

Definitief



# ➤ Bovenregionale schakels in de ggz-ketting

Rapportage monitor  
casuistiektafels hoogcomplexe ggz

Utrecht, 15 februari 2022  
Geraline Boonzaaijer  
Thijs Stoop  
Fons Strijbosch

**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Aanleiding, methode en conclusie</b>	<b>2</b>
1.1	Aanleiding	2
1.2	Vraag aan SiRM en methode	2
1.3	Conclusies	3
<b>2</b>	<b>Voorkomen van patiënten tussen wal en schip</b>	<b>4</b>
2.1	De casuïstiektafels contribuëren aan het vinden van passende hoogcomplexere zorg	4
2.2	Blijf aandacht besteden aan zichtbaarheid voor en samenwerking door alle relevante stakeholders	8
<b>3</b>	<b>Een bovenregionale schakel voor escalatie</b>	<b>10</b>
3.1	Bovenregionale casuïstiektafels zijn eenvoudig benaderbaar als regionaal geen oplossing gevonden wordt	10
3.2	Sluit als casuïstiektafel zoveel mogelijk aan bij bestaande (boven)regionale overlegstructuren	11
<b>4</b>	<b>Inzicht in benodigde beleidsverbeteringen</b>	<b>14</b>
4.1	Besproken casuïstiek biedt aanvulling op beeld en onderbouwing van tekorten en schotten in aanbod	14
4.2	Blijf casuïstiek monitoren om als vaste signaleringsfunctie te dienen	15
	<b>Bijlage 1. Regio-indeling casuïstiektafels</b>	<b>18</b>
	<b>Bijlage 2. Projectaanpak</b>	<b>19</b>

# I Aanleiding, methode en conclusie

## 1.1 Aanleiding

Ggz-instellingen en zorgverzekeraars hebben begin maart 2020 een plan van aanpak voor patiënten met een hoogcomplexe ggz-vraag aangeboden aan de staatssecretaris van VWS (GGZ NL en ZN, 2020).<sup>1</sup> De kern van het plan van aanpak is dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg voor deze patiënten verbeterd moet worden, door hen met prioriteit een behandelaanbod op maat te bieden. Partijen hebben hier vanaf april 2020 invulling aan gegeven door een landelijk sluitend netwerk van aanbieders en financiers in te richten, in de vorm van acht bovenregionale<sup>2</sup> casuïstiektafels hoogcomplexe ggz (Bijlage 1).

In het plan van aanpak wordt aangegeven dat de doelgroep voor de casuïstiektafels patiënten betreft die een integraal maatwerk aanbod in de hoogcomplexe ggz nodig hebben. Meer concreet zijn hiervoor zeven criteria opgesteld:

- 1 Patiënten met meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen.
- 2 Behandeldoelstelling is aanwezig én realiseerbaar (kan ook betekenen: meer care-gerichte behandeling, herstelgericht).
- 3 Samenhang meerdere stoornissen in combinatie met systemische problematiek / meerdere levensdomeinen.
- 4 Dreiging van ernstig gevaar voor lichamelijke schade en/of overlijden.
- 5 Er is al een aantal (specifieke) behandelingen uitgevoerd.
- 6 Uitzonderlijk behandelregime is nodig om gevaar te voorkomen en de behandeling in gang te zetten.
- 7 Zorg is schaars, intensief, duur, aanbod is niet makkelijk op te schalen (maatwerk staat centraal).

De betrokken brancheverenigingen en coördinerende instellingen hebben daarbij afgesproken om 'de menselijke maat' te hanteren bij het triëren van aangemelde patiënten. Dit houdt concreet in dat professionals aan de tafels er in principe voor kiezen om mensen die (net) buiten de toegangscriteria vallen, tóch te bespreken en te helpen.

## 1.2 Vraag aan SiRM en methode

De Nederlandse ggz (deNLggz) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben SiRM gevraagd om de monitor van de casuïstiektafels uit te voeren en de coördinatoren van de casuïstiektafels te ondersteunen, de regio's te stimuleren, en zo nodig te escaleren. SiRM is gevraagd om op basis

---

<sup>1</sup> Te vinden op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/03/13/plan-van-aanpak-toegankelijkheid-en-beschikbaarheid-hoogcomplexe-ggz>

<sup>2</sup> In het oorspronkelijke plan van aanpak werd gesproken over 'regionale' casuïstiektafels. Omdat sommige tafels ervoor gekozen hebben met subregio's te werken en omdat er in de ggz veel andere casuïstiekoverleggen bestaan die gericht zijn op kleinere regio's, spreken we in het kader van de casuïstiektafels hoogcomplexe ggz over 'bovenregionaal'.

van de monitor de aantallen en type casussen te beschrijven en te adviseren over de meerwaarde en het vervolg van de casuïstiektafels.

In 2020 hebben alle casuïstiektafels een coördinator benoemd. Van juni 2020 tot november 2021 hebben de acht coördinatoren meerdere keren onder begeleiding van SiRM de voortgang en uitdagingen besproken. Ook is een monitor onder de coördinatoren uitgezet in de vorm van een online vragenlijst. De vragenlijst bevatte vragen over de kenmerken van de casus, zoals (geanonimiseerde) patiëntinformatie, knelpunten in het organiseren van passende zorg, en wat de tafel voor de patiënt heeft kunnen betekenen. Daarnaast hebben we interviews gevoerd met de coördinatoren van de casuïstiektafels en de meest voorkomende verwijzers naar de casuïstiektafels: andere ggz-instellingen in de regio's, zorgbemiddelaars en de Unit Complexe Zorgvragen (UCZ) van VWS. Tot slot besprak SiRM de tussen- en eindresultaten in bijeenkomsten met een regiegroep en een begeleidingscommissie. Zie Bijlage 2 voor een volledig overzicht van de projectaanpak.

### 1.3 Conclusies

Hoogcomplexe ggz-casuïstiek vraagt om sterk maatwerk en intensieve samenwerking tussen verschillende deskundigen en organisaties. De casuïstiektafels bieden meerwaarde als zij dit maatwerk in samenwerking met andere organisaties bieden of faciliteren. Vaak lukt het de samenwerkende organisaties dan om een passend aanbod te doen voor de patiënt met een hoogcomplexe vraag. Het aantal aangemelde casussen bij de casuïstiektafels is relatief laag. Dit lijkt vooral te komen doordat voor veel patiënten met een complexe ggz-zorgvraag al een passend traject gevonden wordt door overleg tussen de regiebehandelaar en een andere (zorg)professional of via een van de meer regionaal georiënteerde overlegvormen. De casuïstiektafels bieden een vangnetfunctie en expertisenetwerk op bovenregionaal niveau voor ggz-casuïstiek die te complex blijkt om via een van deze meer gebaande routes op te lossen. De geboden expertise bestaat onder andere uit het bieden van consultatie, verwijzing of de organisatie van samenwerking en financiering.

We adviseren om de vangnetfunctie en het expertisenetwerk te behouden voor patiënten voor wie dit nodig is, maar om in regio's met een blijvend laag aantal aanmeldingen aan te sluiten bij een andere overlegstructuur. We adviseren om hierbij voorwaarden te formuleren voor de kwaliteit en toegankelijkheid om deze in iedere regio te borgen. Denk bijvoorbeeld aan het blijven hanteren van 'de menselijke maat' bij het triëren van aangemelde patiënten en het in stand houden van een duidelijk aanspreekpunt op bovenregionaal niveau. De casuïstiektafels kunnen aanvullend meerwaarde bieden door richting zorgverzekeraars te signaleren voor welke casuïstiek tekorten bestaan en via de betrokken brancheverenigingen bij VWS aan te geven welke belemmerende schotten er zijn in het aanbod voor patiënten met hoogcomplexe ggz-problematiek. Het is hiervoor nodig om als casuïstiektafel te blijven monitoren welke vragen bij de tafel terecht komen en in hoeverre het lukt om passend aanbod te doen. De resultaten van deze monitoring zouden minimaal jaarlijks besproken kunnen worden met de lokale partijen, betrokken brancheverenigingen en beleidsmakers.

## 2 Voorkomen van patiënten tussen wal en schip

De casuïstiektafels hoogcomplexen ggz hebben in 2020-2021 bijgedragen aan het vinden van passende zorg voor ggz-patiënten bij wie dat eerder niet lukte. Voor de meeste patiënten die bij de tafels zijn aangemeld, wordt nieuw behandelplan gevonden. Afgaande op beschikbare informatie lijken de meeste patiënten met een hoogcomplexen ggz-vraag in beeld te zijn. Of er nog steeds mensen tussen wal en schip vallen, is daarmee niet volledig uit te sluiten. Om patiënten met een hoogcomplexen ggz-vraag ook in de toekomst goed te helpen, moeten de tafels aandacht blijven geven aan zichtbaarheid en aan de samenwerking door alle relevante betrokkenen.

