

# Samenwerkingsagenda gemeenten en Zorg en Zekerheid 'Versterking GGz-infrastructuur in Holland Rijnland (2018-2022)<sup>1</sup>

## A. Inleiding

Verschillende groepen mensen hebben geestelijke gezondheidszorg nodig. Sommigen hebben hun hele leven lang zorg en ondersteuning nodig, in wisselende intensiteiten. Anderen doen slechts incidenteel een beroep op zorg. De ondersteuningsbehoefte kan variëren van kortdurende ondersteunende begeleiding, tot gespecialiseerde langer durende psychiatrische behandeling en van begeleiding in de wijk tot intensieve klinische dagbehandelingen.

Gemeenten in Holland Rijnland en Zorg en Zekerheid zijn vanuit de Wmo, Jeugdwet, Zorgverzekeringswet (ZvW) en Wet Langdurige Zorg (WLZ) als opdrachtgever en financier verantwoordelijk voor onderdelen van deze hulp en ondersteuning. Om te komen tot een toekomstbestendig GGz landschap op lokaal niveau hebben gemeenten en Zorg en Zekerheid elkaar nodig. De vraagstukken die om samenwerking vragen, worden benoemd in deze samenwerkingsagenda. Doel is de opgaven te concretiseren en deze vanuit gezamenlijk, vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid op te pakken.

Zorg en Zekerheid is de grootste zorgverzekeraar in de regio (50% marktaandeel), heeft de huisartsenzorg in Holland Rijnland gecontracteerd en is tevens de uitvoerder van de WLZ, regionaal zorgkantoor. Partijen spreken af dat daar waar zich gedurende de uitvoering van deze agenda mogelijkheden voor doen om andere verzekeraars aan te laten sluiten, hierop wordt ingezet. Partijen hechten belang aan consultatie en participatie door cliëntvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen bij het uitwerken van onderdelen van deze samenwerkingsagenda. Deze samenwerkingsagenda is daarom ook voor vaststelling ter advisering voorgelegd aan de adviesgroep van Stichting Lumen.

De notie dat voor een goede geestelijke gezondheidszorg nauwe samenwerking en commitment nodig is van alle partijen die hieraan een bijdrage leveren, is ook op landelijk niveau actueel. Zo is in juli 2018 een hoofdlijnen akkoord GGz 2019 t/m 2022 opgesteld door het ministerie van VWS, GGZ Nederland, VNG, MIND en Zorgverzekeraars Nederland<sup>2</sup>. Ook hierin staan afspraken over de aansluiting tussen zorg uit de Zorgverzekeringswet en zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Met deze regionale samenwerkingsagenda sluiten we hier graag op aan.

## B. Overwegingen

Per 1-1-2021 worden taken en budgetten op het gebied van de Maatschappelijke zorg (OGGz, verslavingszorg, Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen) gedecentraliseerd van de centrumgemeenten naar alle gemeenten. Het streven is de maatschappelijke zorg meer lokaal en tegelijk meer ambulante te organiseren.

---

<sup>1</sup> Deze samenwerkingsagenda 'Versterking van de GGZ infrastructuur Holland Rijnland' is een uitwerking van het speerpunt 'GGZ in de wijk' uit de overkoepelende regionale samenwerkingsagenda Zorg en Zekerheid en gemeenten in het werkgebied van Zorg en Zekerheid (Holland Rijnland, Amstelland en Haarlemmermeer).

<sup>2</sup> Zie voor verdere informatie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/07/03/onderhandelaarsakkoord-geestelijke-gezondheidszorg>

Gemeenten in Holland Rijnland bereiden zich hier gezamenlijk op voor en hebben hiertoe een regionaal beleidskader en uitvoeringsprogramma Maatschappelijke Zorg opgesteld. Tegelijkertijd zal met ingang van 2021 voor mensen die levenslang zijn aangewezen op zorg en begeleiding de bekostiging hiervan vanuit de Wet langdurige zorg mogelijk worden. Dit vraagt van partijen ervoor te zorgen dat mensen goed landen van de ene wetgeving in de andere. Per 2020 wordt daarnaast de wet verplichte ggz (Wvvggz) van kracht. Deze wet geeft de mogelijkheid om eerder stadium op te kunnen treden bij psychiatrische patiënten die een gevaar vormen voor zichzelf of de omgeving. De burgemeester kan daartoe meerdere interventies (waaronder behandeling thuis) opleggen.

