maatwerkplekken gericht is op het creëren van een plek. Als de plek er is, is het doel behaald en zullen de cliënten in feite Meezorg-clieënten worden.

Hierbij is wel opgemerkt dat deze groep cliënten complex blijft. En wat heb je als aanbieder in de loop van de tijd aan het label Maatwerkplek als het startbudget eenmaal gespendeerd is? Wat doe je bijvoorbeeld als de woning na verloop van tijd niet meer geschikt is, als materialen beschadigd of verouderd zijn, als er forse personeelwisselingen zijn geweest waardoor opnieuw scholing nodig is? Aanbieders geven ook aan dat het niet altijd te voorspellen is hoe de ontwikkeling van cliënten verloopt. Na enkele jaren kunnen toch andere dingen noodzakelijk zijn dan vooraf bedacht. Zij hebben

nu geen zekerheid dat ze deze extra kosten voor het passend houden van de Maatwerkplek vergoed krijgen.

Eén aanbieder heeft de keuze gemaakt om cliënten eerst op een crisisunit te plaatsen. Op de crisisunit konden de plekken sneller passend en gereed gemaakt worden, qua fysieke omgeving en inzet personeel (voldoende inzet en voldoende kennis en expertise gericht op complexe zorgvragen). Deze ‘tussenfase’ maakt het mogelijk om goed te kijken wat cliënten op langere termijn nodig hebben. Na verloop van tijd is het de bedoeling dat de cliënten doorstromen naar een ‘reguliere’ woning voor cliënten met een complexe vraag. Ook die woningen moeten passend gemaakt worden terwijl er voor het passend maken van de crisisunit al kosten zijn gemaakt.

Aanbieders geven aan opvolging te missen: wie is bijvoorbeeld je aanspreekpunt als er wijzigingen nodig zijn of kan je nogmaals extra financiering aanvragen?

Aanbieders maken verschillende keuzes als het gaat over de informatie die cliëntvertegenwoordigers krijgen over het Maatwerklabel.

Sommige aanbieders kiezen er bewust voor om cliëntvertegenwoordigers te informeren over het Maatwerklabel. Cliëntvertegenwoordigers hebben volgens hen het recht om te weten onder welke voorwaarden cliënten geplaatst zijn en mogen er scherp op zijn dat cliënten daadwerkelijk de zorg en ondersteuning ontvangen waar ze recht op hebben. Tegelijkertijd ervaren aanbieders dat het label onrealistische verwachtingen oproept bij cliëntvertegenwoordigers (‘the sky is the limit’), wat niet altijd aansluit bij de visie op goede zorg van de aanbieders zelf. Daardoor kunnen er blokkades ontstaan in gesprekken. Het label geeft bij enkele cliëntvertegenwoordigers een idee van exclusiviteit. Voor aanbieders kan dit morele of ethische dilemma’s opleveren: hebben cliënten met een Maatwerklabel meer of

andere rechten dan andere (complexe) cliënten? Er zijn dan ook aanbieders die er bewust voor hebben gekozen cliëntvertegenwoordigers niet expliciet te informeren over het Maatwerklabel.

Het toekomstbeeld van cliënten verschilt, het blijven wel altijd cliënten met een complexe vraag.

Aanbieders hebben qua inrichting van de Maatwerkplekken verschillende keuzes gemaakt. Enkele aanbieders hebben gekozen voor een trapsgewijze aanpak (eerst gesloten setting of crisisunit) waarbij de verwachting is dat cliënten binnen afzienbare tijd op een ‘reguliere’ woning voor complexe zorgvragen geplaatst kunnen worden (in principe bij dezelfde aanbieder). Andere cliënten zitten nu goed op hun plek. Aanbieders blijven in kleine stappen werken aan ontwikkeling en waar mogelijk meer zelfstandigheid en minder begeleiding. Mogelijk is dan op den duur doorstroom mogelijk binnen of buiten de organisatie. Daar is veel tijd en ruimte voor nodig. Aanbieders geven daarbij wel aan dat het cliënten met een complexe vraag zullen blijven. Enkele cliëntvertegenwoordigers geven aan de verwachting/wens te hebben dat hun zoons/dochters kunnen blijven op de Maatwerkplek waar ze nu zitten. Juist omdat het lang duurt voordat cliënten op een plek aarden (soms enkele jaren) en ontwikkeling in hele kleine stappen mogelijk is.

3.4 Passende Maatwerkplekken

Vraag 4 & 5: Wat maakt dat een Maatwerkplek passend is? Is het een goede interventie geweest? En zo ja, wat zijn de werkzame elementen geweest waarom het is gelukt?

Samenvatting fase 1 & 2

Maatwerkplekken worden passend gemaakt door invulling op maat ten aanzien van zorgverlening, fysieke omgeving, sociale omgeving en organisatie van zorg. De kwaliteit van zorgverlening wordt sterk bepaald door de medewerkers die de zorg verlenen. Bejegening is daarbij van belang. Uit dit onderzoek blijkt dat de aard van begeleiding en behandeling van cliënten op een Maatwerkplek over het algemeen niet verschilt van 'reguliere' cliënten met een VG7-indicatie. De zorg is vaak wel intensiever dan reguliere cliënten.

De fysieke omgeving kenmerkt zich door ruimte om zich binnen de sociale context van de woning terug te kunnen trekken, door contact te zoeken met groepsgenoten, een prikkelarme omgeving en afgezonderde plek op het instellingsterrein.

Als het gaat over de sociale omgeving is de 'eigen' sociale omgeving van cliënten belangrijk. De kennis en ervaring van ouders is nodig om een goede plek in te richten. Daarnaast kenmerkt de sociale omgeving zich ook door de groepssamenstelling en de groepsgrootte. De match tussen cliënten op een groep kan bepalend zijn voor de ontwikkeling van cliënten en aanbieders gaan hier heel bewust mee om.

De organisatie van zorg kenmerkt zich door goede ondersteuning van het team door training, opleiding, intervisie, enzovoort. Daarnaast is veel nadruk gelegd op de opmerking dat maatwerk niet zo maakbaar is als wordt gesuggereerd, mede vanwege bestaande locatie, personeel en groeps-

samenstelling. Zorgaanbieders hebben nog wel vragen over de toereikendheid van de financiering van de Maatwerkplekken.

Bevindingen fase 3

Aanbieders hebben geen andere inrichtingskeuzes gemaakt ten opzichte van fase 1 & 2.

De inrichtingselementen zoals hierboven beschreven zijn nog steeds van toepassing (zie bijlage 1 voor een uitgebreidere omschrijving). Grotendeels waarderen aanbieders dit positief, omdat aanpassingen niet nodig zijn geweest. Eén aanbieder vraagt zich wel af of het ook kan betekenen dat er sprake is geweest van stilstand. De begeleiding van de cliënt die bij deze aanbieder op een Maatwerkplek verblijft komt van een externe organisatie. Het idee was om de begeleiding langzaam te vervangen door eigen personeel. Dit is deels gelukt en heeft hoofdzakelijk te maken met de arbeidsmarktproblematiek.

Voor de nieuw geplaatste cliënten geldt dat inrichtingskeuzes in lijn liggen met hetgeen hiervoor beschreven is. Wel is veel nadruk gelegd op de noodzaak voor sloopbestendige woningen en materialen. Eén van de aanbieders heeft bij het creëren van een Maatwerkplek voor een nieuwe cliënt ervaren dat het tijdsbestek waarbinnen het budget besteed moet worden krap was. Het heeft de aanbieder namelijk veel tijd gekost om onderzoek te doen naar de juiste materialen waarbij balans tussen sloopbestendigheid en huiselijkheid van belang was. Bijvoorbeeld: wat voor gordijnen hebben we nodig? Deze zijn nodig in het kader van privacy en de mogelijkheid voor de cliënt om zich terug te trekken. Tegelijkertijd moeten ze er niet te makkelijk afgetrokken kunnen worden en wasbaar zijn. Of welke patronen en kleuren hebben een positieve uitwerking op de cliënt. Deze aanbieder heeft wel extra tijd gekregen om het budget te besteden.

Ook is door een aanbieder aangegeven dat het vinden van een passende plek voor deze groep cliënten ingewikkeld kan zijn vanwege het label dat ze hebben. Het 'zingt rond' als cliënten en/of ouders ingewikkeld zijn. Dit vraagt van aanbieders tijd en aandacht om draagvlak te creëren bij alle betrokken medewerkers.

Ten opzichte van de oorspronkelijke projectplannen en wensen van aanbieders zijn er wel zaken veranderd bij enkele aanbieders. Zo was er een aanbieder die het plan had om alle Maatwerkcliënten op twee woningen te plaatsen. Uiteindelijk heeft deze aanbieder er voor gekozen om de cliënten te spreiden over verschillende woningen om cliënten zoveel mogelijk in de eigen regio te plaatsen. Daarnaast is er een aanbieder die de wens had om sloopbestendige Tiny Houses te plaatsen op het instellingsterrein (niet alleen voor Maatwerkcliënten). Dit is echter niet mogelijk vanwege bestemmingsplannen en bouwbesluiten.

Voor de meeste cliënten zijn de Maatwerkplekken een goede interventie geweest. Uit dit onderzoek blijkt dat de Maatwerkplekken voor het grootste deel van de cliënten een goede interventie is geweest. Werkzame elementen:

- Überhaupt verkrijgen van een plek. Vanwege het Maatwerklabel hebben cliënten voorrang gekregen op de wachtlijst. Kanttekening hierbij is wel dat er daardoor andere (complexe) cliënten langer moeten wachten op een plek.
- Cliënten zijn goed in beeld bij aanbieders waardoor ze passende zorg kunnen ontvangen.
- Zorgkantoren denken actief mee bij cliënten met een Maatwerkplek, bijvoorbeeld als het gaat over het aanvragen van Meezorg.
- Door de startfinanciering hebben aanbieders de plekken passend kunnen maken waardoor de plaatsing beter is verlopen.

Tegelijkertijd geven aanbieders aan dat ze veel van deze cliënten ook zonder Maatwerklabel zouden opnemen. Het blijft moeilijk om te zeggen of het zonder Maatwerklabel niet was gelukt om een passende plek te creëren.

3.5 Patronen in de loop van de tijd

Vraag 6: Zijn er patronen te ontdekken in de tijd op basis van het dossieronderzoek en vervolgonderzoek van cliënten? Wat zijn momenten waarop het niet meer goed gaat op een bepaalde plek en wat is daarvoor de aanleiding?

Samenvatting fase 1 & 2

Bij veel cliënten is sprake van golfbewegingen van periodes waarin het beter is gegaan en periodes waarin het minder goed ging. Periodes waarin het minder goed ging werden onder andere getriggerd door:

- 1) veranderingen in de omgeving (bijvoorbeeld nieuwe medewerkers, nieuwe bewoners, verhuizing),
- 2) handelingsverlegenheid bij medewerkers/aanbieders,
- 3) onvoldoende kunnen voorzien in randvoorwaarden als veiligheid, voorspelbaarheid en nabijheid,
- 4) verkeerde insteek van zorg en ondersteuning en
- 5) binnen de organisatie wordt onvoldoende vanuit één lijn gewerkt.

Bevindingen fase 3

Ook na het creëren van een Maatwerkplek kunnen cliënten wisselende periodes ervaren.

Voor de meeste cliënten zijn de Maatwerkplekken een goede interventie geweest. Enkele cliëntvertegenwoordigers geven aan dat ze verwachten dat hun zoon/dochter er minder goed aan toe zou zijn zonder Maatwerkplek. Of cliënten zouden nog thuis zitten, of wel binnen een instelling maar met te grote groepen en/of meer incidenten. Wel geven de meeste cliëntvertegen-

woordigers aan dat er ook tijdens het verblijf op een Maatwerkplek wisselende periodes/dagen/uren zijn. Voor aanbieders is het dan ook van belang om te blijven proberen door 'trial and error'. Het is dus niet zo dat het 'klaar' is zodra de Maatwerkplek is gecreëerd.

Stabiele periodes kenmerken zich ook door kwetsbaarheid.

Enkele cliëntvertegenwoordigers geven aan dat stabiele periodes zich ook wel laten kenmerken door kwetsbare stabiliteit. Ofwel: dat het in periodes goed gaat is nog niet altijd een garantie dat het blijvend goed zal gaan. Het is volgens hen dan ook belangrijk om op cliëntniveau positieve lessen (wat werkt goed) te bundelen, daarvan te leren en blijvend toe te passen. Het bereiken van stabiliteit is een proces dat veel inzet vraagt, tot kleine ontwikkelstapjes leidt en de nodige doorlooptijd kost. Als cliënten in een stabiele periode verkeren is het van belang om blijvend de zorg en ondersteuning te bieden die tot dan toe geboden is. Als nabijheid bijvoorbeeld belangrijk is voor cliënten moet nabijheid (juist ook in stabiele periodes) blijvend geboden worden om een terugval te voorkomen. Een enkele cliëntvertegenwoordiger geeft nog wel aan onzekerheid over de toekomst te ervaren. Wat als het aantal begeleiders minder wordt? Wat als er niet meer voldoende budget is om de zorg te bieden?

Periodes waarin het minder goed gaat worden getriggerd door verschillende oorzaken.

Cliëntvertegenwoordigers geven de volgende oorzaken aan voor periodes waarin het minder goed gaat met cliënten:

- Personele wisselingen: Bij veel aanbieders is sprake van personele wisselingen terwijl deze cliënten juist erg gebaat zijn bij nabijheid, vertrouwdsheid en stabiliteit. Goede screening van medewerkers is dan van belang. Een enkele cliëntvertegenwoordiger merkt op dat nieuwe personeelsleden de neiging hebben om 'het wiel' opnieuw uit te moeten

vinden. Dit werkt vaak averechts. Het is belangrijk dat nieuwe medewerkers bestaande 'instructies' van cliënten volgen (zie ook volgende punt).

- Loslaten van instructies: Voor cliënten ligt er vaak een set aan instructies klaar gericht op begeleiding en behandeling. Volgens cliëntvertegenwoordigers worden die instructies niet altijd gevolgd wat een negatief effect heeft op cliënten. Er werd een voorbeeld genoemd van een situatie waarbij geen picto's werden gebruikt bij een uitje terwijl de betreffende cliënt altijd gebruikmaakt van picto's en deze ook nodig heeft.
- Loslaten van de visie: Maatwerkplekken zijn met een bepaalde visie gecreëerd. Een enkele cliëntvertegenwoordiger heeft opgemerkt dat het (om welke reden dan ook) loslaten van die visie een negatief effect kan hebben cliënten. Cliënten worden immers gematcht bij een bepaalde visie en raken ook gewend aan de werkwijze die daarbij hoort.
- Samenstelling groep niet passend: Enkele cliëntvertegenwoordigers ervaren dat de samenstelling van de groep een stagnerend effect heeft op hun zoon/dochter. De match tussen cliënten is niet goed waardoor een negatieve interactie ontstaat.

3.6 Toekomst van Maatwerkplekken

Vraag 7: Wat is in de toekomst nodig om een passende Maatwerkplek te behouden?

Samenvatting fase 1 & 2

Door het versterken van het 'reguliere' aanbod aan cliënten met een complexe zorgvraag is in de toekomst misschien minder maatwerk nodig. Zorgaanbieders geven aan dat de noodzaak voor Maatwerkplekken hoofdzakelijk het gevolg is van het elders niet kunnen vinden van een passende plek waardoor complexiteit toeneemt. Daarbij geven aanbieders

aan dat er misschien wel minder noodzaak is voor Maatwerkplekken als er meer plekken zijn om cliënten met bepaalde (combinatie van) problematieken passende zorg te kunnen bieden. In de periode dat wij aanbieders spraken, werd onzekerheid ervaren over de toekomst van Maatwerkplekken.

Bevindingen fase 3

Financiële middelen en voldoende personeel zijn belangrijk om in de toekomst Maatwerkplekken te behouden.

Voldoende financiële middelen zijn volgens aanbieders belangrijk om in de toekomst Maatwerkplekken te blijven bieden. Voor de inrichting van de plekken wordt de startfinanciering toereikend gevonden. Uit dit onderzoek blijkt echter dat er in de loop van de jaren allerlei situaties kunnen ontstaan waardoor aanbieders niet voor alle cliënten met de ZZP-budgetten aangevuld met Meezorg rondkomen. Aanbieders denken goed na over de inrichting, maar de toekomst is niet altijd te voorspellen (zie paragraaf 3.3). Bijvoorbeeld: cliënten kunnen doorstromen naar een andere woning, materiële kosten die opnieuw gemaakt moeten worden vanwege sloop of onderhoud, nieuw personeel dat geschoold moet worden, borgen van kleine groepen enz. Dit soort kosten kunnen of mogen niet altijd gefinancierd worden vanuit Meezorg, bijvoorbeeld omdat de Meezorg al bestemd is voor andere doeleinden of omdat sprake is van Groepsmeezorg. Ook voldoende gekwalificeerd personeel dat met deze complexe doelgroep wil werken is noodzakelijk. Dit is - gezien de arbeidsmarktproblematiek - niet makkelijk te organiseren.