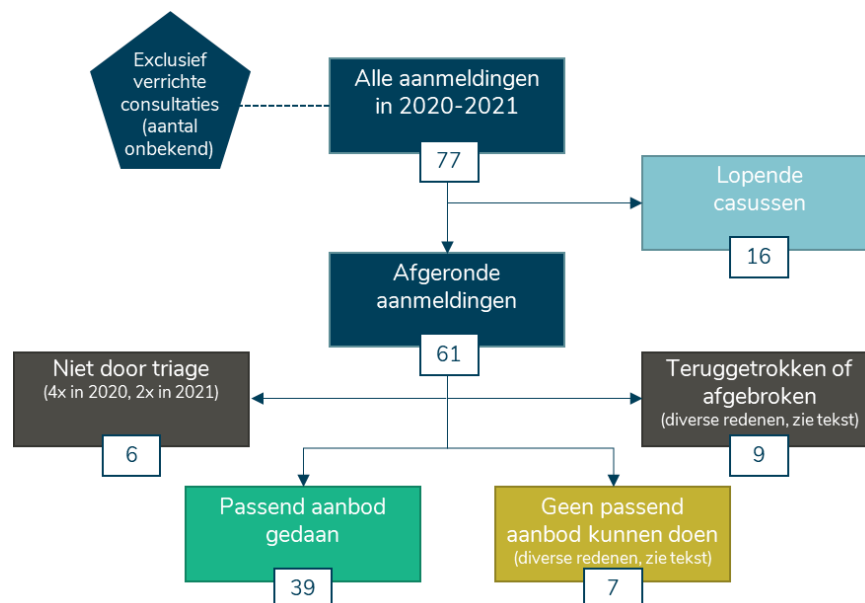
### 2.1 De casuïstiektafels dragen bij aan het vinden van passende hoogcomplexen zorg

#### 2.1.1 Voor de meeste aangemelde patiënten wordt passend aanbod gevonden

Sinds 2020 zijn er in totaal 77 patiënten aangemeld op de casuïstiektafels. Dit is exclusief het aantal patiënten voor wie de casuïstiektafels consultatie verleend hebben. Dit aantal is niet bekend, maar de tafelcoördinatoren schatten dat het minstens om een vergelijkbaar aantal gaat. Voor 16 van de 77 patiënten is de casus nog lopend. Van de 61 afgeronde casussen is in bijna twee derde van de gevallen een nieuw, passend aanbod gedaan door de tafel. Dit betreft 39 patiënten (Figuur 1). Voor zeven patiënten is het de tafels niet gelukt om tot een nieuw, passend zorgvoorstel te komen.<sup>3</sup> In zes gevallen besloten de tafels bij triage dat de casus niet paste bij de opgestelde aanmeldcriteria. In negen gevallen heeft de verwijzer naar de tafel of de patiënt zelf de aanmelding teruggetrokken of afgebroken, bijvoorbeeld omdat de patiënt niet langer toestemming gaf of door veranderingen in de situatie of zorgvraag van de patiënt. De tafelcoördinatoren melden dat ze in die gevallen waar relevant proberen een suggestie te doen voor de beste vervolgstap. Van de zes casussen waarin de tafels bij triage besloten dat de casus niet paste bij de aanmeldcriteria, werden er vier aangemeld in 2020. In 2021 is bij twee van de casussen bij de triage besloten dat de casus niet paste bij de aanmeldcriteria. Hiermee lijken de tafels grotendeels invulling te geven aan de oproep van het ministerie van VWS, deNLggz en ZN rond de tussenrapportage van deze monitor in februari 2021 om bij het beoordelen van aanmeldingen

<sup>3</sup> We lichten de redenen hiervoor later in deze paragraaf toe.

sterk rekening te houden met de menselijke maat en de criteria waar mogelijk niet te strikt te hanteren.<sup>4</sup>



Figuur 1. In totaal zijn er 77 patiënten aangemeld op de tafels. Daarnaast is voor een onbekend aantal patiënten consultatie verleend. Van vijf casussen wordt de status momenteel onderzocht.

De coördinatoren van de casuïstiektafels geven aan dat het faciliteren of organiseren van samenwerking tussen meerdere zorgverleners het vaakst bijdraagt aan het mogelijk maken van een passend zorgaanbod. Ook het in beeld krijgen van de patiënt bij de juiste regionale zorgverleners draagt vaak bij aan het vinden van een oplossing. Andere genoemde succesfactoren zijn:

- Duidelijk krijgen welke zorg passend is voor de patiënt.
- Passende financiering beschikbaar krijgen. Hierbij heeft het bij een aantal tafels meerwaarde gehad om vertegenwoordigers van zorgverzekeraars aan te laten sluiten bij bespreking van de casus.
- Capaciteit buiten de eigen regio inzetten.

Het is belangrijk om te realiseren dat voor hoogcomplexere casuïstiek ook het opstellen van een nieuw behandelvoorstel zelden leidt tot een snelle oplossing. Betrokkenen noemen dat het belangrijk is om de verwachtingen van de casuïstiektafels bij verwijzers en patiënten realistisch te houden. In gevallen waarin het de casuïstiektafels niet lukte een passend aanbod te doen, kwam dit het vaakst doordat het niet lukte om regionale samenwerking op te zetten of doordat passend zorgaanbod in de eigen regio of daarbuiten ontbrak. De redenen waarom het niet lukte regionale samenwerking op te zetten of om passend aanbod te vinden, verschillen per casus. In een aantal gevallen leidde de complexiteit van de casuïstiek ertoe dat veel benaderde zorgaanbieders niet konden helpen vanwege exclusiecriteria. In een ander deel van de gevallen waren patiënten op

<sup>4</sup> Zie ook de Kamerbrief van staatssecretaris Blokhuis d.d. 4 november 2021, Kamerstuk 25424-594, te vinden op [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2021Z19500&did=2021D41828](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z19500&did=2021D41828)

zoek naar zeer specifiek zorgaanbod wat niet binnen voor de patiënt haalbare afstand aanwezig was.<sup>5</sup>

De meeste patiënten lijken initieel tevreden met het nieuwe behandelaanbod, waarbij het niet goed te zeggen is of dit op de langere termijn zo blijft. Van de 39 patiënten voor wie de casuïstiektafels een nieuw behandelvoorstel gefaciliteerd hebben, zijn vier patiënten niet akkoord gegaan met dat voorstel. De tafelcoördinatoren melden dat zij in die gevallen probeerden in te gaan op de bezwaren van patiënten. In gevallen waarin dat niet mogelijk blijkt, eindigt het traject daarna. Omdat de casuïstiektafels vanuit hun faciliterende rol geen behandelrelatie hebben met besproken patiënten, is het voor hen momenteel niet goed te volgen of patiënten ook op langere termijn geholpen zijn. Een korte enquête onder verwijzers naar de casuïstiektafel gecoördineerd door GGz Centraal suggereert dat minstens de helft van de patiënten geholpen is, maar hieruit vallen geen conclusies te trekken.

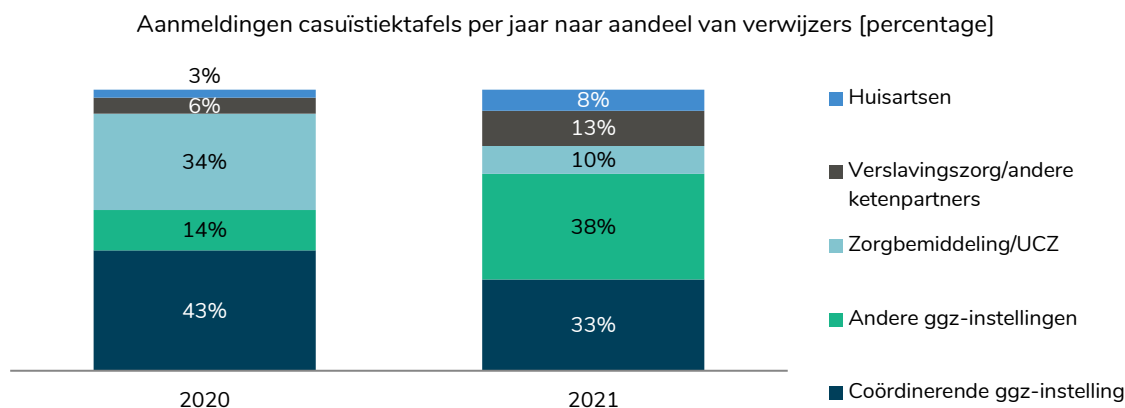
### **2.1.2 De meeste patiënten met een hoogcomplexere ggz-vraag lijken in beeld te zijn**

Afgaande op beschikbare informatie lijken de meeste patiënten met een hoogcomplexere ggz-vraag in beeld te zijn. Of er nog steeds mensen tussen wal en schip vallen, is daarmee echter niet volledig uit te sluiten.