De veranderingen in de Maatschappelijke zorg sluiten aan bij een bredere ambulantiseringbeweging die al langer gaande is binnen de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de wens om complexe GGz zorg en behandeling steeds meer ambulant te bieden, heeft een forse reductie van bedden voor verblijf plaatsgevonden. Met deze ambulantisering wordt beoogd dat mensen met psychische problematiek zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen; de noodzakelijke hulp en ondersteuning wordt dan thuis of in hun directe woonomgeving geboden. Dit komt overeen met de ambitie van gemeenten om te werken aan een inclusieve samenleving waarin iedereen kan participeren en waar zonodig in zelfregie de ondersteuning wordt geboden om dat mogelijk te maken.

Tegelijkertijd is momenteel de ambulante zorg en de sociale infrastructuur in gemeenten nog onvoldoende toegerust op de aanwezigheid van mensen met psychiatrische problematiek in de buurt. Dit uit zich in oplopende wachttijden voor GGz behandeling en een toename van signalen en klachten over mensen met verward gedrag, waarbij soms de veiligheid in het geding is. Omdat mensen met psychische problematiek vaak op meerdere leefgebieden problemen hebben, is een nauwe samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor en de door hen gefinancierde partijen nodig. Het vraagt om een andere manier van werken vanuit de klassieke GGz-instellingen: extramuraal werken in nauwe samenwerking met partners in het sociale en medische domein, wonen en veiligheid. Het is nodig financiële obstakels op te lossen wanneer deze een belemmering vormen voor het toeleiden naar en het bieden van passende zorg.

## **C. Inhoudelijke opgaven versterking GGz Holland Rijnland**

De gezamenlijke, inhoudelijke opgave ten aanzien van de GGz is in deze samenwerkingsagenda vertaald naar een aantal deelopgaven waar gemeenten en Zorg en Zekerheid zich aan committeren. De inhoud van deze samenwerkingsagenda is niet in beton gegoten. Het GGz landschap is immers volop in beweging. Periodieke actualisatie en bijstelling van deze agenda is dan ook van belang. Concretisering van de opgaven vindt plaats in uitvoeringsagenda's.

### **1. Een gedeeld toekomstbeeld van GGz zorg in Holland Rijnland**

*Het is wenselijk om te komen tot een gedeeld toekomstbeeld van een duurzame organisatie en financiering van GGz zorg in Holland Rijnland. Welke ontwikkelopgave brengt dit met zich mee, hoe kunnen partijen vanuit een gezamenlijkheid hier sturing aan geven?*

- Partijen spreken af om tot een gedeeld toekomstbeeld van het gewenste GGZ-zorglandschap in Holland Rijnland te komen. De wens is om dit beeld te formuleren in co-creatie met cliëntvertegenwoordigers/ervaringsdeskundigen, GGZ partijen, alsmede relevante andere belanghebbenden.

- Partijen spreken af gezamenlijk actief te willen sturen op totstandkoming van het gedeeld toekomstbeeld. Daarbij onderzoeken partijen mogelijkheden voor andere vormen financiering, die beter passen bij de gewenste inrichting van het zorglandschap. Te denken valt aan populatiebeposting voor wijkteams of ontschot budgetten tussen zorgverzekeraar en gemeenten voor zorg en begeleiding.

## 2. Versterking ambulante behandeling en begeleiding GGz 0-100 jaar (ambulantisering)

*We streven naar een situatie waarin mensen met ernstige psychische klachten snel de passende hulp kunnen krijgen. De gemeentelijke en zorgdomeinen werken rondom een cliënt en zijn netwerk met elkaar samen in het bieden van maatwerk ondersteuning. In veel gevallen zal men door het wijkteam of door de POH GGz van de huisarts voldoende kunnen worden geholpen. Wanneer dit geen soelaas biedt, is het belangrijk dat consultatie van een GGz professional eenvoudig is in te roepen. Zo kan goede doorverwijzing of diagnostisering plaatsvinden en komt men direct op de goede plek voor behandeling (POH-GGz, generalistische basis-GGz, gespecialiseerde GGz) of begeleiding. Belangrijk is dat de wachttijden voor behandeling beperkt zijn. Schotten tussen GGz, verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking (LVB) moeten worden geslecht.*