Aanbieders geven aan dat het goed is om blijvend te realiseren dat het creëren van passende plekken, ondanks een Maatwerklabel, niet altijd zo maakbaar is als gewenst. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met de arbeidsmarktproblematiek. Maar ook met restricties aan woningen die gebouwd mogen worden (zie voorbeeld Tiny Houses in paragraaf 3.4).

Daarnaast blijft het noodzakelijk om, zoals de samenvatting van fase 1 & 2 ook aangeeft) in te zetten op preventief beleid. Door versterken van 'regulier' aanbod voor complexe zorgvragen zijn er wellicht minder Maatwerkplekken nodig.

4. Bevindingen C.O.T.'s

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen over de C.O.T.'s per onderzoeksvraag, waarbij we de inzichten vanuit de gesprekken met cliëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders, C.O.T.-medewerkers en crisisregisseurs combineren. Iedere paragraaf begint met de samenvatting van fase 1 en 2. We sluiten het hoofdstuk af met een kwantitatief beeld van het aantal trajecten per C.O.T.-regio.

4.1 Succesfactoren en belemmeringen C.O.T.'s

Vraag 1: Wat zijn de succesfactoren van de C.O.T.'s? Waar gaat het nog minder goed?

Samenvatting fase 1 & 2

Er zijn diverse succes- en belemmerende factoren van de C.O.T.'s.

De succesfactoren samengevat: de externe, onafhankelijke blik van C.O.T.-medewerkers, de meerzijdige analyse en adviezen, de verschillende disciplines binnen de C.O.T.'s en de ervaring en deskundigheid van C.O.T.-medewerkers.

Als belemmerende factoren kwamen naar voren: te laat invoeren van hulp, verkeerde verwachtingen bij aanbieders en cliëntvertegenwoordigers van het C.O.T., moeite om GGZ in te zetten bij VG-cliënten, beperkt aantal crisisbedden en interne belemmerende factoren bij de aanvrager.

Bevindingen fase 3

De succesfactoren uit fase 1 en 2 zijn alle opnieuw genoemd. De meerwaarde van de C.O.T.'s blijft de blik van de buitenstaander die snel beschikbaar is en die vanuit verschillende functies/disciplines meekijkt met een grote mate van deskundigheid.

In aanvulling hierop is gezegd dat het C.O.T. de verschillende functies binnen de ontvangende organisatie op één lijn kan krijgen: alle perspectieven worden gehoord en bij elkaar gebracht. Vaak ontstaan problemen rond cliënten doordat er geen goede beeldvorming is en geen eenduidigheid in de benadering van de cliënt (zie verder bij 4.4); het C.O.T. helpt om op alle fronten (zorgteam, management, financiering) de neuzen dezelfde kant op te krijgen en te zorgen dat de hele context klopt.

Een tweede aanvullend genoemde succesfactor is de betrokkenheid van de GGZ in het C.O.T.; door de combinatie van VG- en GGZ-expertise kan de problematiek van de cliënt beter geduid worden. Ook kan hierdoor kennisoverdracht plaatsvinden richting de ontvangende organisatie, waardoor het zorgteam beter weet op welke signalen ze moet letten en hoe ze hiermee om moet gaan.

Tegelijk ligt bij dit punt ook een belemmering: niet in ieder C.O.T. is expertise vanuit de psychiatrie voldoende beschikbaar; vooral de inzet van SPV-ers en psychiaters wordt gemist. Ook is het inschakelen van GGZ-zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nog steeds een knelpunt, onder andere door de verschillende wetten voor onvrijwillige zorg (Wzd en Wvggz).

De andere belemmerende factoren uit fase 1 en 2 zijn ook opnieuw genoemd, maar uit de gesprekken met aanbieders hebben we de indruk dat *de verwachtingen bij de hulpvragende organisaties inmiddels meer overeenstemmen met wat het C.O.T. doet*. Zowel de crisisregisseurs als de C.O.T.'s zelf besteden hier voorafgaand en bij de start expliciet aandacht aan. Wel blijft het lastig dat teams die het C.O.T. inroepen vaak al langere tijd in de overlevingsstand staan, waardoor de ruimte om te reflecteren en gedrag aan te passen vaak in eerste instantie beperkt is en/of eerst een crisisplaatsing nodig is. De C.O.T.'s zouden graag iets eerder ingeschakeld willen worden, omdat er dan meer ruimte is om met het team aan de slag te gaan. Ook merken de C.O.T.'s nog regelmatig dat de hulpvragende organisatie weinig prioriteit geeft aan het maken van afspraken met het C.O.T. De C.O.T.'s stellen hier nu duidelijker grenzen aan.

Voor de werkwijze van de C.O.T.'s zelf is de registratie van de werkzaamheden nog steeds een probleem. Het landelijke registratiesysteem is nog niet in gebruik genomen. Ook kan niet iedere regio de indirecte uren declareren (is althans

de indruk van een C.O.T.-medewerker). De C.O.T.'s willen graag af en toe met elkaar om tafel om organisatorische zaken te bespreken en ervaringen uit te wisselen. Daarnaast zien ze dit als mogelijkheid om knelpunten in het systeem op een rij te zetten, zodat deze aan landelijke partijen (bijvoorbeeld het ministerie van VWS) gecommuniceerd kunnen worden. Ze ervaren voor dit soort overstijgende activiteiten op dit moment onvoldoende (financiële) ruimte.

4.2 Flexibel en ruimte voor maatwerk

Vraag 2: In hoeverre zijn C.O.T.'s goed in staat flexibel in te spelen op de vraag die op hen af komt? Welke ruimte voor maatwerk kunnen zij hierin pakken?

Samenvatting fase 1 & 2

C.O.T.'s spelen flexibel in op de vraag die op hen afkomt en bieden daardoor maatwerk. De casussen zijn zeer verschillend en de C.O.T.'s hebben dan ook heel gevarieerde inzet geboden en verschillende adviezen gegeven. De gestelde vraag blijkt niet altijd het werkelijke probleem en de C.O.T.'s zijn in staat hier flexibel mee om te gaan. Soms ervaren C.O.T.'s dat hun formatie op bepaalde punten krap is, maar over het geheel gezien kunnen zij doen wat nodig is en daarmee maatwerk bieden.

Bevindingen fase 3

In de groepsinterviews met de C.O.T.-medewerkers bleek dat de benutting van de capaciteit sterk verschilt per C.O.T.: sommige teams ervaren een grotere vraag dan ze aankunnen en bij anderen is er ruimte over. Het leveren van medewerkers is afgesproken in regionale convenanten tussen zorgaanbieders, maar blijkt voor sommige zorgaanbieders een probleem. Hierdoor zijn de C.O.T.'s soms onderbemand. De inzet voor het C.O.T. legt ook druk op C.O.T.-medewerkers: sommigen doen het C.O.T. bovenop hun normale werkuren en

moeten dat privé rondkrijgen; bij anderen valt de C.O.T.-inzet binnen hun contracturen en dan vallen er soms gaten in de eigen organisatie. Dit heeft ertoe geleid dat enkele C.O.T.-medewerkers zijn gestopt. De C.O.T.'s die krapte ervaren zien dit vooral bij gedragsdeskundigen in de 'basisformatie', maar ook de al genoemde SPV'er en specifieke deskundigheid op oproep- of consultbasis worden bij sommige teams gemist (bijvoorbeeld psychiater, arts verstandelijk gehandicapten of expertise op het gebied van verslaving).

Het streven om binnen 48 uur te starten wordt grotendeels gehaald. Dit lukt niet overal, vooral wanneer er meerdere aanmeldingen in één week zijn. Zoals in fase 1 en 2 bleek, ligt het vaker aan de vragende instelling dat het C.O.T. na het eerste contact niet direct in actie kan komen, doordat de benodigde afspraken niet op korte termijn worden ingepland. De C.O.T.'s sturen hier nu nadrukkelijker op bij de intake en vragen de zorginstelling om commitment uit te spreken voor het traject. Daarbij gaat het niet alleen om het vrijmaken van tijd voor gesprekken met het C.O.T., maar ook om de bereidheid om adviezen te ontvangen en te implementeren. In de adviezen zorgen de C.O.T.'s ook voor maatwerk: ze stemmen af op de situatie waarvoor ze ingeroepen zijn en de vraag vanuit de organisatie (waarbij ze alert zijn op de vraag achter de vraag). Het werken in de driehoek van manager, gedragskundige en casemanager (begeleider) biedt de mogelijkheid om op alle niveaus aan de slag te gaan met de vraag van de organisatie. Dat laatste wordt ook door aanbieders als effectief ervaren.

Vanuit de ervaringen van de zorgaanbieders komen ook een aantal aandachtspunten naar voren. De adviezen van het C.O.T. zijn erop gericht dat cliënten op de plek kunnen blijven wonen. De zorgvraag kan echter een zodanige invulling van de zorg vragen dat dit op gespannen voet komt te

staan met de visie van de zorgaanbieder. Denk bijvoorbeeld aan heftig externaliserend gedrag waarbij het regelmatig stevig beetpakken van de cliënt noodzakelijk is⁷, in een setting waarin gezamenlijkheid en gezinsleven centraal staan. Ook is het in een kleinschalige setting lastig om vanuit een vast team één-op-één-begeleiding te bieden, dit is roosterteknisch niet altijd haalbaar. Meerdere aanbieders hebben aangegeven dat het C.O.T. hierop bleef hameren, terwijl dit in hun ogen moeilijk of niet realiseerbaar was (ook in het belang van de andere bewoners). Deze aanbieders vinden het belangrijk dat het C.O.T. rekening houdt met de visie en de setting van de hulpvragende organisatie en de adviezen daarop laat aansluiten.

Een tweede aandachtspunt is dat het C.O.T. niet altijd als een team overkwam op de zorgaanbieders. Eén aanbieder ervaarde het C.O.T. als losse individuen die weinig onderlinge verbinding lieten zien. Bij een ander was er een C.O.T.-medewerker die afweek van de gezamenlijk afgesproken lijn.

Tot slot hebben verschillende aanbieders aangegeven dat ze de inzet van het C.O.T. vrij beperkt vonden. Bij meerdere casussen zijn slechts twee of drie bezoeken op de locatie geweest. In sommige gevallen werden minder overleg- of begeleidingsmomenten gerealiseerd dan aan het begin afgesproken. Ook vonden enkele aanbieders dat het traject vrij abrupt stopte, terwijl ze het prettig hadden gevonden nog wat langer een beroep op het C.O.T. te kunnen doen (in de vorm van geplande gesprekken/coaching of ongepland nog eens een vraag voor kunnen leggen). Hier staat tegenover dat de C.O.T.'s aangeven in veel gevallen gebruik te maken van de verlenging van drie maanden (na de initiële drie maanden) en tevens beschikbaar te zijn voor vragen na afronding van het traject. Een andere behoefte van aanbieders is

⁷ Maatregel die is afgesproken na doorlopen van het stappenplan Wzd.

advies voor een vervolgtraject voor extra ondersteuning op specifieke onderdelen.

4.3 Langduriger effect

Vraag 3: *Heeft de interventie van het C.O.T. een langduriger effect op de zorg voor de cliënt en het team rond de cliënt ook na de initiële interventie?*

Samenvatting fase 1 & 2

De interventies van het C.O.T. hebben bij meerdere cliënten een langdurig positief effect op de cliënt en het team. Het effect en de impact van het C.O.T. is afhankelijk van wat de zorgaanbieder met de adviezen doet en de C.O.T.'s zien hierin duidelijk verschillen tussen aanbieders. Ook was bij meerdere casussen tijdens het C.O.T.-traject al duidelijk dat deze niet op de bestaande plek zouden blijven, waardoor het effect van het C.O.T. op die casussen moeilijker is te duiden. De aanbieders van de vier casussen waarbij het C.O.T.-traject volledig is afgerond en die nog op de bestaande plek wonen, zien een positief en duurzaam effect op de cliënt en het team. Bij één casus lukte het niet om de randvoorwaarden op de locatie goed te krijgen, waardoor de cliënt moest worden uitgeplaatst.

Bevindingen fase 3

Voor het antwoord op deze onderzoeksvraag hebben we ons gefocust op de casussen uit fase 1-2 die momenteel nog op de betreffende plek verblijven. Het gaat om drie casussen waarvan we de zorgaanbieder hebben gesproken; van één van deze casussen hebben we ook de cliëntvertegenwoordiger gesproken. Daarnaast hebben we een cliëntvertegenwoordiger gesproken van een casus waarbij de zorgaanbieder geen respons heeft gegeven. We geven voor elk van de vier casussen een korte schets van en reflectie op de (duur van de) effecten.

Casus A (alleen aanbieder)

De cliënt van deze casus ervaart volgens de aanbieder meer basisveiligheid, hoewel er nog steeds regelmatig momenten zijn van depressief en in zichzelf gekeerd gedrag. Door een vast team van zes medewerkers en door regelmatig overleg waarin de begeleidingslijn wordt herhaald en herijkt, is er voor de cliënt meer voorspelbaarheid. Het team heeft meer inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, waardoor er minder overvraging is. Het team is ook meer ontspannen in de interactie met de cliënt; medewerkers zijn minder bezig met wat er allemaal mis kan gaan en kijken reëler naar mogelijke risico's. Medewerkers accepteren de nieuwe situatie van de cliënt en proberen niet meer de oude persoon 'terug te krijgen'; dit voorkomt ook overvraging.

Casus B (aanbieder en cliëntvertegenwoordiger (ouders))

Vergeleken met de crisissituatie gaat het een stuk beter met de cliënt; ouders merken dit aan houding en gedrag van hun kind. Ook de zorgaanbieder geeft aan dat het beter gaat; er is nog wel onrust, maar dit is (mede door adviezen van het C.O.T.) hanteerbaar. De onderzoeken die het C.O.T. heeft uitgevoerd, hebben meer inzicht gegeven in de oorzaken van het onrustige gedrag en de psychotische verschijnselen. Dit hielp de zorgaanbieder om de begeleidingsstijl aan te passen en ouders hierin mee te nemen. Volgens de zorgaanbieder waren de adviezen van het C.O.T. erg algemeen en hebben ze niet allemaal gewerkt (bijvoorbeeld het gebruik van picto's bleek voor de cliënt geen betekenis te hebben). Voor de ouders was het belangrijkste effect dat hun kind weer terug kon naar de woonplek na een periode van thuis wonen, wat voor de ouders te belastend was. Zij missen nog wel de blijvende ondersteuning van een psychiater voor de medicatie.

Casus C (alleen cliëntvertegenwoordiger (mentor))

Sinds de inzet van het C.O.T. zijn er geen escalaties meer geweest op het niveau van het incident dat aanleiding was om het C.O.T. in te roepen. De mentor ziet aan het functioneren van de cliënt dat de huidige aanpak van zoveel mogelijk voorspelbaarheid goed werkt. De cliënt werd in het verleden overvraagd door de neiging van de zorgmedewerkers hem zoveel mogelijk aan het normale leven te laten deelnemen. Eerder onderzoek door het CCE en de adviezen van het C.O.T. hebben duidelijk gemaakt dat dit voor hem niet haalbaar is. Tot nu toe lijkt het team zich te houden aan de afgesproken benadering, maar door wisselingen in persoonlijk begeleider en manager ziet de mentor risico's voor de continuïteit in de aanpak.

Casus D (alleen aanbieder)

De adviezen in deze casus waren er vooral op gericht om een stabiel kern-team te creëren dat de één-op-één-begeleiding langdurig vol kan houden. Dit is de zorgaanbieder gelukt door betere screening en goede inwerkfase van nieuwe medewerkers, een goed georganiseerde back-up vanuit de locatie en het opknippen van lange diensten. Hierdoor lopen de medewerkers niet 'leeg' op de cliënt, behouden ze hun werkplezier en stralen ze rust uit naar de cliënt, waardoor diens vertrouwen in het team steeds verder toeneemt. Hierdoor zijn er geen crisissituaties meer geweest en de frequentie van escalaties neemt af. Er zijn nog wel heftige situaties en de cliënt blijft één-op-één-begeleiding nodig hebben, maar over het geheel gezien is er een goede leefsituatie voor de cliënt gecreëerd waarin langzamerhand ook wat ruimte komt voor kleine interacties met medebewoners (zonder opnieuw te overvragen).