De casuïstiektafels hebben hun zichtbaarheid en bekendheid vergroot, onder andere door een openbaar aanmeldloket in te richten en door regelmatige besprekingen op te zetten met andere ggz-instellingen en in sommige gevallen met zorgverzekeraars en/of gemeenten. Het aanmeldloket is nu goed vindbaar op de websites van de betrokken ggz-instellingen en gecommuniceerd naar alle potentiële verwijzers naar de casuïstiektafel. Een signaal dat dit effect heeft, is dat het aandeel aanmeldingen uit andere ggz-instellingen en andere ketenpartners in 2021 sterk steeg van 20% naar 51% (Figuur 2). Daarentegen blijkt uit interviews met andere ggz-instellingen dan de coördinerende instellingen voor de casuïstiektafels dat nog niet iedere geïntegreerde ggz-instelling goed aangehaakt is. Hier valt nog winst te behalen.

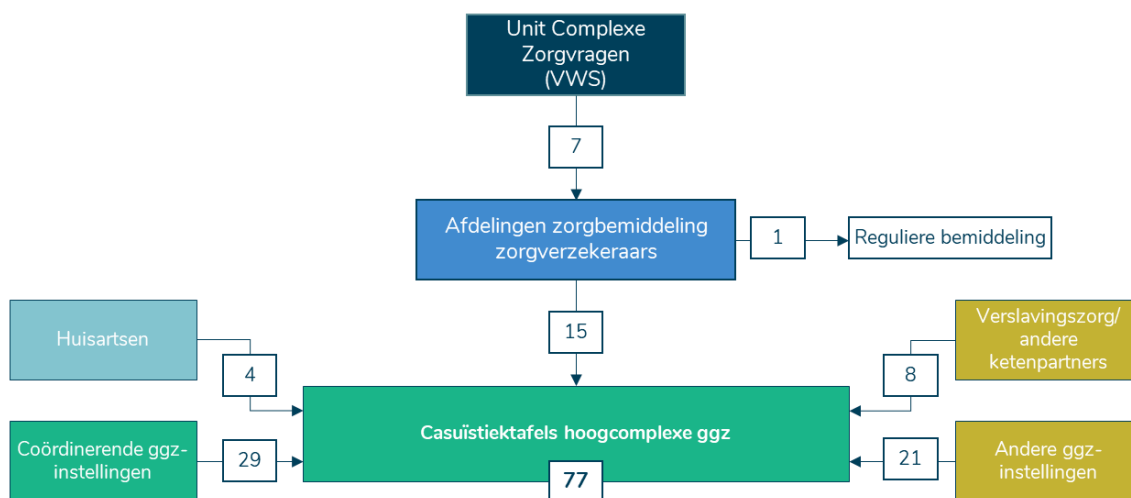
---

<sup>5</sup> Om de privacy van de betrokken patiënten te borgen, verzamelden we geen gedetailleerde casusinformatie voor de monitor. Meer specifieke informatie over redenen voor het al dan niet slagen van bespreking op de casuïstiektafels is dan ook niet beschikbaar.



Figuur 2. Het aandeel aanmeldingen van andere verwijzers dan de coördinerende ggz-instelling is in 2021 gestegen ten opzichte van het startjaar 2020, met name door verwijzingen door andere ggz-instellingen.

Daarnaast geven coördinerende ggz-instellingen, andere ggz-instellingen en brancheorganisaties aan dat verreweg de meeste patiënten met een hoogcomplex ggz-vraag al via andere routes dan de casuïstiektafels (zie ook §3.1) passende zorg krijgen. Een indirect signaal hiervoor is dat het aantal patiënten wat via de afdelingen zorgbemiddeling en via de UCZ bij de tafels terecht komt klein is. In 2021 betrof dit in totaal zelfs maar drie patiënten (Figuur 3). Ook noemen coördinatoren dat ze de aanmeldcriteria niet strikt hanteren en aangemelde casussen in principe in behandeling nemen of naar een andere overlegvorm verwijzen.



Figuur 3. De meeste aanmeldingen bij de casuïstiektafels komen via de coördinerende ggz-instellingen, andere ggz-instellingen, verslavingszorg of andere ketenpartners. De afdelingen zorgbemiddeling en de UCZ spelen een kleinere rol.

Toch is niet met zekerheid te zeggen of alle patiënten met een hoogcomplex zorgvraag die tussen wal en schip (dreigen te) vallen nu in beeld komen bij de tafels. Eén signaal daarover is dat bij het Nationaal Zorgnummer van MIND casussen voorbijkomen die mogelijk onder de doelgroep van de tafels vallen. In het tweede halfjaar van 2021 betrof dit 13 casussen die door MIND bestempeld zijn als mogelijk hoogcomplex. In hoeverre deze casussen (ook) via een van de mogelijke routes uit Figuur 3 bij de casuïstiektafels aangemeld zijn, is niet bekend. Als MIND een cliënt in contact brengt met de zorgbemiddelaar kan deze de patiënt doorverwijzen naar de casuïstiektafel als dit nodig blijkt.



## 2.2 Blijf aandacht besteden aan zichtbaarheid voor en samenwerking door alle relevante stakeholders

We adviseren de coördinatoren van de casuïstiektafels, hun bestuurders en andere betrokkenen om aandacht te blijven besteden aan bekendheid en zichtbaarheid van de tafel, en aan de samenwerking door alle relevante betrokkenen. Dit is noodzakelijk om ook in de toekomst patiënten goed te helpen en om de kans te verkleinen dat er patiënten tussen wal en schip vallen.

Ondanks dat de bekendheid en zichtbaarheid ten opzichte van de startfase verbeterd zijn, blijft dit in veel regio's een mogelijk verbeterpunt. Niet elke geïntegreerde ggz-instelling is goed op de hoogte van bestaan en de werkwijze van de casuïstiektafels. Daarnaast is bekendheid nu grotendeels afhankelijk van individuele inspanningen van coördinatoren wat een kwetsbaarheid vormt. Bovendien helpt het als ggz-professionals onderling en brancheorganisaties in de ggz een cultuur van doorverwijzen en het zoeken van samenwerking in het belang van de patiënt blijven bevorderen.

Ook adviseren we om te blijven toetsen of er geen patiënten zijn die buiten beeld blijven. Dit kan het beste op meerdere manieren gebeuren, omdat patiënten die tussen wal en schip vallen haast per definitie niet goed zichtbaar zijn. Naast actief werken aan bekendheid en zichtbaarheid, kunnen de tafels hiervoor regelmatig overleggen met de afdelingen zorgbemiddeling, de UCZ en instellingen voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Brancheverenigingen zouden hierover bijvoorbeeld contact kunnen houden met MIND, de afdelingen zorgbemiddeling, de UCZ, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), de Nationale Ombudsman of meer regionale ombudspersonen.

Coördinerende instellingen moeten er zorg voor blijven dragen dat de belangrijkste ketenpartners in hun regio aangehaakt zijn. Dit zijn in ieder geval andere geïntegreerde ggz-instellingen, de dichtstbijzijnde instellingen voor verslavingszorg, beschermd wonen, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en zorgverzekeraars. Daarnaast bieden ervaringsdeskundigen en mogelijk het sociale wijkteam van de gemeente meerwaarde. Meerdere tafels ervaren dat het aansluiten van externe expertise van het CCE meerwaarde biedt in kwaliteit en snelheid. Aangesloten partijen hebben daarbij de verantwoordelijkheid om constructief mee te denken wanneer ze door de casuïstiektafel geconsulteerd worden. Daarnaast hebben aangesloten partijen de verantwoordelijkheid om de patiënt te helpen als zij aangeven dit te zullen doen en in de vervolgstappen te voorkomen dat de patiënt opnieuw tussen wal en schip valt.