- Partijen stimuleren verregaande samenwerking tussen FACT-teams, Sociaal Wijk Teams, Jeugd- en Gezinsteams en eerstelijnszorgpartijen. Door middel van een pilot in de gemeente Leiden worden ervaringen opgedaan met als oogmerk de opbrengsten voor de gehele regio te benutten en deze samenwerking regiobreed praktisch en financieel mogelijk te maken.
- Partijen werken aan een goede aansluiting Jeugd GGz en Volwassen GGz in de wijk (FACT, JeugdFACT, Jeugdgezinsteam).
- Partijen hechten belang aan versterking en uitbreiding van herstelondersteuning door ervaringsdeskundigen en investeren hierin. De mogelijkheden voor inzet van betaalde ervaringsdeskundigen wordt uitgebreid.
- Partijen hechten belang aan het opbouwen, betrekken en ondersteunen van het sociale netwerk van cliënten. Hierover worden afspraken met zorgpartijen gemaakt.
- Partijen hebben de wens om Intensive Home Treatment breed beschikbaar te krijgen.
- Partijen zetten zich in voor de ontwikkeling en inkoop van voldoende effectieve mogelijkheden voor zorg en ondersteuning bij specifieke problematiek (combinatie GGz & LVB, GGz & verslavingszorg, traumabehandeling).
- Partijen werken samen om de wachttijden voor GGz behandeling te reduceren, daar waar oorzaken of oplossingsrichtingen op het snijvlak van gemeentelijk- en zorgdomein liggen. Ook is extra inzet nodig ter bevordering van opleiding, werving en behoud van personeel. Hiervoor wordt verbinding gelegd met de Regionale Taskforce Wachttijden GGZ en RAAT<sup>3</sup>.
- Partijen willen beter zicht krijgen in de vraag naar interculturele GGz en de mate waarin op dit vlak in onze regio sprake is van een tekort aan passende zorg dan wel onderbesteding.
- Gemeenten en zorgverzekeraar zijn betrokken bij diverse pilots (vanuit het project Aanpak personen met verward gedrag en het project Decentralisatie Maatschappelijke zorg) gericht op vroegsignalering en preventie en delen de opgedane ervaringen in de regio.

---

<sup>3</sup> Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten. Via RAAT worden acties gericht op het tegengaan van de tekorten gebundeld en wordt samenwerking gestimuleerd om te komen tot een integrale arbeidsmarktaanpak voor zorg en welzijn.

### 3. Toeleiding en bemoeizorg

*We vinden het van belang dat in de wijk voldoende expertise aanwezig is zodat psychische kwetsbaarheid zo vroeg mogelijk wordt gesignaleerd, mensen met psychische problematiek snel hun weg vinden naar passende ondersteuning en bij escalatie van problematiek effectief wordt opgeschaald. Bijzondere aandacht is hierbij nodig voor mensen die niet in staat zijn zelf een hulpvraag te stellen, mensen voor wie het hulpaanbod niet goed aansluit en voor zorg-/behandelmijders. In de praktijk beweegt de ondersteunings- en zorgbehoefte van cliënten zich vaak over de snijvlakken Jeugdhulp, Wmo en ZvW heen. Dit vraagt om continue afstemming en korte lijnen tussen gemeenten, zorgaanbieder en zorgverzekeraar zodat cliënten en professionals niet door deze schotten gehinderd worden of mensen tussen wal en schip terecht komen. Daar waar structurele knelpunten worden gesignaleerd vraagt het om nieuwe oplossingen en afspraken.*

- Partijen willen financiële obstakels oplossen wanneer deze een belemmering vormen voor het toeleiden naar en het bieden van passende zorg, waaronder:
  - i. Adviserende rol van jeugd & volwassen GGz en forensische GGz aan nulde & eerste lijnspartners.
  - ii. Inzet van specialisten GGz bij ernstig of complex geweld (MDA++)<sup>4</sup>
  - iii. Nauwe samenwerking in de (bemoei)zorg aan mensen die niet in staat zijn zelf een hulpvraag te stellen, mensen voor wie het hulpaanbod niet goed aansluit en voor zorg-/behandelmijders.
- Partijen zetten zich in voor een adequate triage en toeleiding ten aanzien van specifieke problematiek (combinatie GGZ en LVB, GGz en verslavingszorg, traumabehandeling).
- Voor mensen met verward gedrag hebben gemeenten en zorgverzekeraar de opdracht om de acute opvang en vervolgzorg samen met GGz en andere betrokken partijen (verslavingszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg) te organiseren. Hiertoe wordt de infrastructuur van de Psychiatrische Eerste Hulp (PEH) en Quick responder nader overwogen en doorontwikkeld. Hierbij wordt ook de verbinding gelegd met de huidige bereikbaarheidsdiensten, de herpositionering van het Meldpunt zorg en overlast, de ontwikkeling van een meldfunctie niet acute zorg en de ontwikkelingen richting een Zorg- en Veiligheidshuis. Beslissingen over inrichting en financiering van de acute psychiatrische hulpverlening worden in overleg met gemeenten genomen.
- Partijen treden in overleg over de invoering van de Wvvgz.