In deze casussen is er een langduriger effect op de zorg voor de cliënt en het team rond de cliënt, wat ook leidt tot positieve effecten op de cliënt zelf. Het vraagt wel veel aandacht van de zorg om het nieuwe plan te blijven uitvoeren (vooral bij

wisselingen in medewerkers) en om vanuit de (soms globale) adviezen steeds weer de vertaalslag naar de praktijk van dit moment te maken. De C.O.T.-medewerkers geven ook het belang aan van een goede ondersteuning van een zorgteam door manager en gedragskundige om te blijven doen wat ze moeten doen. Wanneer deze te ver op afstand staan van het team is het lastig een langduriger effect te bereiken.

4.4 Lessen voor zorgverleners*Vraag 4: Wat hebben de zorgverleners ervan geleerd?***Samenvatting fase 1 & 2**

De zorgverleners hebben inzichten opgedaan op diverse aspecten van de zorgverlening en hoe zij die kunnen verbeteren. Het C.O.T. maakt lacunes en blinde vlekken zichtbaar, zoals onvolledige beeldvorming, een te abstracte vertaling van behandeladviezen naar het team, onvoldoende deskundigheid in het team en het niet gebruiken van expertise die aanwezig is in de eigen organisatie. Belangrijkste leerpunt is dat het probleem vaak niet in de cliënt ligt (wat aanbieders vaak denken), maar in het systeem eromheen, bijvoorbeeld door gebrekkige samenwerking. Dit is voor veel zorgaanbieders een eyeopener.

Bevindingen fase 3

De bevindingen in fase 3 komen overeen met wat we in fase 1 en 2 hebben opgehaald. De situaties van de casussen verschillen sterk, maar in vrijwel alle gevallen heeft het C.O.T. nieuwe inzichten gegeven over bijvoorbeeld het functioneren van de cliënt, gevolgen van de aandoening, onderliggende patronen in het gedrag en de wisselwerking met de begeleiding. De crux zit hem vaak in het delen van de verschillende beelden die medewerkers hebben en het gezamenlijk duiden hiervan. Het C.O.T. helpt om een totaalbeeld te creëren (zo nodig met aanvullende expertise zoals een neuropsycholoog of

SPV-er) en om vervolgens een plan of benaderingswijze op te stellen waar iedereen zich aan houdt. Verder werden een signaleringsplan en risicotaxatie door meerdere aanbieders genoemd als concrete handvatten. We hoorden in de gesprekken ook regelmatig dat het C.O.T. had meegekeken met het dagprogramma, omdat bij veel cliënten die in crisis raken sprake is van overvraging in de dagelijkse activiteiten of juist van teveel 'lege' momenten.

Naast nieuwe inzichten kregen aanbieders ook vaak van het C.O.T. bevestiging op de punten die ze al goed deden. Dat geeft veel vertrouwen en helpt teams en individuele medewerkers om eventuele leerpunten te ontvangen.

Sommige situaties zijn zo specifiek dat de lessen alleen toepasbaar zijn voor de betreffende cliënt, maar in veel gevallen leren de aanbieders dingen die zij ook voor andere cliënten kunnen gebruiken. Een concreet punt van aandacht voor de aanbieders is dat medewerkers vaak alleen op een groep werken en daardoor elkaar geen feedback en steun kunnen geven. Hierdoor kunnen visie en werkwijze toch weer gaan verschillen of komen medewerkers in een negatief gevoel terecht. Het blijven herhalen van de inzichten en afspraken (de vertaalslag naar de praktijk van nu blijven maken) is cruciaal. Eén aanbieder gaf aan daarom wekelijks overleg te hebben met (zoveel mogelijk medewerkers uit) het vaste team rond de cliënt, om elkaar scherp te houden op de afspraken en ervaringen uit te wisselen. De notulen hiervan worden gemaild aan de afwezigen en eventuele tijdelijke krachten.

4.5 Beeld van naasten (versus zorgteam)

Vraag 5: Zien naasten het functioneren van de cliënt anders dan de zorg (zorgverleners en teammanagement) rond de cliënt?

Samenvatting fase 1 & 2

Naasten hebben soms een ander beeld van het functioneren van de cliënt dan de zorgverlener. De relatie tussen zorgaanbieder en naasten is vaak kwetsbaar, waardoor wij weinig naasten hebben kunnen spreken. Van twee casussen weten wij dat er (blijvend) verschil van mening was tussen naasten en zorgaanbieder of C.O.T.

Bevindingen fase 3

Ook in deze fase hebben wij niet van alle cliënten de cliëntvertegenwoordiger of andere naasten kunnen spreken. Van in totaal drie casussen hebben wij zowel de aanbieder als de cliëntvertegenwoordiger kunnen spreken.

Vanuit deze casussen ontstaat het beeld dat naasten het functioneren van de cliënt inderdaad anders zien dan de zorgverleners. Sommige ouders zagen al een tijd aankomen dat het niet goed ging met hun verwant en probeerden dit aan de orde te stellen bij het zorgteam. Bij andere ouders duurde het juist even voor het besef doordrong dat hun verwant achteruitging in functioneren. Of hun beeld van het functioneren van hun verwant nu volledig 'klopt' of niet, ouders zijn de expert op het leven van hun kind: zij kennen hem of haar al het hele leven en hebben al veel meegemaakt met hun kind. Ze willen een goede woon- en leefsituatie voor hun kind, waarin hij of zij zoveel mogelijk het normale leven kan beleven. Hoewel zorgverleners dat ook graag willen voor de cliënt, zien zij in de casussen uit het onderzoek dat dit niet (ten volle) haalbaar is voor de persoon. Of dat dit niet gerealiseerd kan worden binnen de huidige setting, omdat er meer zorg en ondersteuning nodig is. Het is vaak overvraging die tot de crisissituatie heeft geleid. In het belang van de cliënt

creëren ze bijvoorbeeld een daginvulling met minder prikkels en sociaal contact, omdat dit teveel vraagt en verwarring oplevert. Dit kan voor ouders lastig te begrijpen en te accepteren zijn. Hierin kan wrijving ontstaan tussen ouders en zorgaanbieder; in de casussen die wij hebben gesproken heeft dit niet tot problemen geleid, maar het kan voor beide partijen wel een zoektocht zijn hoe ze elkaar hierin kunnen vinden.

Bij twee casussen waarvan we de cliëntvertegenwoordiger hebben gesproken, heeft de zorgaanbieder tijdens of na de crisissituatie aangegeven niet de zorg en ondersteuning te kunnen bieden die de cliënt nodig heeft. Dit legde grote druk op de ouders, vooral in de situatie waar ouders gevraagd werden de cliënt thuis op te vangen. In beide gevallen heeft het C.O.T. de zorgaanbieder gewezen op de zorgplicht en is gezorgd voor terugkeer van de cliënt. De cliëntvertegenwoordigers hebben deze invloed van het C.O.T. als positief ervaren, maar de aanbieders voelden zich voor het blok gezet.

Ouders/cliëntvertegenwoordigers willen graag betrokken zijn bij beslissingen over de zorg, zeker wanneer zij ook een rol hebben als mentor of curator. *Bij een crisissituatie en de stappen die dan genomen worden, komen ouders of cliëntvertegenwoordigers makkelijk op afstand te staan, terwijl het dan juist extra belangrijk is om aangehaakt te zijn.* Een crisissituatie roept veel vragen en onzekerheden op bij ouders of mentor, waarvoor zij aandacht vragen bij de zorgverlener. De zorgverlener kan dat als belastend ervaren, hoeveel begrip er ook is voor de behoefte hieraan. Vooral omdat het voor de zorgaanbieder ook een hectische situatie is en niet altijd duidelijk is welke route ze moeten doorlopen.

De cliëntvertegenwoordigers die wij hebben gesproken, hebben geen of weinig rechtstreeks contact gehad met het C.O.T. Allen geven aan dat zij hierin iets gemist hebben. Ze willen graag op de hoogte zijn van het proces en op inhoud

meegenomen worden, hun mening over de situatie kunnen geven én adviezen ontvangen voor de omgang met hun naaste. Ook zorgverleners zouden het prettig vinden als het C.O.T. aan kennisoverdracht richting de naasten doet. Het helpt als het C.O.T. uitlegt welke nieuwe inzichten er zijn over het functioneren van de cliënt en welke adviezen zij geven voor begeleidingsstijl, dagprogramma, et cetera. Vooral als het beeld van het functioneren dat ouders hebben heel anders is dan dat van de zorgverlener. Direct contact tussen C.O.T. en ouders/cliëntvertegenwoordiger is ook door andere zorgaanbieders genoemd als wenselijk, zodat binnen het systeem rond de cliënt geen ruis ontstaat. Uit de interviews met de C.O.T.-medewerkers weten we dat sommige C.O.T.'s standaard contact hebben met naasten en andere alleen als de aanmelding een cliënt betreft die bij ouders woont.

4.6 Minder crises en crisismeldingen?

Vraag 6: Zien we bij cliënten voor wie een C.O.T. actief is geweest minder crises en/of crisismeldingen? Ook op langere termijn?

Samenvatting fase 1 & 2

Bij de casussen uit fase 1 zijn geen crisissituaties geweest sinds de inzet van het C.O.T.; voor fase 2 is de tijd te kort om al te spreken van een langetermijneffect. Dit behoeft geen verdere toelichting; zie ook deelvraag C.O.T. 3.

Bevindingen fase 3

Door de kleine aantallen geven de casusgerichte bevindingen weinig houvast voor beantwoording van deze vraag. We geven hier voor de casussen uit fase 1-2 en de nieuwe casussen wel een schets van de crisissituaties na inzet van het C.O.T. We sluiten de paragraaf af met een reflectie door de crisisregisseurs.

Van de vijf potentiële cliënten uit fase 1 en 2 die in fase 3 zijn meegenomen omdat zij nog op hun plek van herkomst woonden, is bij één cliënt opnieuw

crisis ontstaan. Van deze cliënt is na maanden van opname en onderzoek geconstateerd dat passende zorg gezocht moet worden in de GGZ omdat deze problematiek op de voorgrond staat (mogelijk is helemaal geen sprake van een verstandelijke beperking). Bij de andere cliënten is (voor zover wij weten; van één casus hebben we geen beeld) niet opnieuw een crisissituatie geweest. Zoals in 4.3 beschreven is er vaak wel een blijvende onrust of achteruitgang in functioneren, maar het team heeft tot nu toe voldoende handvatten om hiermee om te gaan en voldoende kwaliteit van leven te realiseren.

Bij de casussen die nieuw zijn in fase 3 zijn bij twee van de vijf geen nieuwe crisissituaties ontstaan. Er zijn nog wel regelmatig spanningen bij de cliënt en/of de medewerkers, maar de situatie is hanteerbaar en/of er zit verbetering in. Bij één van de casussen vraagt dit een grote inspanning van de zorgaanbieder van bijna Maatwerkplek-achtige proportie: er is een aparte woonunit naast de woongroep geplaatst om de cliënt één-op-één-begeleiding in een prikkelarme omgeving te bieden.

Bij één cliënt is een crisissituatie ontstaan met een medebewoner, waarbij de cliënt eigenlijk niet de oorzaak was, maar de organisatie heeft besloten een andere plek voor de cliënt te gaan zoeken omdat de persoon niet op de plek is in deze setting. Voor twee andere cliënten is ook samen met het C.O.T. besloten dat een andere, beter passende plek nodig is. Bij één van deze cliënten is, in afwachting van de verhuizing, de situatie alsnog geëscaleerd waardoor de persoon nu tijdelijk bij een familielid verblijft. Bij de andere cliënt is na verhuizing (binnen de locatie) de psychiatrische problematiek zo op de voorgrond gebleven dat een behandelopname nodig bleek. Terugkeer na opname is voor deze persoon waarschijnlijk niet mogelijk omdat daar niet de nabijheid kan worden geboden die nodig is.

De crisisregisseurs geven aan dat het lastig is om het effect op de langere termijn te bepalen: er spelen veel factoren mee in het ontstaan van een crisis, die niet allemaal voorkomen kunnen worden door een C.O.T.-traject. Ook verschilt het of een situatie als crisis wordt aangemeld bij de crisisregisseur; een vergelijkbare situatie wordt in de ene organisatie of periode intern opgelost en op een andere plaats of tijd bij de crisisregisseur aangemeld.

Wel schatten crisisregisseurs in dat in acht van de tien gevallen het C.O.T. een crisis-opname weet te voorkomen. Dat is in ieder geval winst voor de cliënt. Het wil echter niet zeggen dat de cliënt op langere termijn op de plek kan blijven: soms is de plek echt niet passend te maken en is alsnog overplaatsing nodig.

De crisisregisseurs hebben de indruk dat het doel van het C.O.T. (niet de cliënt verplaatsen maar de context aanpassen) voor een deel bewustwording oplevert bij zorgteams. De mindset gaat steeds meer naar 'wat kunnen we zelf anders doen' in plaats van 'deze cliënt moet hier weg'. Deze verandering vindt nu vooral plaats op de woningen waar een C.O.T. betrokken is geweest. Het zou goed zijn als dit verder doorsijpelt in de organisaties in. Het is niet de taak van het C.O.T. om lessen breder in de hulpvragende organisaties te laten landen, maar de C.O.T.'s zoeken wel naar passende manieren om signalen te delen (bijvoorbeeld met de regionale stuurgroep van het C.O.T. of het zorgkantoor).

4.7 Kwantitatief beeld C.O.T.'s

We hebben de crisisregisseurs gevraagd om een update van het aantal aanmeldingen en trajecten. In tabel 3.1 geven we de aantallen weer tot 1 september 2022. De meest rechterkolom toont het aantal trajecten in het afgelopen jaar (vergelijking maken tussen het peilmoment 1-9-'21 en 1-9-'22). In totaal zijn 443 trajecten gestart door de C.O.T.'s, waarvan 267 in de periode van september '21 tot september '22. Dit betekent gemiddeld zo'n 17 C.O.T.-

trajecten per regio in het afgelopen jaar. Er zijn nog steeds forse verschillen tussen de regio's in het aantal trajecten. We verwachten hierop vergelijkbare verklaringen als in de 2^e fase: de bekendheid van het C.O.T. in een regio, de mate waarin aanbieders in een regio interne expertise organiseren voor complexe problematiek en de verdeling van casuïstiek op de regiogrenzen op

basis van ruimte in de caseload. Daarnaast kunnen de omvang van de regio's en het aantal Wlz-cliënten een rol spelen. Omdat de C.O.T.-regio's niet samenvallen met de zorgkantoorregio's kunnen wij daar geen analyse op maken.

C.O.T.	Start	Aanmeldingen t/m 1-9-'22	Trajecten t/m 1-9-'22	Trajecten 1-9-'21 tot 1-9-'22
Groningen, Friesland, Drenthe	jan-21	43	35	23
Kop Overijssel, Flevoland	feb-21	29	25	14
Twente, Salland, Achterhoek	apr-21	33	27	17
Arnhem, Veluwe	mei-21	21	18	13
Utrecht, 't Gooi	mei-17	onbekend	53*	20
Amsterdam	sep-20	onbekend	15	6
Kennemerland, IJmond en Zaanstreek	mei-18	onbekend	20*	16
Noord-Holland Noord	feb-21	onbekend	29	16
Zuid-Holland Noord, Leiden, Woerden	nov-20	26	26	15
Haaglanden/Westland	dec-20	17	17	12
Rotterdam/Waardenland	dec-20	17	17	8
Zeeland	mrt-20	16	16	8
West-Brabant	dec-20	24	23	15
Midden- en Oost-Brabant	nov-20	42	39	28
Nijmegen	nov-20	28	26	18
Limburg	nov-20	64	57	38
Totaal			443	267

Tabel 3.1: Overzicht C.O.T.'s met startdata, aantallen aanmeldingen en trajecten, september 2022 * sinds augustus 2020

5. Bevindingen

beleidsmatig niveau

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen op beleidsmatig niveau, op basis van de interviews met landelijke partijen en de gezamenlijke reflectie in een online sessie.

5.1 Veranderingen in de complexe zorg

Vraag 1: Hoe is de complexe zorg veranderd? Wat is er anders dan de jaren hiervoor?

