

Evaluatie maatregelen complexe zorg

Rapportage fase 1 en 2

Auteur(s)

Patrick Jansen
Louise Pansier
Abigail Heijenga
Annika van de Belt
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
AT/21/1782/evmcxzo
29 oktober 2021

Opdrachtgever

Kenmerk

Publicatiedatum

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting.....	3	5.	Bevindingen C.O.T.....	27
1. Onderzoeksvraag.....	7	5.1	Proces C.O.T.....	27
1.1 Aanleiding.....	7	5.2	Typering cliënten.....	28
1.2 C.O.T.'s en Maatwerkplekken.....	7	5.3	Inhoud inzet C.O.T.....	28
1.3 Onderzoeksvragen.....	8	5.4	Ervaringen en effecten.....	31
1.4 Onze benadering.....	9	6.	Conclusie.....	35
2. Onderzoeksopzet.....	10	6.1	Conclusies Maatwerkplekken.....	35
2.1 Lerend en actiegericht.....	10	6.2	Conclusies C.O.T.....	38
2.2 Voorbereiding.....	11	7.	Leerpunten en aanbevelingen.....	42
2.3 Selectie van casussen.....	12	7.1	Overstijgende lessen.....	42
2.4 Interviews.....	13	7.2	Aanbevelingen Maatwerkplekken.....	43
2.5 Dossieronderzoek.....	13	7.3	Aanbevelingen C.O.T.....	44
2.6 Rapportage.....	14	8.	Aanpak fase 3.....	47
3. Kwantitatief beeld.....	15	8.1	Doorstartgesprek opdrachtgever en begeleidingscommissie.....	47
3.1 Maatwerkplekken.....	15	8.2	Vorbereidingen.....	47
3.2 C.O.T.....	16	8.3	Selectie casussen.....	48
4. Bevindingen Maatwerkplekken.....	18	8.4	(Groeps-)interviews rond casussen.....	48
4.1 Proces Maatwerkplekken.....	18	8.5	Perspectief landelijke partijen.....	49
4.2 Typering cliënten.....	21	8.6	Rapportage.....	50
4.3 Inhoud Maatwerkplekken.....	22	8.7	Planning.....	50
4.4 Ervaringen van cliënten en zorgaanbieders.....	25			

Samenvatting

Aanleiding en onderzoeksvraag

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. Het doel van dit onderzoek is om ervan te leren en om de Tweede Kamer en andere partijen te laten zien hoe een impuls is gegeven aan de beweging in de complexe zorg. Deze rapportage is de eerste externe tussenrapportage over het onderzoek en beschrijft de resultaten van fase 1 en fase 2, die beide zijn afgerond. De interviews van fase 2 vonden plaats in de periode mei tot begin juli 2021; omdat daarna wijzigingen zijn doorgevoerd in de werkwijze zijn sommige bevindingen mogelijk niet meer actueel. In de derde fase van het onderzoek zullen we dit toetsen.

De eerste en tweede fase van het onderzoek waren gericht op de ervaringen en effecten van de maatregelen op cliëntniveau, aan de hand van de volgende hoofdvraag: *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?* In dit kader zijn vooralsnog alleen cliënt(vertegenwoordigers) en professionals gesproken. In de derde fase worden ook gesprekken gevoerd met zorgkantoren en landelijke beleids- en brancheorganisaties.

Conclusies

Maatwerkplekken

Deelvraag Maatwerkplek 1: 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.

Deelvraag Maatwerkplek 2: Niet alle cliënten met een positief advies voor een Maatwerkplek komen op een Maatwerkplek terecht.

De meest voorkomende reden is dat afgezien wordt van de Maatwerkplek. Als reden hiervoor is aangedragen dat cliëntvertegenwoordigers 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. Dit roept vragen op. Over de criteria en het toewijzingsproces was in de periode dat wij aanbieders spraken nog veel onduidelijk voor meerdere medewerkers van zorgaanbieders.

Deelvraag Maatwerkplek 3: 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 client. Voor de meeste cliënten is dit een perspectief van meerdere jaren.

Deelvraag Maatwerkplek 4&5: 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, 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.

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

Deelvraag Maatwerkplek 6: 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:

- 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.

Deelvraag Maatwerkplek 7: 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.

C.O.T.

Deelvraag C.O.T. 1: Er zijn diverse succes- en belemmerende factoren van de C.O.T.'s.

Samengevat zijn de succesfactoren: 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 de volgende punten naar voren: te laat inroepen van hulp, verkeerde verwachtingen bij aanbieders en cliëntvertegenwoordigers van het C.O.T., moeite om GGZ in te zetten bij VG-clianten, beperkt aantal crisisbedden en interne belemmerende factoren bij de aanvrager.

Deelvraag C.O.T. 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.

Deelvraag C.O.T. 3: 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. 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.

Deelvraag C.O.T. 4: 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.

Deelvraag C.O.T. 5: 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.

Deelvraag C.O.T. 6: 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 lange termijn effect.

Dit behoeft geen verdere toelichting; zie ook deelvraag C.O.T. 3.

Aanbevelingen

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. Een overstijgende bevinding bij al deze casuïstiek is dat de focus niet alleen gericht moet zijn op de cliënt zelf, maar ook of vooral op de context. Het gaat om het creëren van de juiste randvoorwaarden voor cliënt en team om te kunnen functioneren. Wanneer dit eerder in de keten goed wordt gedaan, met een combinatie van VG- en GGZ-expertise bijvoorbeeld vanuit een 'intern C.O.T.' bij een aanbieder, voorkomt dat mogelijk ook crisissituaties en escalaties. Ook zijn er diverse inzichten uit andere trajecten binnen de gehandicaptenzorg om lessen uit te trekken. Onze aanbeveling aan VWS is om samen met het veld te bekijken hoe dit alles in de basiszorg een plek kan krijgen en op termijn te bepalen of dit de behoefte aan C.O.T.'s en Maatwerkplekken verandert.