Het blijft de bedoeling dat de bovenregionale tafels geactiveerd worden op het moment dat een behandelaar van een patiënt met een hoogcomplexe zorgvraag er zelf niet uitkomt en niet op een andere manier passende zorg kan organiseren. Verwijzing naar de casuïstiektafels is daarbij in principe altijd secundair: door andere ggz-aanbieders, afdelingen zorgbemiddeling en de UCZ (via een afdeling zorgbemiddeling). Gelet op het lage aantal aanmeldingen via huisartsen en de complexiteit van de zorgvragen, lijkt directe verwijzing door huisartsen naar tafels geen voor de hand liggende route. Het informeren en indien nodig betrekken van de huisarts van besproken patiënten ligt wél voor de hand.

We adviseren de casuïstiektafels om duidelijkheid te blijven verschaffen over hun doel, opzet en werkwijze. De afgelopen jaren speelde er soms een mismatch in verwachtingen tussen verwijzers en tafels. Onderdeel daarvan is aan beide zijden actief aan verwachtingenmanagement te doen over wat de ggz wel en niet kan betekenen voor patiënten. De casuïstiektafels kunnen er het beste mee doorgaan de aanmeldcriteria niet te strikt hanteren. Hoogcomplexere casuïstiek laat zich namelijk bijna per definitie niet in criteria vangen, en de reden voor aanmelding is juist vaak dat patiënten niet in één van de 'hokjes' van het stelsel passen.

## 3 Een bovenregionale schakel voor escalatie

Casuïstiektafels bieden een vangnetfunctie en expertisenetwerk op bovenregionaal niveau voor ggz-casuïstiek die te complex blijkt om binnen een ggz-instelling of binnen een bestaand regionaal overleg op te lossen. We adviseren om de vangnetfunctie en het expertisenetwerk te behouden voor patiënten voor wie dit nodig is, maar om in regio's met een blijvend laag aantal aanmeldingen in de uitvoering aan te sluiten bij een andere overlegstructuur. Hiermee komt er meer autonomie in de operationalisering van de casuïstiektafels. Wel adviseren we om voorwaarden te formuleren voor de kwaliteit en toegankelijkheid om deze in iedere regio te borgen.

### 3.1 Bovenregionale casuïstiektafels zijn eenvoudig benaderbaar als regionaal geen oplossing gevonden wordt

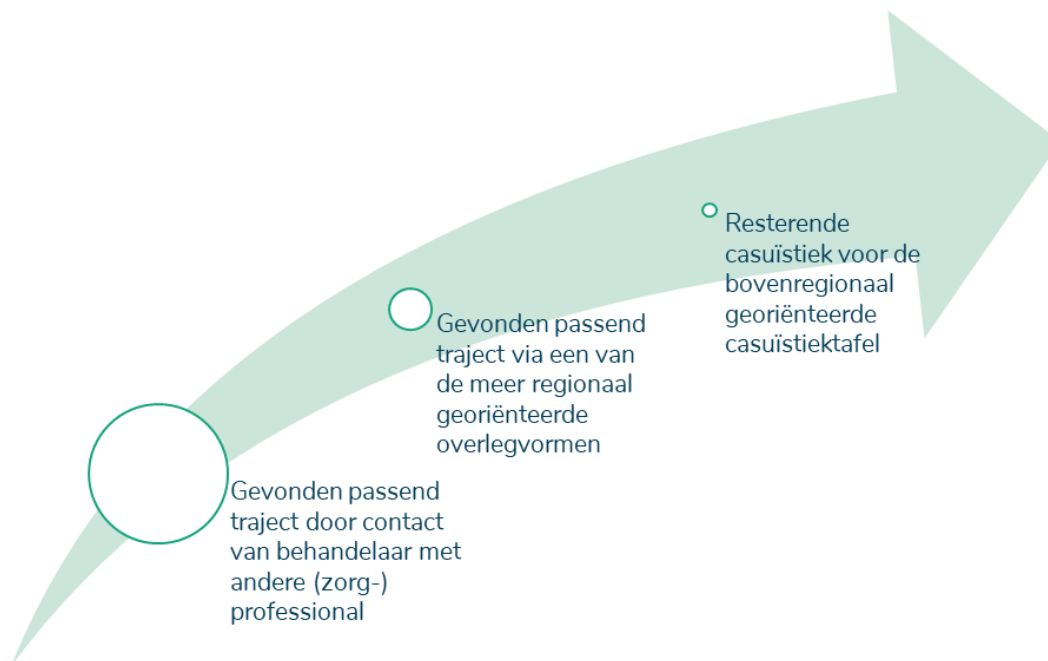
De acht casuïstiektafels zijn ingericht om mensen met hoogcomplexe problematiek adequaat en met prioriteit hulp te bieden door een maatwerkaanpak te organiseren (GGZ NL, 2020). De casuïstiektafels vormen hiermee een aanspreekpunt voor hoogcomplexe casuïstiek voor onder andere ggz-aanbieders, zorgbemiddelaars van verzekeraars en de UCZ. Coördinatoren van de casuïstiektafels merken dat zij niet alleen gevraagd worden om passend aanbod te vinden, maar ook om mee te denken en hiermee een consultatiefunctie te vervullen.

Ggz-instellingen participeren in veel overlegstructuren. Deze overlegstructuren zijn vaak regionaal georiënteerd en ingericht rondom specifieke vragen of doelgroepen. Denk bijvoorbeeld aan overleggen gericht op:

- Ggz-wachttijden
- De ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg
- Zorg- en veiligheidshuizen
- De Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang
- Openbare ggz en de samenwerking met wijkteams
- Personen met verward gedrag

Door de bovenregionale organisatie van de casuïstiektafels en de focus op hoogcomplexe ggz-casuïstiek functioneert de casuïstiektafel als een vangnet en expertisenetwerk op bovenregionaal niveau. Wanneer behandelaren passend aanbod zoeken voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag, wordt vaak al een passend traject gevonden door overleg tussen de regiebehandelaar en een andere (zorg)professional of via één van de meer regionaal georiënteerde overlegvormen.

Casuïstiek komt dan ook alleen terecht bij de casuïstiektafel als deze te complex blijkt om via een andere, meer gebaande route op te lossen (Figuur 4). De casuïstiektafel biedt dan bijvoorbeeld expertise door middel van consultatie, verwijzing of de organisatie van samenwerking en financiering.

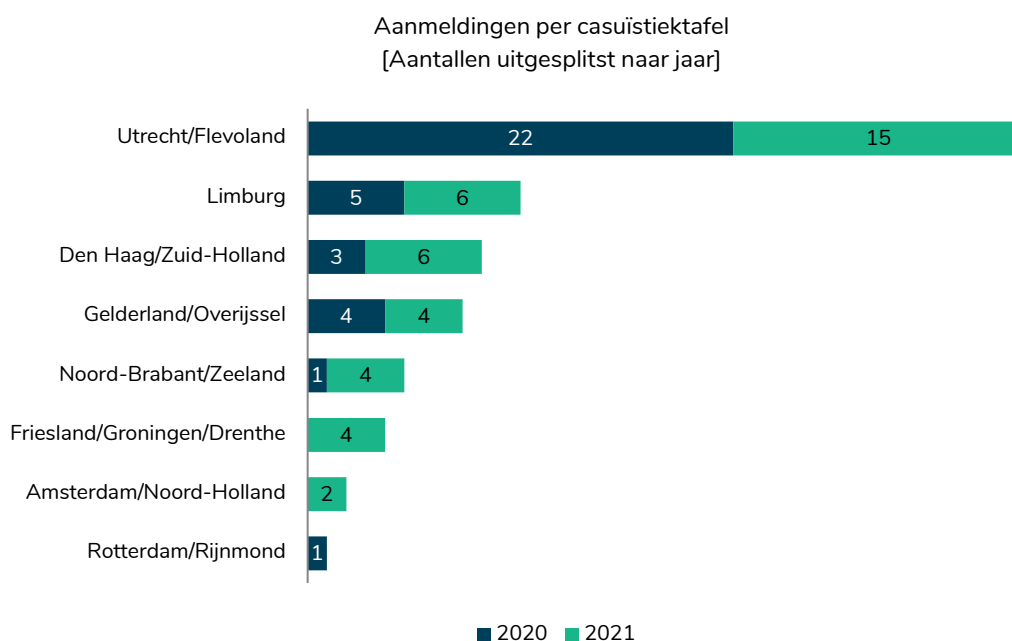


Figuur 4. Alleen wanneer casuïstiek te complex blijkt om via een andere, meer gebaande route op te lossen, komt deze terecht bij de casuïstiektafel. De grootte van de bollen is illustratief voor het aantal patiënten, de breedte van de pijl voor de complexiteit van de zorgvraag.