Er is geen eenduidige definitie voor complexe zorg en de respondenten hebben elk vanuit hun eigen referentiekader een reactie gegeven op de verandering in de complexe zorg. Vanwege de scope van dit onderzoek richten we ons bij de beantwoording van deze vraag op de impact van de gekozen maatregelen op het omgaan met de complexe problematiek waarvoor de maatregelen van Maatwerkplekken en C.O.T.'s in het leven zijn geroepen. We kijken dus een paar jaar terug in de tijd en benoemen factoren die in positieve of negatieve zin bijdragen aan de beweging in de complexe zorg. We richten ons niet op het verklaren van een toename van complexe zorgvragen; meer informatie daarover vindt u bijvoorbeeld in de Probleem-analyse VG7 (HHM, 2020).

In de langdurige zorg werd een aantal jaren geleden duidelijk dat er een groep cliënten was met een complexe zorgvraag waarbij het niet lukte om tijdig passende zorg te bieden. Met het programma Volwaardig leven wilde het ministerie van VWS, samen met betrokken partijen in beleid en uitvoering, de zorg voor (onder andere) deze cliënten verbeteren. Hiervoor werden meerdere projecten gestart, waaronder de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s.

In de aanloop naar het programma Volwaardig leven is een lijst met cliënten opgesteld. Het eerste beeld was dat het om zo'n 300 cliënten ging. Twee derde hiervan bleken 'reguliere VG7-cliënten' op zoek naar een passende plek op een andere locatie (NB). Deze groep komt in het vervolg van deze notitie nog een aantal keer terug. Voor de overige 100 cliënten was de gedachte dat een Maatwerkplek gecreëerd moest worden (vandaar 'het 100 plekken plan').

Ook hier viel echter een flink deel van de cliënten af: de middelen voor het project konden alleen worden ingezet voor Wlz-cliënten. Uiteindelijk hebben (tot nu toe) zo'n 80 cliënten toegang gekregen tot de Maatwerkplekken. Voor een deel van deze cliënten is in korte tijd een Maatwerkplek gerealiseerd bij één van de negen aanbieders die zich hiervoor hadden aangemeld; andere cliënten zijn afgehaakt of hebben een andere passende oplossing gevonden (zie hoofdstuk 3 voor de bevindingen over de Maatwerkplekken).

Het tweede project, het opzetten van C.O.T.'s, was een landelijke uitrol van een pilot die bij zorgkantoor Zilveren Kruis was gestart met een crisis-interventieteam. Door het project is in de periode van begin 2020 tot medio 2021 een landelijke dekking van C.O.T.'s gerealiseerd. De ontwikkeling van deze teams liep grotendeels parallel, waardoor ieder team voor de eigen regio de werkwijze heeft ingevuld (mede op basis van al bestaande structuren en verbanden). Er is dus geen volledig uniforme werkwijze, maar het doel van de C.O.T.'s is overal gelijk: het ondersteunen van teams (en eventueel naasten) van cliënten in acute crisissituaties, zodat de cliënt niet uitgeplaatst hoeft te worden of na verblijf op een crisisplek weer terug kan keren op zijn woonplek. De ondersteuning bestaat uit adviezen op cliënt-, team- en organisatiekenmerken, waardoor de context passend gemaakt kan worden op wat de cliënt nodig heeft (in plaats van de cliënt over te plaatsen naar een andere setting).

In bovenstaande beschrijvingen van Maatwerkplekken en C.O.T.'s komt een gezamenlijke lijn naar voren: het passend maken van de context voor de cliënt. Dit komt als rode draad naar voren in de gesprekken over hoe de complexe zorg is veranderd: niet de cliënten zijn complexer geworden, maar we slagen er onvoldoende in om hen de context te bieden waarbinnen ze zich fysiek, sociaal en emotioneel veilig voelen. Dat dit besef nu breed leeft en als urgent wordt gevoeld onder alle betrokken partijen, is volgens meerdere van

onze respondenten een belangrijke verandering in de complexe zorg. Daarbij benoemen de partijen ook dat deze bewustwording pas de eerste stap is en dat een daadwerkelijke verandering meer tijd nodig heeft. Tegelijk zijn er al wel veranderingen zichtbaar: respondenten noemen dat steeds meer aanbieders de omslag maken van beheersmatig werken naar betekenisverlening aan complex gedrag en hun visie en methodiek door-vertalen in de hele organisatie. Ook wordt het door zorgaanbieders en zorgkantoren meer gevoeld als een gezamenlijke opgave om passende oplossingen te vinden. Naast de realisatie van Maatwerkplekken en C.O.T.'s noemen respondenten verschillende andere ontwikkelingen die aan deze beweging bijdragen, denk aan de aandacht voor VG7, de doorontwikkeling van de meerzorgregeling en de ontwikkeling van de kennisinfrastructuur voor LVB+ en EVB+.

Er zijn ook kritische noten en aandachtspunten:

- De huidige wettelijke en financieringskaders maken het soms erg lastig of zelfs onmogelijk om passende zorg te kunnen bieden. Meest genoemd hierbij zijn de scheiding tussen jeugdzorg en volwassenzorg en tussen VG- en GGZ-zorg. Bij dit laatste vormt in het bijzonder de nieuwe wetgeving rond onvrijwillige zorg een belemmering (de Wet zorg en dwang, Wzd en de Wet verplichte ggz, Wvvgz).
- Een grote en veelgenoemde complicerende factor vormt de arbeidsmarktproblematiek. Op alle functies (begeleiders, gedragskundigen en managers) worden steeds meer tekorten ervaren, waardoor onvoldoende opgeleide of toegeruste professionals worden ingezet en niet altijd de benodigde setting aan cliënten kan worden geboden. Dit probleem wordt in de complexe zorg nog sterker ervaren dan elders. Van meerdere kanten krijgen zorgkantoren signalen dat juist in deze zorg het verloop en verzuim hoog zijn en het moeilijk is om nieuwe medewerkers te vinden.
- Het gevoel bij sommige respondenten is dat steeds nieuwe dingen (zoals de nu besproken Maatwerkplekken en C.O.T.'s) worden opgetuigd voor

specifieke problemen of cliëntgroepen, waardoor het aantal regels, afbakeningen en procedures daardoor toeneemt en dus het systeem complexer wordt.

- Ook worden (schaarse) professionals uit het primaire proces van hun eigen organisatie getrokken. Hier staat tegenover dat het voor deze professionals een mooie manier is om zich verder te kunnen ontwikkelen.
- Tot slot wordt opgemerkt dat de Maatwerkplekken zich op een hele kleine groep richten, terwijl er een grote laag onder zit van cliënten met complex gedrag en/of multiproblematiek die in het bestaande aanbod ook geen passende plek vinden (getuige het feit dat ze al heel lang op een wachtlijst staan voor een andere plek of zelfs niet op een wachtlijst komen doordat aanbieders hen weigeren). De criteria van de Maatwerkplekken worden hierdoor als rigide ervaren. Ook wijzen partijen erop dat er meer preventief gewerkt moet worden om te voorkomen dat de problematiek zodanig verergert dat iemand een Maatwerkplek of C.O.T. nodig heeft.

Dit laat zien dat de beweging richting passende zorg wel in gang is gezet, maar meer tijd (en mogelijk ook meer inspanning) nodig is voor een daadwerkelijke, fundamentele en structurele verandering.

5.2 Ontwikkeling van de doorstroom

Vraag 2: Hoe is de ontwikkeling van de doorstroom van cliënten in de complexe gehandicaptenzorg?

Deze vraag wekt de suggestie dat doorstroom wenselijk en haalbaar is in de complexe gehandicaptenzorg. Voor de doelgroep waar het hier om gaat, is het juist van belang om een plek te hebben waar ze onvoorwaardelijk mogen blijven. Voor de Maatwerkplekken geldt dat cliënten hier in principe levenslang gebruik van kunnen maken. Doorstroom naar een andere plek is dus niet het doel bij deze plekken. Ook de C.O.T.'s hebben tot doel de cliënt op de

bestaande plek te laten blijven (eventueel na een crisisopname). Doorstroom is voor deze cliënten dus geen relevant begrip, behalve in situaties dat een cliënt een wens heeft om naar een ander soort woning te gaan of dat passende zorg niet (meer) op de bestaande plek kan worden georganiseerd.

In de gesprekken hebben we verschillende signalen gehoord over de lange wachtlijsten en het gebrek aan doorstroom in de intensieve zorg (VG6-7) die samenhang vertoont met de doelgroep van dit onderzoek:

- Een Maatwerklabel geeft bij aanbieders een positieve druk om cliënten zo snel mogelijk op te nemen. Voor deze cliënten heeft het bijgedragen aan een 'snellere' plaatsing op een passende plek. Veel aanmeldingen bij de CCC, die de toegang tot de Maatwerkplekken beoordeelt, zijn echter cliënten uit de laag onder de Maatwerkplekken, waarmee aanbieders in hun maag zitten vanwege de grote wachtlijsten.
- Bij de start van de Maatwerkplekken hebben aanbieders een aantal plekken gereserveerd voor Maatwerkcliënten. Voor aanbieders is het ingewikkeld om plekken leeg te houden terwijl de wachtlijsten op reguliere plekken lang zijn en doorstroom beperkt is. De groep onder de Maatwerkplekken ontvangt niet altijd passende zorg, waardoor de complexiteit van hun zorgvraag toeneemt en niet meer hanteerbaar is voor de organisatie, waardoor deze cliënten in een negatieve spiraal van verplaatsingen terecht kunnen komen (en uiteindelijk mogelijk een Maatwerkplek nodig is). Inmiddels heeft een aantal aanbieders met het zorgkantoor afgesproken dat de plekken die nog niet gevuld zijn hun status van Maatwerkplek verliezen.
- Door gebrek aan verblijfplaatsen kiezen sommige mensen voor een pgb in de thuissituatie of in een kleinschalige voorziening; soms kan hier niet de benodigde setting worden geboden en komt de cliënt op een crisisplek terecht, waarna hij niet kan doorstromen naar een passende plek.

Met hulp van een C.O.T. kan soms gewerkt worden aan beter passende begeleiding op de plek van herkomst, maar de C.O.T.'s zien ook teams waar de grenzen echt zijn bereikt en organisaties die niet in de benodigde randvoorwaarden kunnen voorzien. Dit kan ook te maken hebben met een slechte matching toen de cliënt op de locatie kwam wonen: onder druk van de situatie (bijvoorbeeld overbelaste ouders of andere woonvorm) wordt soms gekozen voor een net niet passende plek, wat uiteindelijk leidt tot een onhoudbare situatie op de nieuwe plek.

Tot slot is een specifieke groep genoemd voor wie er geen sluitende keten is, namelijk mensen met een combinatie van een verstandelijke beperking met verslaving en GGZ-problematiek. In plaats van te denken in een keten met zorgmomenten en -plekken die elkaar opvolgen, zou meer netwerkzorg georganiseerd moeten worden voor cliënten met multiproblematiek die om expertise van verschillende sectoren vraagt.

5.3 Verandering in de lijst met cliënten

Vraag 3: *Is er een verandering zichtbaar in de lijst met cliënten die geen passende plek hebben?*

Bij vraag 1 schetsten we de 'opschoning' van de lijst met potentiële cliënten voor de Maatwerkplekken. Het feit dat zij niet in aanmerking kwamen voor een Maatwerkplek, betekent niet dat zij passende zorg ontvingen; ze waren niet voor niets op de lijst gezet. Zoals we hiervoor al aangaven is er geen zicht op hoe groot de groep zonder passende plek op dit moment is, maar er zijn veel signalen dat er een bredere groep is waarvoor aandacht nodig is en deze beperkt zich niet tot de WLz.

In september 2022 waren 29 cliënten geplaatst op een Maatwerkplek. Als het gaat om de cliëntkenmerken en de problematiek is er niet direct een verandering zichtbaar. Die was divers en dat geldt voor de nieuw ingestroomde cliënten ook. Tegelijkertijd is dit ook moeilijk te beoordelen vanwege de geringe instroom. In de gesprekken hebben we verschillende signalen gehoord die mogelijk verklaren waarom de toestroom gering is:

- Niet alle aanbieders zijn bekend met het feit dat het nog steeds mogelijk is om cliënten aan te melden voor een Maatwerkplek en hoe de aanmeldroute dan loopt. Zorgkantoren zijn voornemens om deze procedure opnieuw onder de aandacht te brengen of hebben dit recent gedaan. Relevant daarbij is een wijziging in de procedure: sinds afgelopen jaar mogen alle aanbieders Maatwerkplekken leveren (niet alleen de 'geselecteerde' negen aanbieders). Er wordt per cliënt gekeken wat nodig is en daar wordt een aanbieder bij gezocht.
- De criteria om in aanmerking te komen voor een Maatwerkplek worden door enkele aanbieders omslachtig en/of niet passend gevonden. Wellicht kiezen aanbieders daardoor niet voor deze route.
- In sommige regio's kunnen cliënten met een complexe zorgvraag voor andere projecten aangemeld worden. Voor deze groep cliënten zijn er dus meerdere 'voordeuren' in de beleving van de aanbieders.

Voor de C.O.T.'s is geen sprake van een lijst met cliënten, maar we hebben de crisisregisseurs wel gevraagd naar hun ervaringen met de instroom. De crisisregisseurs krijgen veel crisismeldingen van intramurale teams die door personeelsproblemen grote druk ervaren, waardoor crisissituaties ontstaan bij cliënten. Daarbij zien de crisisregisseurs een forse aanwas van aanvragen voor de C.O.T.'s, waarbij twee groepen opvallen die in de afgelopen tijd meer gebruik zijn gaan maken van het C.O.T.:

- Zorgvoorzieningen die met pgb's werken, zoals zorgboerderijen en kleinere instellingen. Na de intramurale zorgaanbieders weten ook zij het C.O.T. beter te vinden.
- Ouders van cliënten die in de thuissituatie wonen. Vaak constateert het C.O.T. hier een lacune in de benodigde zorg, bijvoorbeeld expertise van een AVG of gedragskundige. Het C.O.T. ondersteunt de betrokken zorgverleners in een passende aanpak en een onafhankelijk cliënt-ondersteuner kan helpen aanvullende zorg en ondersteuning te vinden.

De afweging die crisisregisseurs maken in de keuze voor het C.O.T. of een crisisbed is niet veranderd. Wel merken de crisisregisseurs dat aanbieders zelf meer gericht vragen om een C.O.T.-traject in plaats van een crisisbed. Dit draagt bij aan de beweging van passende zorg.

5.4 Nieuwe kennis en andere zorgvormen

Vraag 4: Leidt deze nieuwe manier van werken tot nieuwe kennis? Andere zorgvormen?

De ontwikkeling van Maatwerkplekken en C.O.T.'s heeft niet tot fundamenteel nieuwe kennis geleid voor de complexe gehandicaptenzorg. Wel wordt de in de sector aanwezige kennis beter benut door de maatregelen. We lichten dit toe voor de beide maatregelen.

Met betrekking tot de Maatwerkplekken noemen verschillende partijen dat dit nog niet de vernieuwende, out-of-the-box oplossingen zijn die beoogd waren. Dit heeft mogelijk te maken met de grote politieke druk om binnen korte tijd plekken voor deze cliënten te realiseren. Maar de gedachte is ook dat het erg lastig is voor aanbieders om buiten de gebaande wegen te denken. Vanuit het casusgerichte onderzoek krijgen we de indruk dat de zorg en ondersteuning ook niet altijd zo 'anders' hoeft te zijn; het gaat vooral om de puntjes op de i

om het voor de cliënt volledig passend te maken. Dit vraagt overigens soms wel om ingrijpende veranderingen in de fysieke omgeving waarbij het de wens is om de 'type' aanpassingen die gedaan zijn voor een bredere groep cliënten in te kunnen zetten (bijvoorbeeld sloopbestendige Tiny Houses).

Maatwerkplekken lijken daardoor volgens sommige respondenten meer een financiële constructie voor opstartkosten dan een inhoudelijk nieuwe zorgvorm. Wat wel als nieuwe zorgvorm is genoemd, is de vierde PRO-locatie die beschikbaar is gekomen voor drie Maatwerkplek-clieënten waar een hoog beveiligingsniveau voor nodig was. In totaal gaat het om een relatief klein aantal casussen die ieder om een eigen aanpak vraagt. Daarom wordt vooral ingezet op kennisvergroting bij de medewerkers die met deze cliënten werken.