### 4. Voldoende en passende flexibele intramurale zorg (opvang en verblijf)

*Wanneer het thuis (tijdelijk) niet meer gaat, vinden we het van belang dat er voldoende passende voorzieningen in de regio zijn, waar mensen even op adem kunnen komen of langduriger kunnen verblijven. Binnen deze voorzieningen vormt herstelgerichte ondersteuning het uitgangspunt, waarbij veel ruimte en aandacht is voor het belang van de inzet van ervaringsdeskundigheid.*

- Partijen willen gezamenlijk intramurale eerstelijns tussenvormen gefinancierd vanuit Wmo én ZvW waar mensen kortere tijd kunnen verblijven wanneer het thuis niet meer gaat. Bijvoorbeeld bed op recept, respijthuis of crisisplekken.

---

<sup>4</sup> MDA++ staat voor Multi Disciplinaire Aanpak. De twee ++ staan voor: 1. specialistisch, 2. multidisciplinair. Doel van MDA++ is er voor te zorgen dat ook in complexe en ernstige casuïstiek van huiselijk geweld en kindermishandeling de veiligheid duurzaam wordt hersteld, de recidive werkelijk daalt en het welbevinden van (liefst alle) betrokkenen stijgt.

- Partijen bereiden zich gezamenlijk voor op een soepele overgang van cliënten van Beschermd Wonen naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit in het kader van de openstelling per 1-1-2012 van de Wlz voor cliënten met psychiatrische problematiek en blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.
- Partijen maken samenwerkingsafspraken voor een heldere werkwijze voor de overgang van klinisch verblijf naar Wmo verblijf.
- Partijen spreken uit in gezamenlijkheid te komen tot de inkoop of ontwikkeling van ontbrekend aanbod van specialistische 24/7-voorzieningen voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek en/of (L)VB-problematiek, vaak in combinatie met somatische problematiek. Sommige personen met zware Wlz-problematiek kunnen momenteel binnen de regio slechts terecht in de maatschappelijke opvang; daarnaast zien we binnen beschermd wonen doelgroepen met behoefte aan zwaardere zorg dan nu beschikbaar is. We zien kansen om door het versterken van samenwerking tussen gemeente, Z&Z, en betrokken zorgpartijen tot betere maatwerkoplossingen voor deze specifieke doelgroepen te komen.

#### **D. Gezamenlijke overlegstructuur en jaarlijkse uitvoeringsagenda**

De voortgang en actualisering van de samenwerkingsagenda wordt periodiek (1 x per half jaar) besproken in de stuurgroep, welke bestaat uit de bestuurder van Zorg en Zekerheid, de portefeuillehouder Gezondheid en Welzijn van de gemeente Leiden alsmede bestuurlijk vertegenwoordigers van gemeenten in de Duin- en Bollenstreek, Rijnstreek en Leidse regio. Dit overleg wordt voorbereid door de accounthouder gemeenten van Z&Z en de programmaleider Maatschappelijke zorg Holland Rijnland.

Deze meerjarige samenwerkingsagenda wordt jaarlijks vertaald in een uitvoeringsagenda. Voor 2019 zal de eerste uitvoeringsagenda worden opgesteld. Hierin worden per deelonderwerp prioriteiten benoemd en afspraken vastgelegd over de wijze waarop de ambities uit de samenwerkingsagenda gerealiseerd zullen worden, inclusief mijlpalen planning & financiële paragraaf. Bij het opstellen van de jaarlijkse uitvoeringsagenda en de implementatie hiervan, werken gemeenten en Z&Z in wisselende samenstelling met elkaar samen, waarbij, naar gelang het onderwerp, cliëntvertegenwoordigers, ervaringsdeskundigen, GGZ aanbieders en overige partners worden betrokken. Waar nodig wordt aangesloten bij bestaande overleggremia op Holland Rijnland-niveau of wordt afstemming gepleegd met gremia op hoger regionaal niveau.