### 3.2 Sluit als casuïstiektafel zoveel mogelijk aan bij bestaande (boven)regionale overlegstructuren

De casuïstiektafels zijn van toegevoegde waarde als casuïstiek te complex blijkt om binnen een ggz-instelling of binnen een bestaande regionale overlegstructuur op te lossen. We adviseren daarom om de vangnet- en expertisefunctie te behouden voor patiënten voor wie dit nodig is. Omdat veel hoogcomplex casuïstiek al opgelost kan worden via andere, meer gebaande routes is een sterke inbedding in het netwerk van andere overlegstructuren gewenst. Ook wordt zo een doelmatige inzet van de schaarse beschikbaarheid van mensen en middelen in de ggz geborgd. Er dient vooral op bovenregionaal niveau een structuur operationeel te zijn, waarnaartoe kan worden opgeschaald als dat nodig is.

Vooraf voor de casuïstiektafels in de regio's die blijvend weinig aanmeldingen ontvangen (zie Figuur 5 voor een overzicht van aanmeldingen per regio) en wel veel gewerkt hebben aan een goede zichtbaarheid adviseren we om in de uitvoering aan te haken bij een andere overlegstructuur. Het is hierbij het meest logisch om aan te sluiten op een overlegstructuur, waarbij ook vaak complexe casuïstiek besproken wordt en waarbij een belangrijk deel van de verschillende instellingen vanuit de verschillende betrokken (deel)regio's al aangehaakt is. Per casus kan worden nagegaan welke uitbreiding van het overleg nodig is om de casus goed te kunnen bespreken.



Figuur 5. Het aantal aanmeldingen verschilt sterk tussen de regio's. De regio Utrecht/Flevoland kent verreweg de meeste aanmeldingen.<sup>6</sup>

Hiermee komt er meer autonomie in de operationalisering van de casuïstiektafel. Ten behoeve van een goede kwaliteit en toegankelijkheid adviseren we wel om ervoor te zorgen dat alle zeven<sup>7</sup> aangewezen ggz-instellingen:

- Patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag adequaat en met prioriteit hulp blijven bieden door 'de menselijke maat' te hanteren bij het triëren van aangemelde patiënten, expertise bij elkaar te brengen en een maatwerketaanpak te organiseren.
- Een duidelijk aanspreekpunt blijven voor verwijzers, ggz-aanbieders, zorgbemiddelaars van verzekeraars, de UCZ en cliëntondersteuners. Dit om ook een trede te kunnen vormen in het proces van 'regionale doorzettingsmacht', specifiek voor de casussen waarbij het om mensen met een hoogcomplexe ggz-vraag gaat. De uitleg van het advies om de casuïstiektafels als trede op te nemen in 'regionale doorzettingsmacht' wordt momenteel uitgewerkt door de landelijke stuurgroep wachttijden en VWS (2022). We adviseren om voor degenen die aan kunnen melden bij de casuïstiektafel te blijven spreken over 'de casuïstiektafel hoogcomplexe ggz', ook als ervoor gekozen wordt om de inrichting nauw aan te laten sluiten bij een andere overlegstructuur. Ook adviseren we om te blijven werken aan communicatie richting verwijzers, ggz-aanbieders, zorgbemiddelaars van verzekeraars, de UCZ en cliëntondersteuners (zie ook § 2.2).

<sup>6</sup> Factoren die bijdragen aan het hoge aantal aanmeldingen in de regio Utrecht/Flevoland zijn minder beschikbaarheid van passend aanbod voor sommige hoogcomplexe casuïstiek in (delen van) de regio en een sterk proactieve aanpak van de coördinerende ggz-instelling vanaf de start van de casuïstiektafel. Ook lijkt het bij te dragen dat een inhoudelijk professionaal coördinator is van de casuïstiektafel (zoals ook het geval is in Limburg). Daarnaast is er in een deel van de regio een minder brede aanwezigheid van andere overlegstructuren voor complexe casuïstiek dan in andere regio's. Een mogelijke verklaring van het blijvend lage aantal aanmeldingen in Rotterdam/Rijnmond en Amsterdam/Noord-Holland lijkt de grote beschikbaarheid van aanbod voor complexe casuïstiek en het grote aantal andere overlegstructuren.

<sup>7</sup> De Parnassia Groep is zowel voor de casuïstiektafel in de regio Den Haag/Zuid-Holland als voor de casuïstiektafel in de regio Rotterdam-Rijnmond de verantwoordelijke ggz-instelling.

- Transparant zijn over de manier waarop de casuïstiektafel georganiseerd is.
- Blijven monitoren welke hoogcomplexere casuïstiek aangemeld wordt en in hoeverre het lukt om een passend aanbod te doen. Dit met het doel om tekorten en belemmerende schotten in aanbod te kunnen blijven signaleren en onderbouwen (zie § 4.2).
- Afspraken maken of verlengen met de andere instellingen in de aangewezen regio van de casuïstiektafel om te zorgen dat de (verdeling van) verantwoordelijkheden helder is vastgelegd.
- Afspraken maken of verlengen over de termijn waarbinnen een patiënt aan zorg geholpen wordt of de casus wordt opgeschaald naar de bestuurlijke overlegtafel.

## 4 Inzicht in benodigde beleidsverbeteringen

De casuïstiektafels bieden een mogelijkheid om meer zicht te krijgen op capaciteitstekorten en belemmerende schotten in de zorg en ondersteuning voor patiënten met hoogcomplexe ggz-problematiek. Het signaleren van voor welke casuïstiek geen passend aanbod beschikbaar is, biedt een waardevolle aanvulling op het beeld wat volgt uit waarnemingen van professionals en andere overlegvormen. Ook biedt het aanvullende onderbouwing. Het is wel van belang om te realiseren dat hoogcomplexe casuïstiek altijd om sterk maatwerk en intensieve samenwerking vraagt. Er zullen dan ook altijd patiënten blijven voor wie bovenregionaal overleg en maatwerkarrangementen in de financiering nodig zijn.

### 4.1 Besproken casuïstiek biedt aanvulling op beeld en onderbouwing van tekorten en schotten in aanbod

Uit de besproken casuïstiek in 2020 en 2021 volgt vooral dat er een tekort is aan woonaanbod. Beschermd woonvormen voor ggz-patiënten met complexe casuïstiek zijn in veel regio's onvoldoende voorhanden. Dit staft het beeld wat volgt uit waarnemingen van ggz-professionals en uit andere overlegvormen, en versterkt de onderbouwing hiervan. Ook in landelijke beleidsdocumenten komt de benodigde beschikbaarheid van woonzorgvormen aan bod. Zo is in de discussienota 'Zorg voor de toekomst' (VWS, 2020) de benodigde versterking van de aansluiting tussen zorg en wonen een belangrijk thema. Het onvoldoende beschikbaar zijn van woonaanbod betreft een uitstroomprobleem naar beschermd wonen. Patiënten worden hierdoor langer dan wenselijk opgenomen in de ggz-instellingen. Het zorgt er hiermee ook voor dat minder nieuwe instroom in de ggz-instelling mogelijk is. Daarnaast is het ontbreken van een passende woonvorm bij sommige casussen een obstakel voor het starten van een behandeling.

Naast het breed gesignaleerde tekort van beschermd woonvormen volgt vanuit de casuïstiek in 2020 en 2021 een aantal andere tekorten. Zo signaleert een aantal regio's vanuit hun casuïstiek onvoldoende beschikbaarheid van:

- Beveiligde forensische zorg. Dit betreft vooral de regio's, waarin de invulling van de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg nog minder op orde is.
- Topreferente traumazorg.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Dit is zorg voor mensen met psychische klachten, zoals posttraumatische stressklachten, dissociatieve klachten en persoonlijkheidsproblematiek, veroorzaakt door een vroege en langdurige interpersoonlijke traumatisering.

- Zorg voor mensen met een eetstoornis in combinatie met autisme en/of een persoonlijkheidsstoornis.
- Zorg voor mensen met een somatoforme stoornis.

Een aantal van de ggz-aanbieders in de betreffende regio's is hierover het gesprek aangegaan met de betrokken zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben in het oorspronkelijke plan van aanpak toegezegd om voor patiënten met hoogcomplexe casuïstiek voor wie als uitkomst van een casuïstiektafel een plek wordt gevonden binnen de curatieve ggz, passende financiering geregeld wordt (GGZ NL en ZN, 2020). Zorgverzekeraars hebben in dat plan ook toegezegd om maatwerkarrangementen af te spreken als de financiering niet binnen de reguliere contractafspraken past. Dit valt dan buiten het risico van de instelling.