Van de C.O.T.'s kan wel gezegd worden dat dit een nieuwe zorgvorm is; het inzetten van externe expertise om crisisplaatsing te voorkomen of terugplaatsing te begeleiden bestond voorheen nog niet. Ook leiden de interventies van de C.O.T.'s tot nieuwe kennis binnen de locaties die zij ondersteunen. Het is wel de vraag of deze kennis vervolgens zijn weg vindt naar andere teams; de C.O.T.'s hebben daar vooralsnog weinig invloed op en zijn zoekend hoe zij bij meerdere casussen met vergelijkbare leerpunten binnen één organisatie dit hogerop kunnen beleggen. Een 'spin-off' van de C.O.T.'s is dat binnen veel grote organisaties interne crisisondersteuningsteams zijn ontstaan. Dit betekent dat de aanwezige expertise beter beschikbaar is en ingezet kan worden, om daarmee ook crisissituaties te voorkomen. Verder is genoemd dat aanbieders uit de gehandicaptenzorg en de GGZ elkaar meer opzoeken en daardoor meer samenwerking tot stand komt. Vooralsnog hebben we geen concrete voorbeelden van nieuwe zorgvormen op dit vlak gezien. Respondenten vragen nog wel aandacht voor scholing en kennisvergroting bij medewerkers die werken met complexe cliënten, los van de specifieke

maatregelen. Doordat cliënten met complex gedrag nu vaak worden geclusterd, is de kennis over omgaan met dit gedrag alleen aanwezig bij medewerkers van die woongroepen. Als deze kennis meer gedeeld wordt met andere woongroepen, zijn die wellicht ook beter in staat om een cliënt met complex gedrag op de woongroep te laten blijven. Zorgkantoren onderzoeken wat de behoefte aan scholing en intervisie is, wat de mogelijke kosten hiervan zijn en op welke wijze dit gefinancierd kan worden.

Op het gebied van kennisontwikkeling valt nog winst te behalen in het bundelen en verspreiden van kennis over wat werkt bij de Maatwerkplekken, C.O.T.-trajecten en andere trajecten gericht op de complexe gehandicaptenzorg. Vanaf september 2022 ondersteunt bureau HHM in opdracht van het ministerie van VWS de aanbieders van Maatwerkplekken en de C.O.T.'s om hier invulling aan te geven via intervisie en onderlinge uitwisseling. Ook verzorgen we bredere communicatie over wat de C.O.T.'s en Maatwerkplekken inhouden en de inzichten voor zorgaanbieders die eruit voortkomen.

5.5 Werkzame elementen en witte vlekken

Vraag 5a: *Wat zijn de werkzame elementen die hebben bijgedragen aan verbeteringen in de complexe zorg?*

Punten die op overstijgend, beleidsmatig vlak hebben bijgedragen volgens de partijen:

- De visie achter de maatregelen dat niet de cliënt complex is, maar het systeem of de omgeving en het uitgangspunt dat de plek aangepast moet worden aan de cliënt in plaats van de cliënt te verplaatsen.
- De financiering voor de nieuwe werkwijze; voor de C.O.T.'s is dit vastgelegd in een beleidsregel en voor de Maatwerkplekken in een tijdelijke regeling.

- Voor een structurele borging van de financiering van Maatwerkplekken is een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg nodig; deze wetswijziging is door het ministerie van VWS in gang gezet.
- De invulling van de samenwerking van zorgkantoren en zorgaanbieders via regionale taskforces; deze hebben zich de afgelopen jaren ontwikkeld van 'plaatsingsoverleg' naar een overleg waarin echt wordt gekeken naar wat een cliënt nodig heeft en hoe passende zorg georganiseerd kan worden, bijvoorbeeld door het creëren van samenwerkingen.
- Het bundelen van kennis over complexe zorg en het delen van inspirerende voorbeelden; dit is een element waarvan werkzaamheid wordt verwacht en dat nog meer invulling moet (en gaat) krijgen.

Verder zijn diverse werkzame elementen genoemd die meer inhoudelijk van aard zijn. Met andere woorden, de werkzame elementen van de C.O.T.'s en Maatwerkplekken zelf. Over de C.O.T.'s worden de volgende werkzame elementen genoemd:

- De combinatie van expertise uit VG en GGZ.
- Het direct (binnen 48 uur) het eerste contact leggen en binnen vijf werkdagen beschikbaar zijn voor start van het traject.
- De frisse en objectieve blik van een buitenstaander in dezelfde functie (begeleider, gedragskundige en manager).
- Het meekijken, meedenken en coachen op de woonplek door mensen uit de praktijk.
- Het aanzetten tot reflectie op eigen handelen.
- Het ontstaan van interne C.O.T.'s waardoor de complexe zorg op een hoger niveau wordt gebracht.

Deze punten komen overeen met wat we in het casusgerichte onderzoek hebben gehoord in alle drie fasen. Randvoorwaarden die zijn genoemd om een C.O.T.-traject te laten slagen zijn draagvlak bij alle betrokken functies in

de ontvangende organisatie voor inzet van het C.O.T. en de match tussen de ontvangende organisatie en de C.O.T.-medewerker voor wat betreft de gehanteerde methodiek.

Van de Maatwerkplekken noemt men de volgende werkzame elementen:

- De cliënt echt zien, als mens, en heel gericht kijken wat die nodig heeft.
- De specificiteit die je kunt bieden, gericht op een specifieke doelgroep of zorgvraag met een team dat hiervoor kiest.
- De financieringsgarantie voor de opstartkosten.

In het casusgerichte onderzoek hebben we in alle drie fases gehoord dat het noodzakelijk is om los van kaders na te denken over zorg en ondersteuning op maat. Maatwerkplekken worden passend gemaakt door invulling op maat ten aanzien van de zorgverlening, fysieke omgeving, sociale omgeving en organisatie van zorg. De kwaliteit van de zorgverlening wordt sterk bepaald door de medewerkers die de zorg verlenen. Bejegening is daarbij van belang. De fysieke omgeving kenmerkt zich door ruimte om zich binnen de sociale context van de woning terug te kunnen trekken door contact te zoeken met groepsgenoten, een prikkelarme omgeving, een afgezonderde plek op het instellingsterrein en sloopbestendige woningen. Als het gaat over de sociale omgeving is de 'eigen' sociale omgeving van cliënten belangrijk. De kennis en ervaring van ouders is nodig om een goede plek in te richten. Daarnaast kenmerkt de sociale omgeving zich ook door de groepssamenstelling en de groepsgrootte. De match tussen cliënten op een groep kan bepalend zijn voor de ontwikkeling van cliënten. De organisatie van zorg kenmerkt zich door goede ondersteuning van het team door training, opleiding en intervisie. We zien veel parallellen tussen de beschreven werkzame elementen en de uitkomsten van het project Wave, waarin zogeheten outsider-onderzoekers

voor langere tijd verbonden waren aan een persoon met moeilijk verstaanbaar gedrag. Hun observaties en ervaringen en de gezamenlijke reflectie hierop vanuit het project laten het belang zien van (onder andere):

- de dynamiek tussen betrokkenen in een casus,
- het stimuleren van menselijkheid richting alle betrokkenen,
- het werken op alle lagen in de organisatie,
- objectief kijken en oordeelvrij teruggeven,
- aandacht voor het team vanwege de heftigheid van het werk (bijvoorbeeld via teamreflectie),
- het creëren van experimenteerruimte en
- minder risicomijdend gedrag (incidenten zien als leermomenten).

Vraag 5b: Wat zijn de eventuele witte vlekken waar in het vervolg nog aandacht voor moet zijn?

Op de vraag naar witte vlekken kwam een aantal punten meerdere keren naar voren:

- Een aantal partijen geeft aan dat zij de maatregelen vooral zien als 'brandjes blussen'. Zij vinden dat belangrijke basisvoorwaarden voor goede zorg en ondersteuning onvoldoende worden ingevuld op de werkvloer, waardoor crisissituaties ontstaan. Als de zorg en ondersteuning in de basis beter is geregeld, werkt dit preventief op het ontstaan van complexe problematiek. Als basisvoorwaarden noemen zij kennis en expertise over complex gedrag, tijd voor echt, menselijk contact met de cliënt en nabijheid en mentale steun van leidinggevenden en gedragskundigen.
- Een aantal partijen geeft aan dat wellicht niet iedere organisatie geschikt is om deze zorg te bieden en dat hierop door de zorgkantoren geselecteerd zou kunnen worden⁸. Het is de vraag of een dergelijke

⁸ De IGJ gaf aan een kapstok te willen bieden waarin de randvoorwaarden voor goede zorg zijn uitgewerkt.

afbakening te maken is en of dit de cliënten ten goede komt. Een partij vraagt ook of deze randvoorwaarden voldoende aan bod komen in de opleiding van relevante professionals.

- In het verlengde van het eerste punt merken partijen op dat het jammer is dat de maatregelen beperkt zijn tot de Wlz. De vraag naar passende ondersteuning leeft breder, vooral voor mensen met een licht verstandelijke beperking. En niet alleen qua zorgdomeinen (naast de Wlz zijn dit de Jeugdwet, Wmo en Zvw), maar ook op domeinen van bijvoorbeeld huisvesting en werk. Integraal werken over alle domeinen heen komt nog te weinig tot stand.
- Een volgend punt, wat ook weer te maken heeft met de hiervoor genoemde punten, is de samenwerking tussen de VG-sector en de GGZ. Deze samenwerking is belangrijk omdat bij veel cliënten met een complexe zorgvraag sprake is van een combinatie van een verstandelijke beperking en psychische problematiek. Vanuit de gehandicaptenzorg ervaart men de GGZ als moeilijk toegankelijk, zowel in de samenwerking op organisatieniveau als in het regelen van passende zorg voor een individuele cliënt.
- Aandacht en ruimte voor professionals is zeer belangrijk: er zijn mensen nodig die affiniteit hebben met deze doelgroep, een lange adem hebben, veel kunnen verdragen, maar ook kunnen normaliseren. Kortom, mensen die zich aan de doelgroep committeren. Zorgaanbieders kunnen hiervoor ook mensen van buiten de zorg aantrekken.
- Dit commitment aan de doelgroep geldt bovendien niet alleen voor de uitvoerend professionals, maar op alle lagen van de organisatie. Deze inbedding in de totale context vraagt om een organisatieverandering die volgens partijen nog maar bij weinig organisaties heeft plaatsgevonden.
- Naast de genoemde organisatieverandering zou volgens een aantal organisaties ook een andere visie op goede zorg voor deze doelgroep ruimte moeten krijgen, namelijk dat het niet voor iedereen haalbaar is om

mee te doen in de maatschappij en dat het afschermen van een cliënt juist onderdeel kan zijn van goede zorg.

- Tot slot is behoefte aan (inzicht in de) samenhang tussen de verschillende mogelijkheden die er nu zijn in de complexe zorg: de inzet van het CCE, de C.O.T.'s en de interne ondersteuningsteams. De vraag is bijvoorbeeld opgeroepen of het niet beter is om de functie van de C.O.T.'s onder te brengen bij het CCE. Hier wordt door partijen verschillend tegenaan gekeken. Het signaal is vooral dat het toevoegen van nieuwe vormen het systeem complex maakt en dat het voor aanbieders duidelijk moet zijn voor welke vraag ze waar kunnen aankloppen en welke route ze daarbij moeten doorlopen. In de praktijk weten CCE en C.O.T. elkaar prima te vinden en stemmen ze waar nodig hun inzet af. In sommige C.O.T.-regio's is in de organisatie van het C.O.T. bovendien een nauwe verbinding met het CCE.

Als we kijken naar deze 'witte vlekken' zien wij hierin niet zozeer nieuwe punten; er is veel overeenkomst met wat we bijvoorbeeld in de Probleem-analyse VG7 hebben opgehaald. Op verschillende fronten wordt hier ook al aan gewerkt via de *Toekomstagenda: zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking*, maar het feit dat ze genoemd zijn betekent dat er nog steeds (of meer) aandacht voor nodig is.

5.6 Bijdrage aan verbetering in de opbouw van het zorgsysteem

Vraag 6: Hoe heeft het bijgedragen aan een verbetering in de opbouw van het hele zorgsysteem van de juiste plek voor de juiste persoon? In hoeverre zijn daar al rode draden in te ontdekken?

Het zorgsysteem zelf, in de zin van financiering en zorgdomeinen is niet gewijzigd. Wel is de verbinding tussen onderdelen uit het systeem versterkt, zoals de samenwerking tussen de domeinen VG en GGZ. Kanttekening hierbij is dat dit vooral geldt op het niveau van de individuele cliënt; het blijkt lastig dit op hoger niveau te verankeren. Een ander voorbeeld is de verbinding tussen zorgkantoren, aanbieders en CCE in de regionale taskforces en in de landelijke commissie complexe casuïstiek die de toegang tot de Maatwerkplekken beoordeelt. Hierdoor zoekt men elkaar sneller op rond casussen die moeilijk te plaatsen zijn en maakt men meer gebruik van elkaars kennis, expertise en netwerk. Positieve punten van de ingezette beweging zijn verder de toename van bewustzijn en urgentie om passende zorg voor deze doelgroep te organiseren en de bijdrage aan deskundigheidsbevordering en expertise.

5.7 Effecten behouden en versterken

Vanwege het lerende karakter van de evaluatie en de samenhang met andere ontwikkelingen in de complexe zorg hebben wij de volgende vraag toegevoegd:

Vraag 7: Hoe kunnen de effecten komende jaren worden behouden of verder worden versterkt? Welke andere ontwikkelingen spelen hierin een rol? Welke verbindingen moeten hiervoor worden gelegd?

Over de inzet van Maatwerkplekken en de C.O.T.'s zeggen de meeste partijen 'doorgaan op de ingeslagen weg' én ervoor zorgen dat de lessen hieruit doorvertaald worden. Dit valt samen met de boodschap die partijen meegeven

voor de bredere beweging in de complexe zorg: het bundelen en delen van kennis, bijvoorbeeld via één landelijk of meerdere regionale netwerken, waarbij de kleinere organisaties niet moeten worden vergeten. Hier wordt al op verschillende manieren aan gewerkt. Ook communicatie over de Maatwerkplekken en C.O.T.'s is wenselijk, zodat iedereen die ervoor in aanmerking komt er ook gebruik van kan maken. Het is daarbij wel belangrijk om vast te houden aan de doelstelling van de Maatwerkplekken en C.O.T.'s.

Het verduidelijken van deze doelstelling en van de route om extra ondersteuning te vragen kan daarbij helpen; een werkgroep van ZN ontwikkelt komende tijd een handleiding hiervoor. Tot slot is het op orde krijgen van de basiszorg voor de doelgroep binnen de complexe zorg de beste manier om de gewenste effecten te verkrijgen, zodat uiteindelijk het inzetten van Maatwerkplekken en wellicht ook de C.O.T.'s tot een minimum kan worden beperkt. Ook hier is al aandacht voor, namelijk in het ontwikkelprogramma hoge zorgprofielen. Zoals gezegd is de arbeidsmarktproblematiek hierbij een grote uitdaging.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk presenteren we onze conclusies op basis van alle drie fasen van deze evaluatie. Daarbij gaan we in op de onderzoeksvragen voor de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s. en de overstijgende, beleidsmatige vragen.

6.1 Conclusies Maatwerkplekken

Deelvraag Maatwerkplek 1

Wat is de herkomst van de cliënten die op een Maatwerkplek terecht zijn gekomen?

Aan het eind van fase twee (oktober 2021) waren in totaal 32 cliënten geplaatst op een Maatwerkplek verspreid over de negen 'geselecteerde' aanbieders. In fase drie (juli 2022) hadden de negen aanbieders in totaal 29 cliënten op een Maatwerkplek. Uit de gesprekken met aanbieders en cliëntvertegenwoordigers en uit het dossieronderzoek blijkt dat de meeste cliënten voorafgaand aan de Maatwerkplekken op meerdere plekken (VG sector op grond van WLZ-indicatie of een enkele client in de GGZ sector) en vaak ook bij meerdere aanbieders hebben gewoond, eventueel met tussenperiodes in de thuissituatie. Daarnaast zijn er cliënten die eerder bij een GGZ-aanbieder hebben gewoond met een GGZ-indicatie. Een enkele cliënt woonde al bij de zorgaanbieder waar de Maatwerkplek is gecreëerd.

Deelvraag Maatwerkplek 2

Indien van toepassing: wat zijn de redenen van cliënten om alsnog af te zien van een aangeboden Maatwerkplek?

In de gesprekken met zorgaanbieders in de eerste twee fasen is aangegeven dat cliëntvertegenwoordigers afzien van bepaalde Maatwerkplekken vanwege de geografische ligging van de locatie. Sommige cliëntvertegenwoordigers willen niet dat cliënten buiten de eigen regio geplaatst worden. Dit leverde moeilijkheden op aangezien in eerste instantie slechts negen aanbieders verspreid over Nederland Maatwerkplekken boden. De nieuwe werkwijze van toewijzing kan dit knelpunt verhelpen; de praktijk moet komende tijd uitwijzen of dit daadwerkelijk zo is. In de derde fase (sinds oktober 2021) zijn er geen nieuwe cliënten geweest die een aangeboden Maatwerkplek hebben geweigerd. Ook speelden eerdere (negatieve) ervaringen met of verhalen over

aanbieders een rol in de overweging van cliëntvertegenwoordigers; dit heeft zich in fase 3 niet voorgedaan.

Deelvraag Maatwerkplek 3

Wat gebeurt er nadat er een Maatwerkplek is gecreëerd? Zitten cliënten na een tijd (voor de looptijd van dit onderzoek: na 1 en na 2 jaar) nog steeds op hun Maatwerkplek?

In totaal zijn er afgelopen jaar vier cliënten van een Maatwerkplek vertrokken of overleden. Eén cliënt gaat mogelijk nog vertrekken. De overige cliënten zitten nog steeds op de Maatwerkplek. Er zijn bij zorgaanbieders vragen over de functie van een Maatwerklabel op lange termijn. De startfinanciering die hoort bij Maatwerkplekken heeft bijgedragen aan het creëren van een passende plek. Als de Maatwerkplek eenmaal is ingericht vindt er als het goed is stabilisatie plaats bij cliënten en kunnen cliënten (qua bedrijfsvoering) mee in het reguliere systeem. Wel kan er na verloop van tijd weer extra financiering nodig zijn om de bij de start aangeschafte spullen te vervangen of om nieuw personeel scholing te laten volgen. Het toekomstbeeld van cliënten verschilt, al blijven het wel cliënten met complex gedrag.

Deelvraag Maatwerkplek 4 & 5

Wat maakt dat een Maatwerkplek passend is? Is het een goede interventie geweest? En zo ja, wat zijn de werkzame elementen geweest waarom het is gelukt?

Een beschrijving van de wijze waarop zorgaanbieders Maatwerkplekken zo passend mogelijk inrichten is onder te verdelen in de categorieën zorgverlening, fysieke omgeving, sociale omgeving en organisatie van zorg.

De kwaliteit van *zorgverlening* wordt sterk bepaald door de medewerkers die de zorg verlenen. Bejegening is daarbij van belang, net als lef, een grote betrokkenheid, alertheid en positieve en succesvolle situaties creëren en

waarderen. Daarnaast is continuïteit van zorg belangrijk, niet alleen continuïteit van medewerkers, maar ook van groepsgenoten.

Uit dit onderzoek blijkt dat de aard van de begeleiding en behandeling van cliënten op een Maatwerkplek over het algemeen niet verschilt van 'reguliere' cliënten met een VG7-indicatie. Wel geeft een Maatwerkpleklabel aanbieders het gevoel dat de ontwikkeling bij cliënten meer tijd mag kosten, er is meer aandacht voor de context, aanbieders proberen langer door te gaan met cliënten en het label geeft een goede onderbouwing voor Meerzorgaanvragen.

De *fysieke omgeving* kenmerkt zich door:

- ruimte om zich binnen de sociale context van de woning terug te kunnen trekken door contact te zoeken met groepsgenoten,
- een prikkelarme omgeving en
- een afgezonderde plek op het instellingsterrein.

Als het gaat over de *sociale omgeving* is de 'eigen' sociale omgeving van cliënten belangrijk. De kennis en ervaring van ouders is nodig om een goede plek in te richten. Daarnaast kenmerkt de sociale omgeving zich ook door de groepssamenstelling en de groepsgrootte. De match tussen cliënten op een groep kan bepalend zijn voor de ontwikkeling van cliënten. Net als mogelijkheden voor cliënten om zichzelf terug te trekken en mogelijkheden om in een sociale omgeving te bewegen. Goede matching in een bestaande groep blijkt lastig te zijn door een combinatie van verschillende factoren.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er heel verschillend omgegaan wordt met groepsgrootte. Van een groepsgrootte van één cliënt tot een groepsgrootte van zes cliënten. Wat nodig is qua groepsgrootte is erg

afhankelijk van de betreffende client. Er zijn cliënten voor wie het beter is om alleen te wonen, maar er zijn ook cliënten die baat hebben bij een groep.

Zorgaanbieders maken zich wat betreft de *organisatie van zorg* zorgen over het personeelsverloop onder medewerkers. Er is goede ondersteuning nodig voor het team door training, opleiding, intervisie, enzovoort. Aanbieders geven daarnaast aan dat het van belang is om medewerkers - mede ingegeven door problemen op de arbeidsmarkt - voldoende waardering te geven. Ook hebben zorgaanbieders nog vragen over de toereikendheid van en zekerheid over de financiering van de Maatwerkplekken.

In het algemeen is door zorgaanbieders veel nadruk gelegd op de opmerking dat maatwerk op korte termijn niet zo maakbaar is als wordt gesuggereerd, mede vanwege bestaande locatie, personeel en groepssamenstelling. Daarnaast is het nog maar de vraag hoe ver maatwerk rijkt.

Voor de meeste cliënten zijn de Maatwerkplekken een goede interventie geweest.

Deelvraag Maatwerkplek 6

Zijn er patronen te ontdekken in de tijd op basis van het dossieronderzoek en vervolgonderzoek van cliënten? Wat zijn momenten waarop het niet meer goed gaat op een bepaalde plek en wat is daarvoor de aanleiding? Zijn hier rode draden in te ontdekken?

Uit het dossieronderzoek blijkt dat bij veel cliënten sprake is van golfbewegingen van periodes waarin het beter is gegaan en periodes waarin het minder goed ging. Periodes waarin het minder goed ging werden onder andere getriggerd door:

- veranderingen in de omgeving (bijvoorbeeld nieuwe medewerkers, nieuwe bewoners, verhuizing),
- handelingsverlegenheid bij medewerkers/aanbieders,
- onvoldoende kunnen voorzien in randvoorwaarden als veiligheid, voorspelbaarheid en nabijheid,
- verkeerde insteek van zorg en ondersteuning en
- onvoldoende werken vanuit één lijn binnen de organisatie.

Soms is er geen aanwijsbare aanleiding. Uit de gesprekken blijkt dat er ook cliënten zijn die in hun leven blijvend te maken zullen hebben met goede periodes die zich afwisselen met slechtere periodes. Het is dan vooral belangrijk dat aanbieders kunnen meeveren met en inspelen op de behoefte van de client. Stabiele periodes kunnen zich ook kenmerken door kwetsbaarheid; er is geen garantie dat het blijvend goed zal gaan.

Deelvraag Maatwerkplek 7

Wat is in de toekomst nodig om een passende Maatwerkplek te behouden?

Zorgaanbieders ervaren nog onzekerheden over de toekomst van Maatwerkplekken, zowel op overstijgend niveau (Maatwerkplekken als product) als op casusniveau. Met de Maatwerkplekken wordt gepoogd een bijdrage te leveren aan een probleem dat zich in het hier en nu voordoet. De impuls die aan de complexe gehandicaptenzorg geleverd wordt is goed. Het is volgens aanbieders echter wel van belang om te realiseren dat het vraagstuk blijvend is. Er is bij zorgaanbieders nog geen zicht op de toekomst.

Ook op casusniveau hebben zorgaanbieders vragen. De startfinanciering die hoort bij Maatwerkplekken draagt bij aan het creëren van een passende plek, maar het is niet duidelijk hoe de financiering voor de betreffende cliënt na de Maatwerkplek in de toekomst is georganiseerd. Zorgaanbieders geven aan

dat ook in de toekomst financiële middelen nodig zijn om de Maatwerkplek te kunnen behouden, bijvoorbeeld om materialen te vervangen of nieuw personeel te laten scholen. Daarnaast is voldoende personeel van belang om dit te kunnen organiseren.

6.2 Conclusies C.O.T.

Deelvraag C.O.T. 1

Wat zijn de succesfactoren van de C.O.T.'s? Waar gaat het nog minder goed?

De meerwaarde van de C.O.T.'s is de blik van een onafhankelijke buitenstaander, die snel beschikbaar is, die vanuit verschillende functies/disciplines meekijkt (meerzijdige analyse en adviezen), met een grote mate van deskundigheid en ervaring en met een objectieve bril. Het C.O.T. kan de verschillende functies binnen de ontvangende organisatie op één lijn krijgen: alle perspectieven worden gehoord en bij elkaar gebracht. Door de combinatie van VG- en GGZ-expertise kan de problematiek van de cliënt bovendien beter geduid worden.

Bij dit laatste punt hebben we ook een belemmering geconstateerd: niet in ieder C.O.T. is expertise vanuit de psychiatrie voldoende beschikbaar. Verder wordt door de C.O.T.'s zelf de registratie van de werkzaamheden en de financiering van niet-cliëntgebonden tijd nog als probleem ervaren. Ook signaleren de C.O.T.'s dat bij hulpvragende aanbieders de druk vaak zo hoog is, dat er weinig draagkracht is om met veranderingen aan de slag te gaan. Dit verklaart wellicht de grote hoeveelheid verlengingen in de C.O.T.-trajecten.

Deelvraag C.O.T. 2

In hoeverre zijn C.O.T.'s goed in staat flexibel in te spelen op de vraag die op hen af komt? Welke ruimte voor maatwerk kunnen zij hierin pakken?

- De benutting van de capaciteit verschilt sterk per C.O.T.: sommige teams ervaren een grotere vraag dan ze aankunnen en bij andere teams is er ruimte over.
- Het streven om binnen 48 uur te starten wordt grotendeels gehaald. Vanuit de ervaringen van de zorgaanbieders komen ook een aantal aandachtspunten naar voren: rekening houden met de visie en de setting van de hulpvragende organisatie en de adviezen daarop aansluiten; zorgen dat het C.O.T. als team overkomt en niet als losse individuen met een eigen mening of aanpak; duidelijkheid over het plan, het tijdspad en de omvang van de C.O.T.-inzet; en (advies voor) extra ondersteuning op specifieke onderdelen.

Deelvraag C.O.T. 3

Heeft de interventie van het C.O.T. een langduriger effect op de zorg voor de cliënt en het team rond de cliënt ook na de initiële interventie?

De interventies van het C.O.T. hebben bij meerdere cliënten een langdurig positief effect op de cliënt en het team. Het effect en de impact van het C.O.T. is afhankelijk van wat de zorgaanbieder met de adviezen doet en de C.O.T.'s zien hierin duidelijk verschillen tussen aanbieders. Ook was bij meerdere casussen tijdens het C.O.T.-traject al duidelijk dat deze niet op de bestaande plek zouden blijven, waardoor het effect van het C.O.T. op die casussen moeilijker te duiden is. Het vraagt bovendien veel aandacht van het zorgteam om het nieuwe plan te blijven uitvoeren en om steeds weer de vertaalslag naar de praktijk van dit moment te maken. De C.O.T.-medewerkers geven ook het belang aan van een goede ondersteuning van een zorgteam door een

manager en gedragskundige die dichtbij staan, om te kunnen blijven doen wat ze moeten doen.

Deelvraag C.O.T. 4

Wat hebben de zorgverleners ervan geleerd?

De zorgverleners hebben inzichten opgedaan op diverse aspecten van de zorgverlening en hoe zij die kunnen verbeteren. De crux zit hem vaak in het delen van de verschillende beelden en het gezamenlijk duiden hiervan. Het C.O.T. helpt om een totaalbeeld te creëren en om vervolgens een nieuwe benaderingswijze, daginvulling, signaleringsplan en/of risicotaxatie op te stellen en te implementeren. Belangrijkste leerpunt is dat het probleem vaak niet in de cliënt ligt (wat aanbieders vaak denken), maar in het systeem eromheen en de overvraging die hiervan het gevolg is. Het besef 'de cliënt blijft hier wonen, dus wij moeten veranderen' helpt organisaties om in de actiestand te komen. Daarbij helpt het dat het C.O.T. het zorgteam ook bevestiging geeft op de punten die ze al goed doen. In veel gevallen leren de aanbieders dingen die zij ook voor andere cliënten kunnen gebruiken.

Deelvraag C.O.T. 5

Zien naasten het functioneren van de cliënt anders dan de zorg (zorgverleners en teammanagement) rond de cliënt?

In de onderzochte casussen hadden naasten of cliëntvertegenwoordigers inderdaad vaak een ander beeld van het functioneren van de cliënt dan de zorgverleners. Dat is begrijpelijk omdat ouders een ander perspectief hebben dan zorgverleners, meer gericht op het normale leven en gevormd door de emotionele band. Het is wel belangrijk dat zorgaanbieders de naasten en hun perspectief op de zorg en ondersteuning meenemen. Bij een crisissituatie en de stappen die dan genomen worden, komen ouders of cliëntvertegenwoordigers makkelijk op afstand te staan, terwijl het dan juist extra belangrijk

is om aangehaakt te zijn. Dit vraagt ook iets vanuit de C.O.T.'s. De cliënt-vertegenwoordigers die wij hebben gesproken, hebben echter geen of weinig rechtstreeks contact gehad met het C.O.T. Allen geven aan dat zij dit gemist hebben.

Deelvraag C.O.T. 6

Zien we bij cliënten voor wie een C.O.T. actief is geweest minder crisis en/of crisismeldingen? Ook op langere termijn?

Door de kleine aantallen in dit onderzoek geven de casusgerichte bevindingen weinig houvast voor beantwoording van deze vraag. Bij een deel van de cliënten heeft zich alsnog een crisis voorgedaan. Er spelen veel factoren mee in het ontstaan van een crisis, die niet allemaal voorkomen kunnen worden door een C.O.T.-traject. Ook is er geen referentiemateriaal om te bepalen of er meer of minder crises zijn geweest bij cliënten met een C.O.T.-traject. Wel schatten crisisregisseurs in dat in acht van de tien gevallen het C.O.T. een crisisopname weet te voorkomen. Of dit ook op langere termijn geldt, is onzeker.

6.3 Conclusies beleidsmatig niveau

Deelvraag beleidsmatig niveau 1

Hoe is de complexe zorg veranderd? Wat is er anders dan de jaren hiervoor?

Belangrijke verandering is het groeiende bewustzijn dat niet de cliënten complexer worden, maar dat we er onvoldoende in slagen om hen de context te bieden waarbinnen ze zich veilig voelen. Deze bewustwording is pas de eerste stap en een daadwerkelijke verandering heeft meer tijd nodig. De beweging is dus in gang gezet, maar het vraagt tijd en mogelijk ook meer inspanning voor structurele verbetering, met aandacht voor de belemmeringen in de wettelijke en financieringskaders (jeugd versus volwassenzorg; VG versus GGZ; Wzd versus Wvggz) en de arbeidsmarkt-

problematiek en met een wens tot het verbreden van de focus naar de laag onder de Maatwerkplekken: cliënten met complex gedrag en/of multiproblematiek die lang op de wachtlijst staan en kennelijk in het bestaande aanbod ook geen passende plek vinden.

Deelvraag beleidsmatig niveau 2

Hoe is de ontwikkeling van de doorstroom van cliënten in de complexe gehandicaptenzorg?

Deze vraag wekt de suggestie dat doorstroom wenselijk en haalbaar is in de complexe gehandicaptenzorg. Voor de doelgroep waar het hier om gaat, is het juist van belang om een plek te hebben waar ze onvoorwaardelijk mogen blijven. Voor de Maatwerkplekken geldt dat cliënten hier in principe levenslang gebruik van kunnen maken. Doorstroom naar een andere plek is dus niet het doel bij deze plekken. Ook de C.O.T.'s hebben tot doel de cliënt op de bestaande plek te laten blijven (eventueel na een crisisopname). Doorstroom is voor deze cliënten dus geen relevant begrip. Voor de bredere groep met complex gedrag (VG6-7) is duidelijk dat er weinig doorstroom en lange wachtlijsten zijn, wat er eventueel toe kan leiden dat zij 'opstromen' naar Maatwerkplek of C.O.T. Daarnaast is aandacht nodig voor mensen met multiproblematiek: stuur niet de cliënt door naar een plek met expertise op het ene vlak, maar breng de expertise naar de plek waar de cliënt verblijft.

Deelvraag beleidsmatig niveau 3

Is er een verandering zichtbaar in de lijst met cliënten die geen passende plek hebben?