Overigens is de oplossing niet altijd het realiseren van meer aanbod. In sommige gevallen blijkt het aanbod wel voorhanden, alleen niet in de eigen regio. Er is dan meestal sprake van een kennishiaat van professionals over het aanbod aan alle behandelmogelijkheden en -locaties. Hierbij vormt samenwerking binnen en tussen casuïstiektafels een belangrijke mogelijkheid om dit zicht te verbeteren. Ook helpt betrokkenheid van het CCE in die situatie om beter zicht te krijgen op al het beschikbare aanbod.

## 4.2 Blijf casuïstiek monitoren om als vaste signaleringsfunctie te dienen

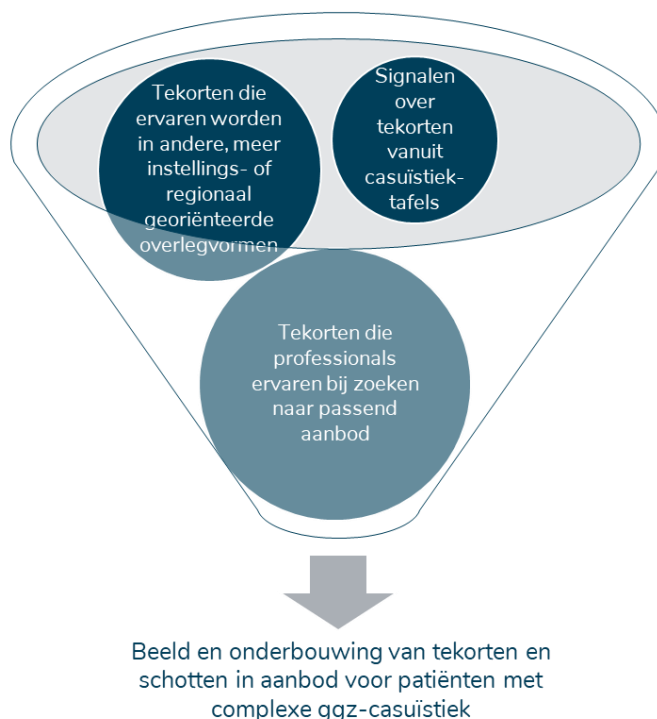
We adviseren de brancheorganisaties de Nederlandse ggz, ZN en de VNG om de ervaren tekorten vanuit de casuïstiek van verschillende casuïstiektafels in 2020 en 2021 te bespreken. Het betreft een ervaren tekort in een aantal regio's aan:

- Beschermd wohnvormen voor ggz-patiënten met complexe casuïstiek.
- Beveiligde forensische zorg.
- Topreferente traumazorg.
- Zorg voor mensen met een eetstoornis in combinatie met autisme en/of een persoonlijkheidsstoornis.
- Zorg voor mensen met een somatoforme stoornis.

De brancheorganisaties kunnen met elkaar nagaan in welke mate sprake lijkt te zijn van een landelijk tekort en een plan opstellen hoe in gezamenlijkheid gewerkt kan worden aan voldoende aanbod. We adviseren om MIND en het CCE bij deze bespreking te betrekken.

Casuïstiektafels kunnen daarnaast een meerwaarde blijven bieden door tekorten en belemmerende schotten in aanbod te signaleren en te onderbouwen, de tekorten te bespreken met zorgverzekeraars en de schotten via de betrokken brancheverenigingen te benoemen bij VWS. Hiermee kunnen zij een waardevolle aanvulling vormen op het beeld van tekorten wat betrokken professionals vaak al ervaren bij het zoeken naar passend aanbod. Ook vormt dit een aanvulling op ervaren tekorten in andere, meer instellings- of regionaal georiënteerde overlegvormen (Figuur 6). Als meerdere regio's tegen dezelfde tekorten of belemmerende schotten aanlopen, biedt dit een aanvulling op het beeld en de onderbouwing van landelijke tekorten of belemmerende schotten in aanbod.





Figuur 6. Casuïstiektafels kunnen meerwaarde blijven bieden door tekorten en belemmerende schotten in aanbod te signaleren en te onderbouwen richting zorgverzekeraars en VWS. De grootte van de bollen is illustratief.

Het is hiervoor nodig om als casuïstiektafel te blijven monitoren welke vragen bij de tafel terecht komen en in hoeverre het lukt om passend aanbod te doen. De resultaten van deze monitoring zouden minimaal jaarlijks besproken kunnen worden met lokale partijen, de betrokken brancheverenigingen en beleidsmakers. We adviseren om voor de hoogcomplexe casuïstiek in ieder geval de volgende onderdelen bij te houden:

- In welke leeftijdsgroep een patiënt valt.
- Welke psychiatrische aandoening(en) de patiënt heeft.
- Welke eventuele systemische problemen in andere levensdomeinen de patiënt heeft (denk aan huisvestings- en woonproblematiek, relationele problematiek en financiële problematiek).
- Wat ervoor zorgde dat het de verwijzer (nog) niet lukte om passende zorg voor de patiënt te vinden.
- In welke mate het gelukt is om als casuïstiektafel alsnog een passend aanbod te doen voor de patiënt en wat hier wel/niet aan bijgedragen heeft.

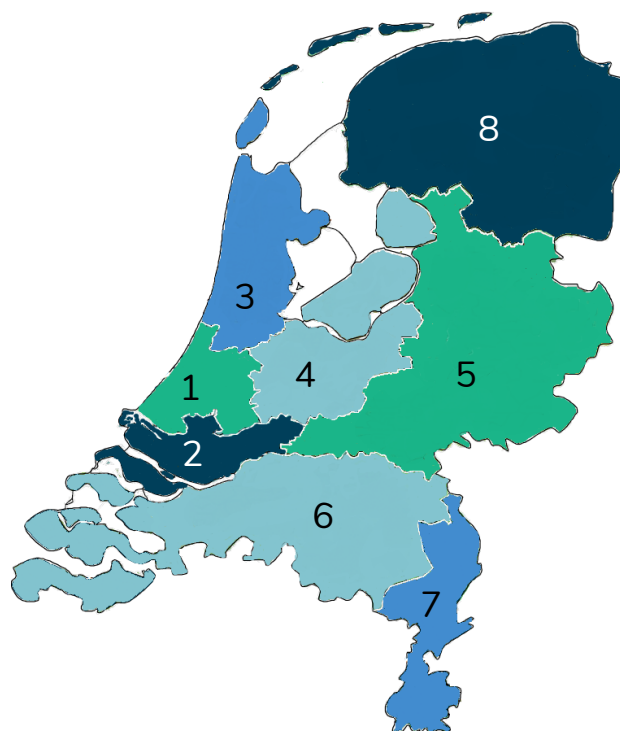
Het is goed om te realiseren dat hoogcomplexe casuïstiek altijd sterk om maatwerk en intensieve samenwerking vraagt. Doordat er sprake is van meerdere problemen, meestal in verschillende levensdomeinen passen patiënten vaak per definitie niet binnen één van de bestaande zorgdomeinen. Ook is hierdoor nagenoeg altijd samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties en kaders nodig. Het in kaart brengen en oplossen van tekorten en schotten in aanbod zal er dan ook waarschijnlijk niet toe leiden dat bovenregionaal overleg over hoogcomplexe casuïstiek op termijn niet meer nodig is. Hoe een zorgstelsel ook wordt ingericht, er zullen altijd patiënten blijven voor wie geen oplossing gevonden wordt binnen de reguliere overlegvormen en voor wie een vergaande vorm van maatwerk nodig is.

We adviseren dan ook om de huidige tussenkomst en maatwerkarrangementen van zorgverzekeraars te behouden wanneer wél een passend zorgaanbod voorhanden is, maar de financiering een probleem vormt. Dit om te voorkomen dat financiële prikkels ertoe leiden dat een patiënt met hoogcomplexere problematiek tussen wal en schip valt.

Van zorgprofessionals kan verwacht worden dat zij zich tot het uiterste inspannen om in samenwerking op een zo kort mogelijke termijn een zo passend mogelijk aanbod te doen voor patiënten met hoogcomplexere ggz-problematiek. Wel is het goed om als patiënt, verwijzer, zorgaanbieder en beleidsmaker te realiseren dat er over het algemeen geen snelle oplossing voorhanden is en een maakbaarheidsideaal niet realistisch is voor patiënten met een hoogcomplexere zorgvraag. We benadrukken bovendien graag dat het passend is om als maatschappij de betrokken zorgverleners bij hoogcomplexere zorgvragen sterker te appreciëren. Dit type zorgvragen brengt veel onzekerheid in diagnostiek, behandeling en begeleiding met zich mee, vraagt om veel professionaliteit en vereist intensieve afstemming met andere professionals en organisaties. Ook zijn de prikkels in de financiering en regelgeving niet altijd positief (geweest) om complexe casuïstiek te behandelen. Het blijft beleidsaandacht vragen om de zorg zo in te richten dat juist deze patiënten zo goed mogelijk geholpen kunnen worden. Dit zodat de mensen die de grootste behoefte hebben aan goede zorg en ondersteuning in de ggz hiervan verzekerd zijn.