In de aanloop naar het project voor de Maatwerkplekken is de lijst met cliënten opgeschoond. Deze lijst begon met plusminus 300 cliënten, die teruggebracht werd naar 80 cliënten. Op 1 september 2022 waren volgens ZN 66 van de 80 cliënten die in aanmerking kwamen voor een Maatwerkplek,

geplaatst op een passende plek (dit kan een Maatwerkplek zijn of een andere passende plek). Tien cliënten waren nog niet geplaatst en vier cliënten hoefden niet meer geplaatst te worden (bijvoorbeeld vanwege overlijden of weigering). Bij de geplaatste cliënten is een grote variatie qua cliëntkenmerken en problematiek. De nieuwe instroom naar Maatwerkplekken beperkte zich afgelopen jaar tot enkele cliënten.

Voor de C.O.T.'s is geen sprake van een lijst met cliënten. Wel is afgelopen jaar een verandering zichtbaar in de aanmeldingen bij de crisisregisseurs: door groeiende bekendheid wordt er meer gebruikgemaakt van de C.O.T.'s, met name door kleinere instellingen waaronder pgb-initiatieven en door cliënten in de thuissituatie. De rol van de C.O.T.'s voor pgb-clieënten wordt komende tijd nader bezien door de zorgkantoren.

Deelvraag beleidsmatig niveau 4

Leidt deze nieuwe manier van werken tot nieuwe kennis? Andere zorgvormen?

Er is niet zozeer nieuwe kennis ontwikkeld door de maatregelen, maar bestaande kennis wordt wel beter benut binnen een steeds groter aantal zorgaanbieders, in het bijzonder door de inzet van de C.O.T.'s. De C.O.T.'s zijn zelf een nieuwe zorgvorm en zorgen voor nieuwe kennis binnen teams; de bredere verspreiding van deze kennis in de hulpvragende organisaties is een uitdaging. Als spin-off van de C.O.T.'s zijn binnen grote organisaties steeds meer interne crisis- en expertiseteams ontstaan. Ook lijkt het de samenwerking tussen VG- en GGZ-sector te bevorderen.

De Maatwerkplekken zijn qua zorglevering niet zo vernieuwend als van tevoren werd gedacht. De zorg en ondersteuning lijkt in veel aspecten op die van reguliere complexe cliënten, hooguit intensiever of met inzet van

aanvullende expertise. Qua fysieke omgeving worden vaak wel grote aanpassingen gedaan.

Deelvraag beleidsmatig niveau 5

Wat zijn de werkzame elementen die hebben bijgedragen aan verbeteringen in de complexe zorg? En wat zijn de eventuele witte vlekken waar in het vervolg nog aandacht voor moet zijn?

We richten ons in dit deel van het onderzoek op de punten die op overstijgend, beleidsmatig vlak hebben bijgedragen. Als werkzame elementen zijn genoemd:

- De visie achter de maatregelen dat niet de cliënt complex is, maar het systeem of de omgeving.
- De financiering voor de nieuwe werkwijze en structurele borging hiervan via een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg.
- De invulling van de samenwerking van zorgkantoren en zorgaanbieders via regionale taskforces.
- Het bundelen van kennis over complexe zorg en het delen van inspirerende voorbeelden; dit mag nadrukkelijk nog meer invulling krijgen.

De witte vlekken waar nog aandacht voor moet zijn:

- De zorg en ondersteuning in de basis beter regelen, de basisvoorwaarden op orde (meer kennis over complex gedrag, door echt contact met de persoon en door nabijheid en steun voor medewerkers).
- Voorwaarden stellen aan organisaties die complexe zorg willen bieden.
- Verbreden van maatregelen buiten de Wlz, passende zorg in alle domeinen realiseren.
- Samenwerking tussen VG en GGZ verbeteren.
- Aandacht voor professionals.

- Inbedding van visie op alle lagen van organisatie.
- Visie dat meedoen niet altijd het beste is voor de cliënt.
- Samenhang tussen alle verschillende mogelijkheden van extra ondersteuning.

Deelvraag beleidsmatig niveau 6

Hoe heeft het bijgedragen aan een verbetering in de opbouw van het hele zorgsysteem van de juiste plek voor de juiste persoon? In hoeverre zijn daar al rode draden in te ontdekken?

Het zorgsysteem zelf, in de zin van financiering en zorgdomeinen is niet gewijzigd. Wel is de verbinding tussen onderdelen uit het systeem versterkt, zoals de samenwerking tussen de domeinen VG en GGZ en de verbinding tussen zorgkantoren, aanbieders en CCE in de regionale taskforces en in de landelijke commissie complexe casuïstiek. Hierdoor zoekt men elkaar sneller op rond casussen die moeilijk te plaatsen zijn en maakt men meer gebruik van elkaars kennis, expertise en netwerk. Positieve punten van de ingezette beweging zijn verder de toename van bewustzijn en urgentie om passende zorg voor deze doelgroep te organiseren en de bijdrage aan deskundigheidsbevordering en expertise. Aandachtspunt hierbij is hoe dit zich kan uitbreiden van het niveau van de individuele cliënt naar een bredere kennisvergroting en verankering hiervan.

Extra vraag: Hoe kunnen effecten worden behouden of versterkt?

De boodschap is vooral het bundelen en delen van kennis, waarbij de kleinere organisaties niet moeten worden vergeten. Ook communicatie over de Maatwerkplekken en C.O.T.'s is genoemd. Tot slot een belangrijke om opnieuw te noemen: het op orde krijgen van de basiszorg voor de bredere doelgroep binnen de complexe zorg. Hiervoor lopen al verschillende lijnen in het kader van de toekomstagenda gehandicaptenzorg en de brede aanpak VG7.

7. Beschouwing en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we een beschouwing aan de hand van de twee hoofdvragen van het onderzoek en doen we aanbevelingen voor verdere versterking van de beweging in de complexe zorg.

7.1 Ervaringsverhalen verbetering complexe zorg

Hoofdvraag 1: *Wat vertellen ervaringsverhalen van een cliënt en zijn/haar omgeving over de resultaten die zijn behaald in het verbeteren van de zorg voor mensen met een beperking en een zeer complexe zorgvraag?*

De C.O.T.'s en Maatwerkplekken zijn bedoeld voor cliënten met complexe problematiek, vaak op het snijvlak van VG en GGZ en/of andere bijkomende problematiek. De overstijgende bevinding bij de casuïstiek is dat de focus niet alleen gericht moet zijn op de cliënt zelf, maar vooral op de context. Het gaat om het creëren van de juiste randvoorwaarden voor cliënt en team om te kunnen functioneren.

De ervaringen van de cliënten, hun naasten en de zorgverleners laten zien dat in bijna alle situaties de inzet van de Maatwerkplek of het C.O.T. tot een verbetering heeft geleid voor de individuele cliënt. Op de Maatwerkplekken en door de C.O.T.'s wordt goed gekeken naar alle relevante aspecten, te beginnen met beeldvorming en diagnostiek, de vertaling hiervan naar een consistente begeleidingswijze en naar een passende fysieke en sociale verblijfsplek, plus het realiseren van de juiste kennis en ondersteuningsstructuur voor het zorgteam. Bij de meeste Maatwerkplekcliënten en een groot deel van de onderzochte C.O.T.-cliënten heeft dit geleid tot een duurzame verbetering van hun situatie. Hoewel het niet altijd de situatie is die de naasten het liefst zouden zien voor hun verwant, ontstaat bij de meesten wel het besef dat de bereikte situatie voor dit moment het hoogst haalbare is.

Ook zien we dat aanbieders proberen om de inzichten breder te laten landen en toe te passen in hun organisatie, waardoor voor meer cliënten een beter passende context wordt gerealiseerd. Ook de interne crisis- en expertise-teams bij de grotere aanbieders dragen hieraan bij. Er is kortom een olievlekwerking vanuit de maatregelen voor de complexe zorg; deze wordt door alle

partijen toegejuicht en kan de komende jaren verder worden versterkt. Daarbij moet in het bijzonder aandacht zijn voor de kleinere aanbieders omdat zij specifieke expertise vaak extern moeten inroepen. Ook vragen zowel de betrokken aanbieders als landelijke partijen aandacht voor de bredere groep van cliënten met complex gedrag en de noodzaak van het op orde brengen van de basiszorg voor deze groep. Hier gaan we verder op in bij de beschouwing op de tweede hoofdvraag in paragraaf 7.2.

Terugblik aanbevelingen fase 1 & 2

Over de uitvoering van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s hebben we in de eerdere fases van dit onderzoek verschillende aanbevelingen gedaan. We zien dat daar het afgelopen jaar gedeeltelijk al gehoor aan is gegeven door de partijen. We geven hieronder een korte reflectie op de aanbevelingen uit fase 1 en 2 en doen daarna enkele aanbevelingen op basis van de bevindingen over de drie fases heen.

Maatwerkplekken

Het afgelopen jaar is de werkwijze voor de Maatwerkplekken op een aantal punten geëxpliciteerd of gewijzigd. Op basis van het onderzoek in fase 3 blijkt dat er bij (een deel van de) aanbieders nog steeds behoefte is aan meer en/of betere communicatie over de Maatwerkplekken: de 'status' van de maatregelen, de duur van de plaatsing, continuïteit in de extra financiering, verschil tussen Maatwerkplek en 'reguliere' complexe zorgvragen en het gewijzigd beleid voor toekenning van een Maatwerkplek. Bij de mogelijkheid om Maatwerkplekken te creëren bij andere dan de negen geselecteerde aanbieders hebben sommige aanbieders nog vraagtekens, vooral met het oog op de benodigde expertise en de mogelijke versnippering hiervan. Een voordeel hiervan is dat enkel Maatwerkplekken worden ingekocht die specifiek gecreëerd zijn voor een cliënt en leegstand wordt voorkomen. Bij plaatsing in een groep blijft goede matching een aandachtspunt. Wat betreft

bestaande 'lege' Maatwerkplekken hebben enkele aanbieders inmiddels met het zorgkantoor afgesproken om deze vrij te geven voor 'reguliere' (complexe) cliënten. Het is aan de inkoper om hier besluiten over te nemen.

Het ministerie van VWS heeft inmiddels opdracht gegeven voor een traject waarbij de communicatie rondom de Maatwerkplekken en C.O.T.'s verbeterd wordt en uitwisseling tussen aanbieders en tussen C.O.T.'s wordt gefaciliteerd. Dit biedt de mogelijkheid om alle procedurele vragen scherp te krijgen en de communicatie hierover te verbeteren. Ook stimuleert het onderlinge contact tussen aanbieders, het van elkaar leren en het samen verbeteren middels intervisie. Hiermee kan de door aanbieders gevreesde versnippering van expertise worden voorkomen.

C.O.T.'s

De C.O.T.'s hebben zich afgelopen jaren ontwikkeld tot een vaste waarde voor de complexe zorg. Om hun effectiviteit te vergroten zijn de aanbevelingen uit fase 1 en 2 nog steeds relevant. Het gaat om factoren die buiten de directe invloedssfeer van de C.O.T.'s liggen, namelijk de samenwerking tussen de VG- en GGZ-sector die (los van concrete casussen) vaak moeizaam verloopt en het tijdig om hulp vragen door aanbieders. Voor dit laatste verwachten we dat het communicatietraject (zie vorige alinea) een bijdrage kan leveren. Andere signalen waren gericht op de werkwijze van de C.O.T.'s zelf (aansluiten bij behoefte van hulpvragende aanbieder en een veilige sfeer creëren, eigen intervisie en teambuilding, omgaan met signalen van structurele problemen en onderlinge kennisdeling); hierin ligt een blijvende opgave aan C.O.T.'s die zij zelf ook herkennen en die een plek kan krijgen in de uitwisseling tussen C.O.T.'s. Wat betreft de crisisregisseurs en hun afstemming met de C.O.T.'s zien we wel verschillende werkwijzen, maar deze variatie leidt niet tot problemen of onduidelijkheid. Het verbreden van de C.O.T.'s naar de GGZ-sector wordt door het ministerie van VWS besproken met de zorgkantoren.

Aanbevelingen fase 3, gericht op inhoud Maatwerkplekken en C.O.T.'s

De Maatwerkplekken voorzien in een 'vangnet' voor situaties die niet binnen het huidige aanbod kunnen worden opgelost. De inzet van het C.O.T. is een middel om bij dreigend escalerende situaties direct te interveniëren en crisisopnames te voorkomen. Ondanks het signaal van enkele landelijke organisaties dat het jammer is dat er nieuwe dingen zijn opgetuigd, denken wij dat de Maatwerkplekken en C.O.T.'s een duidelijke eigen plek en meerwaarde hebben. Onderstaande aanbevelingen kunnen deze positie en de effectiviteit verder versterken.

Maak heldere criteria voor toelating tot een Maatwerkplek

In de drie fasen van het onderzoek is door meerdere aanbieders aangegeven dat er cliënten aangemeld zijn voor een Maatwerkplek waarvan ze zich afvragen of dat terecht is. Er blijken ook veel toegelaten cliënten alsnog op een passende plek geplaatst. Aanbieders geven aan dat andere cliënten die op de 'normale' wachtlijst staan vergelijkbare problematiek vertonen. Het is voor aanbieders niet duidelijk wat maakt dat cliënten voor een Maatwerkplek in aanmerking komen en andere cliënten niet. De cliëntcriteria voor de Maatwerkplekken zoals omschreven in de '[Notitie Maatwerkplekken](#)' maken volgens ons door de 'en/of'-formulering niet voldoende onderscheid tussen cliënten die wel en cliënten die niet geholpen kunnen worden binnen het reguliere aanbod. Ook beschrijven de contextcriteria uit die notitie een lange negatieve voorgeschiedenis in de zorg; een situatie die juist voorkomen zou moeten worden. Wij bevelen *zorgkantoren* aan om *meer scherpte en duidelijkheid in de criteria te verschaffen*. Een onderscheidend kenmerk zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat bij een Maatwerkplek ingrijpende aanpassingen in de fysieke omgeving nodig zijn (zoals het plaatsen van een aparte woonunit of het verbouwen van een bestaand appartement) in combinatie met intensieve zorgverlening vanuit een vast team van medewerkers die specifiek geschoold moeten worden op de

combinatie van stoornissen of aandoeningen van de betreffende cliënt. Naast de criteria is het voor aanbieders niet helder dat cliënten nog steeds aangemeld kunnen worden voor een Maatwerkplek. Daarom bevelen wij aan dat *zorgkantoren* dit *actiever te communiceren*.

Creëer ook in de toekomst mogelijkheden voor extra financiering voor een al bestaande Maatwerkplek

De financiering die bij een Maatwerkplek hoort, wordt vaak gebruikt voor het inrichten van de fysieke ruimte of het volgen van specifieke scholing om de zorg en begeleiding voor een cliënt op een Maatwerkplek te kunnen bieden. Aanbieders geven aan dat het onduidelijk is of ze in de toekomst nogmaals financiering kunnen ontvangen wanneer de technische aanpassingen of inventaris aan vervanging toe zijn of nieuw personeel de specifieke scholing moet volgen. Er wordt in principe geen doorstroom verwacht bij cliënten op een Maatwerkplek (tenzij dit wenselijk is vanuit perspectief van de cliënt), dus het is van belang om te zorgen dat maatwerk blijvend kan worden geleverd. Daarom bevelen wij aan dat het *zorgkantoor* ook *op de lange termijn middelen beschikbaar stelt* voor Maatwerkoplossingen die niet via de reguliere VG7- en/of Meezorgmiddelen gefinancierd kunnen worden.

Intensiveer de samenwerking tussen zorgkantoren en aanbieders rond mensen met een complexe zorgvraag

De zorgkantoren gaven aan dat ze rond de Maatwerkplekken meer de samenwerking met de aanbieder opzoeken, vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor passende zorg. De aanbieders waarderen deze intentie, maar ervaren dit nog niet altijd zo. Onze aanbeveling aan de *zorgkantoren* is om dit *gevoel van gezamenlijkheid en samenwerking nog meer invulling te geven* en wellicht ook breder toe te passen. Bijvoorbeeld bij complexe casuïstiek met C.O.T.-inzet of andere

situaties van cliënten waarbij passende zorg ingewikkeld is. De steun van het zorgkantoor kan aanbieders helpen om stappen te zetten, zo nodig buiten de gebaande paden.