# Bijlage 1. Regio-indeling casuïstiektafels

Voor de casuïstiektafels hoogcomplex ggz is Nederland in acht regio's verdeeld. De indeling in de hieronder getoonde kaart bestaat uit combinaties van acute-ggz-regio's<sup>9</sup> en is gebaseerd op het plan van aanpak van de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland.



Figuur 7. Regio-indeling van de acht casuïstiektafels hoogcomplex ggz.

In elk van de acht regio's wordt de tafel gecoördineerd door een regionale geïntegreerde ggz-instelling. De regio's en de coördinerende instellingen zijn:

- 1 Den Haag/Zuid-Holland – Parnassia Groep.
- 2 Rotterdam-Rijnmond – Parnassia Groep.
- 3 Amsterdam/Noord-Holland – Arkin.
- 4 Utrecht, Flevoland, en Gooi/Veluwe – GGz Centraal.
- 5 Gelderland/Overijssel – Pro Persona.
- 6 Noord-Brabant/Zeeland – GGz Breburg.
- 7 Limburg – Mondriaan.
- 8 Noord-Nederland – GGZ Friesland.

<sup>9</sup> Zie [https://vng.nl/files/vng/kaart\\_regios\\_acute\\_ggz.pdf](https://vng.nl/files/vng/kaart_regios_acute_ggz.pdf)

## Bijlage 2. Projectaanpak

In deze bijlage beschrijven we onze projectaanpak, met daarin een toelichting op de activiteiten met opdrachtgevers en betrokken organisaties, activiteiten ter ondersteuning van de casuïstiektafels en activiteiten voor het uitvoeren van de monitor.

### Activiteiten met opdrachtgevers en betrokken organisaties

#### Regiegroep

Voor het project is een regiegroep ingericht die bestaat uit de opstellers van het plan van aanpak: de bestuurders van de ggz-instellingen en zorgverzekeraars, aangevuld met de bureaus van de Nederlandse ggz en ZN. Ook GGZ Breburg en Mondriaan nemen deel aan de regiegroep (Tabel 1).

Tabel 1. Deelnemers aan regiegroep

Lid regiegroep	Organisatie
Dick Veluwenkamp (vanaf september 2020)	Arkin
Jeroen Muller (tot september 2020)	Arkin
Julliette van Eerd	GGZ Breburg
Albert van Esterik	GGZ Centraal
Ton Dhondt	GGZ Friesland
Jean-Paul Essers (tot augustus 2020)	Mondriaan
Kitty d'Hoine (vanaf augustus 2020)	Mondriaan
Stephan Valk	Parnassia Groep
Patricia Esveld (vanaf september 2020)	Pro Persona
Cecile Exterkate (tot september 2020)	Pro Persona
Joep de Groot	CZ
Ab Klink (tot juli 2021)	VGZ
Georgette Fijneman	Zilveren Kruis
Jean-Paul van Haarlem	ONVZ
Veronique Esman	De Nederlandse ggz
Marloes van Es	De Nederlandse ggz
Marijke Verbeek	De Nederlandse ggz
Jaap van der Rijst	ZN
Guus van Bork (vanaf december 2021)	ZN
Wout Adema	ZN

De regiegroep waarborgde de bestuurlijke aandacht voor de casuïstiektafels en zorgde ervoor dat de lessen die geleerd worden een plek krijgen in de organisaties. (Een afvaardiging van) de regiegroep is tijdens het traject drie keer bijeengekomen en diverse keren schriftelijk geraadpleegd. Voordat de regiegroep voor de eerste keer bijeen kwam, voerden we afzonderlijke interviews met alle deelnemers over hun verwachtingen, belangen en ambities.

### Begeleidingscommissie

Naast de regiegroep is er een begeleidingscommissie met daarin andere landelijke partijen die cruciaal zijn voor een succesvolle uitvoering van de casuïstiektafels: MIND, de VNG, de LHV en de NVvP. Ook de opdrachtgevers nemen deel aan de begeleidingscommissie (Tabel 2).

Tabel 2. Deelnemers aan begeleidingscommissie

Lid begeleidingscommissie	Organisatie
Menno Tusschenbroek	MIND
Jelly Hogendorp	LHV
Ciska Joldersma	NVvP
Noortje Sax	NVvP
Nynke van Zorge	VNG
Marijke Verbeek	De Nederlandse ggz
Marloes van Es	De Nederlandse ggz
Veronique Esman-Peeters	De Nederlandse ggz
Jaap van der Rijst	Zorgverzekeraars Nederland

De begeleidingscommissie zorgde ervoor dat de perspectieven van patiënten en naasten, gemeentes, huisartsen en psychiaters voldoende aan bod zouden komen in de monitor. De begeleidingscommissie is drie keer bijeengekomen. SiRM heeft afzonderlijke interviews gevoerd met alle deelnemers over hun verwachtingen, belangen en ambities, voordat de begeleidingscommissie voor de eerste keer bijeenkwam.

## Activiteiten voor het ondersteunen van de casuïstiektafels

Om de acht casuïstiektafels zo goed mogelijk te ondersteunen, hadden we regelmatig contact met de coördinatoren. Bij aanvang van het traject hebben we de coördinatoren geïnterviewd over het plan van aanpak en de verwachte uitdagingen. Gedurende de rest van het traject hebben we de coördinatoren regelmatig bilateraal gesproken over de voortgang van hun tafel.

Daarnaast hebben we de coördinatoren uitgenodigd deel te nemen aan vijf werksessies. Deze sessies hadden als doel elkaar op de hoogte te houden van de voortgang, bepaalde processen af te stemmen en *tips and tricks* uit te wisselen. Daarnaast ondersteunden we hen praktisch, bijvoorbeeld door concepten van formulieren te maken en overzichten van contactgegevens bij te houden en te verspreiden. In de sessies voorafgaand aan het opleveren van de tussenrapportage in februari 2021 en het opleveren van de eindrapportage in januari 2022 bespraken we uitgebreid

met de coördinatoren wat de ervaren meerwaarde van de casuïstiektafel was in de verschillende regio's en hoe de coördinatoren aankijken tegen de positionering van de tafel in hun regio.

## Activiteiten voor het uitvoeren van de monitor - vragenlijsten

Het eerste doel van de monitor was inzicht geven in het functioneren en de resultaten van de casuïstiektafels. Zorgen deze tafels er inderdaad voor dat er meer patiënten, die via reguliere routes – verwijzing en/of zorgbemiddeling – niet de juiste hoogcomplexiteit ggz ontvangen, wél de juiste zorg ontvangen? Om hoeveel patiënten gaat het en met wat voor soort problematiek?

We verzamelden hiervoor geanonimiseerde informatie over aangemelde casuïstiek. Hiervoor gebruikten we een online vragenlijst die de tafelcoördinatoren per aangemelde casus invulden. Waar relevant belden we vervolgens nog met coördinatoren om toelichting te vragen bij specifieke antwoorden. De vragenlijst volgde zo veel mogelijk de criteria uit het landelijke plan van aanpak. Om de privacy van patiënten te bewaken, clusterden we (waar mogelijk) antwoordopties en verzamelden geen persoonsgegevens. De vragenlijst is hieronder opgenomen:

1. In welk leeftijdscluster valt de patiënt?
  - a. <18 jaar.
  - b. 18-25 jaar.
  - c. 25-45 jaar.
  - d. 45-65 jaar.
  - e. >65 jaar.
2. Van welke psychiatrische aandoening(en) is sprake bij de patiënt? (Antwoordopties geclusterd naar DSM-5-hoofdgroep, meerdere antwoorden mogelijk.)
3. Zijn er DSM-5-hoofdgroepen waarbinnen de patiënt meerdere diagnoses heeft? Zo ja, welke? (Open vraag.)
4. Welk type behandeldoelen heeft de patiënt? (Meerdere antwoorden mogelijk.)
  - a. Doelen op het gebied van kwaliteit van leven.
  - b. Doelen op het gebied van functioneren.
  - c. Doelen op het gebied van symptomen.
  - d. Geen behandeldoelen.
  - e. Anders, namelijk.
5. Zijn er systemische problemen/problemen op andere levensdomeinen? (Meerdere antwoorden mogelijk.)
  - a. Huisvestings- en woonproblematiek.
  - b. Relationale problematiek.
  - c. Financiële problematiek (schulden of anderszins).
  - d. Problemen in het (trans)forensisch kader.
  - e. Geen systemische problematiek/problemen op andere levensdomeinen.
  - f. Anders, namelijk.
6. Is er sprake van dreiging van ernstig gevaar voor lichamelijke schade en/of overlijden? (Meerdere antwoorden mogelijk)
  - a. Gevaar voor lichamelijke schade en/of overlijden bij de patiënt.
  - b. Gevaar voor lichamelijke schade en/of overlijden bij naasten/anderen.