Leer van de signalen van cliëntvertegenwoordigers

Cliëntvertegenwoordigers hebben verschillende mogelijke oorzaken genoemd van slechtere periodes van hun verwant, zoals personeelswisselingen, discontinuïteit in de aanpak en niet passende groepssamenstelling. Deze contextuele factoren zijn belangrijk om op orde te hebben en de blik van cliëntvertegenwoordigers kan aanbieders helpen om triggers te herkennen. We bevelen de *zorgaanbieders* aan om te *luisteren naar de signalen van cliëntvertegenwoordigers* en deze te (blijven) gebruiken voor het creëren van maatwerkoplossingen. Door tijdig in te spelen op deze signalen kunnen mogelijk escalaties worden voorkomen, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt en de belasting voor de zorgmedewerkers vermindert.

Concretiseer de route naar verschillende vormen van extra zorg, advies en expertise

De C.O.T.'s ervaren regelmatig dat situaties te ver uit de hand zijn gelopen om nog binnen de bestaande setting tot een oplossing te komen. Voor een deel is dit inherent aan de plek van het C.O.T. in het stelsel, namelijk inzet bij crisis-situaties ter voorkoming van een crisisopname of het realiseren van terugkeer na een crisisopname. Met andere woorden: eerder inschakelen van het C.O.T. kan niet, want daar is het C.O.T. niet voor bedoeld. Dit punt hangt samen met *het grijze gebied tussen de doelgroep van het C.O.T. en de doelgroep van het CCE*; het CCE is de partij die zich bezighoudt met problematische, maar niet acute situaties. We bevelen aan *dit continuüm te verhelderen*, zodat aanbieders weten waar ze extra expertise kunnen halen in welke situatie en welke stappen ze daarvoor moeten zetten. We hebben begrepen dat de

werkgroep crisisregeling van ZN een handboek gaat ontwikkelen voor aanbieders en geven dit als aandachtspunt mee. Ook over de *routes bij onvrijwillige zorg* leven veel vragen en knelpunten bij aanbieders door de verschillen tussen Wzd en Wvggz; we bevelen de *ZN-werkgroep* aan om dit aspect, *daar waar het de crisisregeling raakt, ook mee te nemen in het handboek*.

Faciliteer de C.O.T.'s voldoende voor de inzet van niet-cliëntgebonden tijd en bij de registratie van hun werkzaamheden

Bij de C.O.T.'s heeft men de indruk dat de tijd voor niet-cliëntgebonden werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld de uitwisseling/intervisie die tussen C.O.T.'s georganiseerd gaat worden, niet gedekt wordt door de tarieven en niet gedeclareerd kan worden. Onze aanbeveling is om de *C.O.T.-medewerkers te faciliteren in de deelname aan gezamenlijk overleg en intervisie*; het ministerie van *VWS* kan bij de *NZa* nagaan of deze tijd voldoende is verdisconteerd in de tarieven voor de C.O.T.'s en zo nodig een aparte declaratiecode laten maken. Wat betreft de registratie van de werkzaamheden adviseren wij dat *ZN* het *landelijke registratiesysteem gereedgemaakt* en ter beschikking stelt aan de C.O.T.'s.

Werk als C.O.T. planmatig, regel nazorg en follow-up en houdt contact met cliëntvertegenwoordigers

We zien een aantal mogelijkheden voor de C.O.T.'s om nog meer effect te bereiken. Allereerst bevelen we de *C.O.T.'s* aan om *planmatiger te werken* en dit plan helder te communiceren richting aanbieders. Het helpt een aanbieder als hij weet hoe het traject verloopt, welke stappen worden doorlopen en in welk tijdpad. Maak daarbij ook duidelijk dat het bij afronding door het C.O.T. meestal nog niet klaar is: verder inbedden van de nieuwe inzichten en werkwijzen kost meer tijd en hier moet de organisatie zelf

in investeren. Goed verwachtingsmanagement helpt de aanbieders om hierop te anticiperen.

Een punt dat hieraan raakt is de looptijd van de C.O.T.-trajecten. De deelnemers aan het onderzoek hebben aangegeven dat C.O.T.'s veelvuldig gebruikmaken van de mogelijkheid tot verlenging na drie maanden. We bevelen aan om de *looptijd standaard op zes maanden* te zetten, in plaats van op drie maanden. Dit geeft meer mogelijkheden voor een planmatige aanpak.

Ten derde bevelen we aan om *ruimte te bieden voor nazorg* door het C.O.T. door beschikbaar te zijn voor incidentele vragen van aanbieders. We geven de C.O.T.'s hierbij in overweging om standaard een follow-up gesprek te houden na enige tijd voor betere borging van de resultaten.

Tot slot bevelen we de *C.O.T.'s* aan om *cliëntvertegenwoordigers standaard te betrekken* bij het traject. Bijvoorbeeld minimaal bij de start om wederzijds een goed beeld van de situatie te krijgen en bij de afronding om de adviezen te verhelderen voor de naasten. Daarnaast bevelen we aan om cliëntvertegenwoordigers wanneer zij dit willen, mee te nemen in alle mails met inhoudelijke stukken (plan, adviezen en evaluaties). Deze betrokkenheid bevordert de borging van de gegeven adviezen bij zowel de professionals als naasten.

7.2 Versterking van beweging in complexe zorg

Hoofdvraag 2: *In hoeverre is de beweging in de complexe zorg versterkt en verder gebracht met het mogelijk maken van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s?*

Door de mogelijkheid van Maatwerkplekken en C.O.T.'s is de aandacht voor de complexe zorg toegenomen en zijn partijen zich meer bewust van de noodzaak én de potentie om de complexe zorg te verbeteren. Op verschillende plekken zijn partijen bij elkaar gebracht om een betere verbinding van expertise en ervaringen te realiseren: in de regionale taskforces, in de landelijke taskforce en commissie complexe casuïstiek en door de samenwerking tussen VG- en GGZ-organisaties rondom C.O.T.-casuïstiek. De eerste stappen voor verbetering zijn daarmee gezet.

Zoals eerder gezegd moet de focus niet alleen gericht zijn op de cliënt zelf, maar ook of vooral op de context. Er wordt inmiddels steeds meer gedaan om de context van de zorgverlening te verbeteren. Niet alleen de Maatwerkplekken en C.O.T.'s dragen hieraan bij, maar ook allerlei initiatieven van zorgaanbieders (zoals interne C.O.T.'s) en verschillende landelijke verbeterlijnen (zoals de brede aanpak VG7 en de nieuwe Toekomstagenda). De bewustwording en urgentie hiervan is afgelopen jaren gegroeid onder alle betrokkenen, maar dit moet nog meer handen en voeten krijgen in de praktijk voor de bredere groep van cliënten met complexe zorgvragen.

Terugblik aanbeveling fase 1 & 2

De beschouwing hiervoor laat zien dat de aanbeveling uit fase 1 & 2 om te analyseren wat nodig is om het 'reguliere' aanbod beter aan te laten sluiten op cliënten met een complexe zorgvraag nog steeds relevant is. Dit onderzoek en diverse andere rapporten reiken ingrediënten aan voor wat nodig is. Bijvoorbeeld aandacht voor de context, goede screening en ondersteuning

van medewerkers om uitval te voorkomen. Tegelijk rijst de vraag om welke cliënten het gaat en waar het dan precies aan schort in de reguliere zorg. 'De complexe zorg' is niet een duidelijk afgebakend begrip, er is geen zicht op hoe groot de groep zonder passende plek in de reguliere zorg op dit moment is en hoe dit komt. Tegelijk zijn er wel veel signalen dat er een bredere groep is waarvoor aandacht nodig is, zowel binnen de Wlz als daarbuiten. We bevelen aan om nader onderzoek te doen naar deze groep om zicht te krijgen op de cliëntkenmerken, de omvang van deze groep en wat nodig is om passende zorg voor deze groep te organiseren (voor dit laatste punt worden al diverse acties ondernomen die hieraan bijdragen, zoals de specificatie van persoonsgerichte zorg voor mensen met VG7).

Aanbevelingen fase 3, gericht op beleidsmatige aspecten

Ontwikkel en verspreid goede ideeën voor behoud, verlichting en ondersteuning van personeel

Het is belangrijk om voldoende gekwalificeerd personeel te hebben dat met deze complexe doelgroep wil werken. Dit is voor aanbieders niet makkelijk te organiseren gezien de arbeidsmarktproblematiek. De zorg voor deze doelgroep is zwaar en het komt dan ook voor dat zorgpersoneel vertrekt omdat ze dit niet volhouden. We bevelen de *VGN en zorgaanbieders* aan om expliciet *voor deze doelgroep te verkennen met welke mogelijkheden de werkdruk kan worden verlicht* en wat nodig is om het personeel te behouden, bijvoorbeeld door een verandering in roostering. Een voorbeeld hiervan uit de praktijk van een C.O.T.-casus is dat men van 10-uursdiensten voor één-op-één-begeleiding naar 5-uursdiensten is gegaan om te zorgen dat medewerkers op tijd op adem kunnen komen. Zo zijn er wellicht meer voorbeelden bij aanbieders die kunnen helpen om medewerkers in de complexe zorg te behouden. Niet alleen vanuit de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s, maar ook bij andere zorgvormen voor mensen met een complexe

zorgvraag. We bevelen aan om dit *mee te nemen in het traject voor uitwisseling/intervisie en communicatie* (zie ook volgende punt).

Zet in op preventief beleid door het versterken van regulier aanbod van complexe zorg

Het signaal over een tekort aan plekken voor cliënten met een complexe vraag kwam meerdere keren naar voren. Het lijkt te gaan om twee groepen: cliënten met een complexe vraag die binnen het reguliere aanbod zouden moeten passen maar voor wie lange wachtlijsten gelden, en cliënten met extra complicerende factoren waardoor zij nergens een plek vinden maar toch niet tot een Maatwerkplek worden toegelaten. De eerste aanbeveling is daarom gericht aan de *zorgkantoren* om het *aantal plekken voor deze doelgroep uit te breiden*, zodat mensen tijdig worden geholpen en zich geen geschiedenis van uitstoting en uitplaatsing opbouwt. De eerder genoemde samenwerking tussen zorgkantoren en aanbieders kan hier ook aan bijdragen. In het verlengde daarvan het tweede punt: deze plekken moeten dan wel geschikt zijn voor de doelgroep. De lessen uit de Maatwerkplekken (die immers qua aard van de zorgverlening niet sterk verschillen van de reguliere complexe zorg) en vanuit de C.O.T.'s moeten hiervoor breed worden verspreid en geïmplementeerd (zie ook volgende punt). We bevelen de *zorgkantoren* en *zorgaanbieders* aan om op basis van de geleerde lessen *passende financiële en inhoudelijke middelen in te zetten*.

Faciliteer zorgaanbieders in het uitwisselen en toepassen van kennis en ervaring

In het najaar van 2022 wordt een uitwisseling van kennis en ervaringen opgestart voor zorgaanbieders van Maatwerkplekken en voor C.O.T.-medewerkers. Op het gebied van kennisontwikkeling valt nog winst te behalen in het bundelen en verspreiden van kennis over wat werkt bij de Maatwerkplekken, C.O.T.-trajecten en andere trajecten gericht op de complexe

gehandicaptenzorg. Mogelijk kan (meer) samengewerkt worden met andere initiatieven rondom mensen met een complexe zorgvraag en kunnen lessen uit verschillende initiatieven overstijgend worden gedeeld (PRO en WAVE zijn vaker genoemde voorbeelden hiervan). Vanuit dit onderzoek komt een aantal punten naar voren die meegenomen kunnen worden in de uitwisseling van kennis en ervaring, waaronder het passend maken van de zorgverlening en context (hoe doe je dat, wat is hiervoor nodig), de juiste match tussen cliënten op een groep (waar moet je op letten, wie hebben hierin een rol) en het borgen van kennis over de cliënt, ook bij wisselingen in personeel (hoe kun je de input van cliëntvertegenwoordigers benutten). Om breder effect te bereiken is het ook belangrijk om inzichten bij andere aanbieders te brengen. Hiervoor wordt, parallel aan het traject van uitwisseling van kennis en ervaring, een communicatietraject opgezet. Landelijke communicatie over deze inzichten is een eerste stap. We bevelen de *VGN* en *ZN* aan om samen met zorgaanbieders en zorgkantoren de *inzichten uit dit communicatietraject mee te nemen* in het ontwikkelprogramma voor de complexe zorg, waarin aanbieders worden geholpen om de inzichten te implementeren.

Zorg voor een betere verbinding tussen de VG- en GGZ-sector

Zowel in dit onderzoek als in andere trajecten is de roep groot om betere samenwerking te realiseren tussen de sectoren VG en GGZ. We bevelen aan dat de *brancheorganisaties (VGN en de Nederlandse GGZ) en zorgaanbieders elkaar meer opzoeken* om gezamenlijk invulling te geven aan passende zorg voor mensen met een complexe zorgvraag waarin de expertise van beide sectoren nodig is. Ook op het snijvlak van onvrijwillige zorg adviseren wij om de *routes en werkwijzen beter op elkaar af te stemmen* (zie ook het eerdere punt rond de crisisregeling). Dit is een complex thema dat al op verschillende tafels wordt besproken, waarbij wij aanbevelen dat het ministerie van *VWS deze samenwerking en afstemming stimuleert en faciliteert*.

PJ/22/1738/evmcxzo

Verspreid ervaringen uit de complexe zorg ook naar andere domeinen

Cliënten in de complexe gehandicaptenzorg hebben vaak al vanaf jonge leeftijd zorg en ondersteuning gehad vanuit de jeugdzorg en/of Wmo. Het is van belang om zo vroeg mogelijk te starten met passende zorg en ondersteuning voor de cliënt, waarmee mogelijk op de lange termijn minder complexe zorg nodig is. Vanuit de complexe zorg in de gehandicaptenzorg wordt veel relevante informatie opgedaan, zoals de ervaring dat de context van de omgeving erg belangrijk is bij cliënten met complex gedrag. Deze informatie kan ook nuttig kan zijn voor andere domeinen. Wij bevelen daarom *VGN en de Nederlandse GGZ* aan om de *ervaringen met complexe zorg in de gehandicaptenzorg ook te verspreiden* naar en toe te passen in andere domeinen, zoals de Jeugdzorg en Wmo. Dit is primair een opgave voor de brancheverenigingen van aanbieders, maar brengt mogelijk ook financiële of stelselmatige veranderingen met zich mee. Daarom bevelen we de *directie Langdurige Zorg* van het ministerie van *VWS* aan om dit ook actief *bij de directie Jeugd onder de aandacht* te brengen.

Inventariseer bij jeugdigen wat preventief nog meer gedaan kan worden om op latere leeftijd complex gedrag te voorkomen

Zoals hiervoor benoemd is het van belang om zo vroeg mogelijk te starten met passende zorg en ondersteuning voor cliënten, waardoor mogelijk op de lange termijn minder complexe zorg nodig is. Er zijn signalen dat, onder andere door de wijzigingen in het stelsel sinds 2015, te weinig preventief gewerkt wordt. Casusgericht onderzoek naar cruciale momenten en omstandigheden (bijvoorbeeld leeftijdsfases, overgangen in zorg) die leidden tot complex(er) gedrag kan inzicht verschaffen of/hoe dit te voorkomen was en wat hiervoor in de organisatie en inhoud van zorg nodig is. Daarom bevelen we het *ministerie van VWS* aan om samen met de *Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)* te *inventariseren wat in de Jeugdzorg preventief nog meer*

gedaan kan worden bij jongeren, om te voorkomen dat zij in de toekomst complex(er) gedrag vertonen en hiervoor extra (specialistische) zorg en/of ondersteuning nodig hebben. Maak hierbij gebruik van de inhoudelijke inzichten die bij de C.O.T.'s en Maatwerkplekken zijn verworven.

Schep duidelijkheid in het doel en nut van de Maatwerkplekken

Gedurende de evaluatieperiode werd door de betrokkenen steeds vaker de vraag gesteld wat het verschil is tussen een Maatwerkplek en een reguliere plek met Meezorg. De redenen hiervoor zijn ten eerste dat zorgaanbieders cliënten op een Maatwerkplek

krijgen die in hun ogen vergelijkbaar zijn met mensen op hun wachtlijst voor reguliere zorg, maar (om voor hen onduidelijke redenen) niet in aanmerking komen voor een Maatwerkplek. En ten tweede dat de extra financiering voor de zorgverlening via de Meezorgregeling verloopt (dus het startbudget is het enige verschil in de financiële mogelijkheden). We bevelen het *ministerie van VWS* aan om samen met *ZN* en de *VGN duidelijker te maken* wat het *doel en nut van de Maatwerkplekken* is. Hierbij dient duidelijker te worden wat het onderscheid is met de Meezorgregeling en of dit onderscheid het bestaan van een afzonderlijke regeling voor Maatwerkplekken rechtvaardigt.