- c. Nee.
  - d. Anders, namelijk.
7. Is de patiënt momenteel onder behandeling in de ggz? (Ja/nee)
8. Ongeacht of de patiënt momenteel onder behandeling is: hoe lang is de patiënt (al) onder behandeling (geweest) in de ggz?
- a. Minder dan een jaar.
  - b. Eén tot drie jaar.
  - c. Langer dan drie jaar.
  - d. Niet.
  - e. Onbekend.
9. Welke van onderstaande factoren maakt/maken dat het de verwijzer (nog) niet eerder gelukt is om passende zorg voor de patiënt te organiseren? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Bij verwijzer geen (regionaal) aanbod voor de gevraagde zorg bekend.
  - b. Onvoldoende (regionale) capaciteit van de gevraagde zorg.
  - c. Geen consensus over wat passende zorg is voor de patiënt.
  - d. (Regionale) knelpunten in samenwerking tussen meerdere zorg-/hulpverleners (inclusief sociaal domein) die elk een deel van de gevraagde zorg moeten bieden.
  - e. (Regionaal) onvoldoende financiering voor aanbod beschikbaar (inclusief gemeente).
  - f. Anders, namelijk.
10. Wat maakt de gevraagde passende zorg uitzonderlijk? NB Neem hier geen informatie bij op die tot de patiënt te herleiden is. (Open vraag.)
11. Is het de casuïstiektafel gelukt om de patiënt naar passende zorg toe te leiden?
- a. Ja.
  - b. Nee.
  - c. Nog niet, de casus is nog lopende.
12. Zo ja, welke oplossing(en) heeft / hebben hieraan bijgedragen? (Meerdere antwoorden mogelijk.)
- a. Duidelijk krijgen welke zorg voor de patiënt passend is.
  - b. Patiënt in beeld brengen bij de juiste regionale zorgverlener.
  - c. Regionaal extra capaciteit vrijmaken/creëren.
  - d. Bovenregionale capaciteit inzetten.
  - e. Samenwerking tussen meerdere zorg-/hulpverleners (inclusief sociaal domein) bevorderen.
  - f. Extra/bijzondere financiering beschikbaar krijgen.
  - g. Niet van toepassing.
  - h. Anders, namelijk.
13. Zo nee, wat heeft hierbij in de weg gestaan? (Meerdere antwoorden mogelijk.)
- a. Onvoldoende duidelijkheid over welke zorg voor de patiënt passend is.
  - b. Niet gelukt patiënt in beeld te brengen bij de juiste regionale zorgverlener.
  - c. Niet gelukt regionaal extra capaciteit vrij te maken/te creëren.
  - d. Niet gelukt bovenregionale capaciteit in te zetten.

- e. Niet gelukt de samenwerking tussen meerdere zorg-/hulpverleners (inclusief sociaal domein) te bevorderen.
  - f. Niet gelukt extra/bijzondere financiering beschikbaar te krijgen.
  - g. N.v.t.; na triage van aanmelding besloten om de casus niet ter tafel te bespreken.
  - h. Anders, namelijk.
14. Heeft externe expertise, zoals het CCE, een rol gespeeld in het vinden van passende zorg voor de patiënt? (Meerdere antwoorden mogelijk.)
- a. Ja, bij het krijgen van duidelijkheid over welke zorg voor de patiënt passend is.
  - b. Ja, bij het in beeld brengen van de patiënt bij de juiste regionale zorgverlener.
  - c. Ja, bij het vrijmaken/creëren van regionaal extra capaciteit.
  - d. Ja, bij het inzetten van bovenregionale capaciteit.
  - e. Ja, bij het bevorderen van samenwerking tussen meerdere zorg-/hulpverleners (inclusief sociaal domein).
  - f. Ja, bij het beschikbaar krijgen van extra/bijzondere financiering.
  - g. Nee, het CCE is betrokken bij deze patiënt, maar dit bood geen meerwaarde.
  - h. Nee, het CCE is niet betrokken bij deze patiënt.
  - i. Anders, namelijk.
15. Heeft de patiënt en/of waar relevant diens naaste(n) of vertegenwoordiger ingestemd met de voorgestelde oplossing?
- a. Ja.
  - b. Nee.
  - c. Gedeeltelijk.
  - d. Onbekend.
  - e. Anders, namelijk.
16. Is de patiënt en/of diens naaste(n) of vertegenwoordiger direct betrokken geweest bij het proces?
- a. Ja, de patiënt en diens naaste(n).
  - b. Ja, de patiënt.
  - c. Ja, de naaste(n) van de patiënt.
  - d. Nee, dit is aangeboden, maar geen gebruik van gemaakt door de patiënt en/of diens naaste(n).
  - e. Nee, dit is niet aangeboden.

Voor evaluatie van in het verleden behandelde casuïstiek stelden we coördinatoren de volgende vragen:

1. Ga met degenen met wie overlegd is over de casussen na in hoeverre het lukte om tot een passend behandelaanbod te komen:
  - a. Welk type oplossingen droegen bij aan een passend behandelaanbod?
  - b. In welke mate heeft externe expertise, zoals het CCE, een rol kunnen spelen?
2. Ga voor de tot nu toe aangemelde casussen bij de verwijzers naar de casuïstiektafel het volgende na:
  - a. In welke mate is de verwijzer geholpen met de verwijzing naar de casuïstiektafel?



- b. In welke mate is de patiënt in de beleving van de verwijzer geholpen met de verwijzing?

## Activiteiten voor het uitvoeren van de monitor - interviews

Het tweede doel van de monitor was het reflecteren op de werkwijze, meerwaarde en het vervolg van de casuïstiektafels met de coördinatoren van de tafels en de verwijzers naar de casuïstiektafels. We hebben hiertoe verschillende interviews gevoerd.

We legden de coördinatoren ruim voorafgaand aan het opleveren van de tussenrapportage in februari 2021 en ruim voorafgaand aan het opleveren van deze eindrapportage in interviews en een sessie vragen voor om:

- te bespreken in hoeverre het middel ‘casuïstiektafels’ volgens de coördinatoren bijdraagt aan het sneller bieden van passende zorg aan patiënten met een hoogcomplexe ggz-vraag.
- te reflecteren op de aanpak van de casuïstiektafel, waaronder het werken aan zicht- en vindbaarheid.
- te bespreken welke hoogcomplexe casuïstiek aangemeld wordt en in hoeverre het lukt om een passend aanbod te doen binnen of buiten de regio.
- te bespreken of hiaten in aanbod gesignaleerd worden en tegen welke uitdagingen de coördinator verder aanloopt.
- te bespreken in welke mate de casuïstiektafels helpen bij het kunnen financieren van passend aanbod.
- te bespreken in hoeverre de casuïstiektafel bijdraagt aan de bovenregionale samenwerking
- te bespreken welke relatie met andere overlegstructuren er is in de regio’s.

Daarnaast interviewden we in de maanden oktober en november 2021 verwijzers naar de casuïstiektafels, waaronder de UCZ, zorgbemiddelaars en andere ggz-instellingen in de regio’s om:

- te bespreken in hoeverre het middel ‘casuïstiektafels’ volgens de verwijzers bijdraagt aan het sneller bieden van passende zorg aan patiënten met een hoogcomplexe ggz-vraag.
- te reflecteren op de aanpak van de casuïstiektafel, waaronder het werken aan zicht- en vindbaarheid, en te bespreken welke eventuele verbetermogelijkheden de verwijzer ziet.
- te bespreken in hoeverre het de casuïstiektafel lukt om een passend aanbod inclusief financiering hiervoor te vinden.
- te bespreken of verwijzers hiaten in aanbod signaleren.
- te bespreken welke relatie met andere overlegstructuren verwijzers zien in de regio’s.