Maatwerkplekken

- Ontwikkel als VWS in samenwerking met het veld een toekomstvisie voor Maatwerkplekken waarbij in ieder geval aandacht is voor: 1) visie op 'maakbaarheid' van maatwerk, 2) visie op mate van vrijblijvendheid om de

Maatwerkplek aan te nemen (cliënt) of te creëren (aanbieder), 3) visie op regelruimte en 4) visie op duur toekenning Maatwerkplek.

- Analyseer wat nodig is om het 'reguliere' aanbod beter aan te laten sluiten op cliënten met een complexe zorgvraag.
- Verschaf helderheid over de criteria en het proces van toewijzing door ofwel een aanscherping ofwel betere communicatie richting aanbieders. NB. Hier is door VWS en de zorgkantoren al invulling aan gegeven; het effect daarvan kunnen we in fase 3 toetsen.
- Maak afspraken met aanbieders over hoe aanbieders om kunnen gaan met 'lege' Maatwerkplekken, eventueel in combinatie met een analyse waarom er nog lege plekken zijn. NB. Hier wordt door de zorgkantoren al invulling aan gegeven; het effect daarvan kunnen we in fase 3 toetsen.
- Ga na of er bij aanbieders blijvend behoefte is aan het versterken van onderling contact, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie.

C.O.T.

- Zoek elkaar als VG en GGZ sector op om ervaren knelpunten gezamenlijk op te lossen.
- Zorg als aanbieders, gestimuleerd vanuit VGN, voor goede signalering en monitoring van moeilijke casussen en creëer een cultuur van leren en verbeteren waarbinnen hulp vragen normaal is.
- Communiceer als C.O.T's en crisisregisseurs helder over de reden van de gekozen insteek en hou waar mogelijk rekening met de behoefte bij aanbieders om direct op de cliëntkenmerken in te spelen.
- Blijf als C.O.T's en crisisregisseurs inzetten op een veiligheid en aansluiting vanuit het principe van gelijkwaardigheid met de zorgaanbieder.
- Vergoed niet-cliëntgebonden tijd van C.O.T. -medewerkers ten behoeve van samenwerking.
- Creëer een plek waar C.O.T.-medewerkers overkoepelende signalen kunnen neerleggen. NB. Er is een werkgroep crisisregeling in oprichting die hier invulling aan gaat geven; de ervaringen hiermee kunnen we in fase 3 verzamelen.

- Monitor of er voldoende landelijke uniformiteit is onder crisisregisseurs in de toewijzing van C.O.T.-inzet. NB. Ook dit is onderdeel van de opdracht van de nieuwe werkgroep crisisregeling; de ervaringen hiermee kunnen in fase 3 verzamelen.
- Overweeg om de expertise van het C.O.T. breder (in andere domeinen) ter beschikking te stellen.
- Investeer in kennisdeling en samenwerking tussen C.O.T.'s.

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 rapportage is de eerste externe tussenrapportage over het onderzoek en beschrijft de resultaten van fase 1 en fase 2, die beide zijn afgerond. De derde fase start in het voorjaar van 2022 en leidt in het najaar tot een eindrapportage.

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 zorgorganisatie inspringen bij een crisissituatie. Het gaat om situaties waarin de spanningen zo hoog oplopen dat de betrokkenen het niet meer onder controle kunnen krijgen en een crisisopname dreigt. Binnen 48 uur moet er 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. In elke regio is een crisis- en ondersteuningsteam beschikbaar. 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 dus 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 worden er ook extra plekken gemaakt in de Wlz, de zogeheten ‘Maatwerkplekken’. Dit om aan te geven dat er voor deze groep cliënten echt iets op maat gemaakt moet worden, omdat de “standaard aanpak” niet werkt. Het gaat vaak om mensen die al meerdere keren zijn verhuisd van de ene zorglocatie naar de andere. De situatie van deze mensen verslechtert door deze instabiliteit. Met een Maatwerkpleklabel heeft een zorgaanbieder meer mogelijkheden om de zorg en de leefomgeving passend te maken voor de betreffende cliënt.

1.3 Onderzoeksvragen

De eerste en tweede fase van het onderzoek waren gericht op de ervaringen en effecten van de maatregelen op cliëntniveau, aan de hand van de volgende onderzoeksvragen¹:

Hoofdvraag: 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 er 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?
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 dossieronderzoek 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 middels 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 langduriger 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?

¹ In fase 3 worden hier onderzoeksvragen aan toegevoegd, gericht op de ervaringen en effecten op beleidsmatig niveau.

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 hanteren wij daarom een benadering waarbij we deze perspectieven zoveel mogelijk op casusniveau bevragen door middel van groepsinterviews en individuele interviews. Hiermee kunnen we op zorgvuldige wijze casusgericht rijke informatie over de maatregelen en hun effecten ophalen. 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, hanteren we bij de aanpak principes van lerend evalueren en actiegericht onderzoek.

2. Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksopzet. In deze tweede fase hebben we een vijftal onderzoeksactiviteiten uitgevoerd, namelijk voorbereiding, selectie van casussen, interviews, dossieronderzoek en het schrijven van een rapportage. Per onderzoekstap beschrijven we de gevolgde werkwijze. Allereerst gaan we in op lerend evalueren en actiegericht onderzoek.

2.1 Lerend en actiegericht

Het onderzoek loopt vanaf het najaar van 2020 tot en met het najaar van 2022 en kent 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 onderzoeksopzet kenmerken van een lerende evaluatie en actiegericht onderzoek. In tabel 2.1 zijn de kenmerken van een lerende evaluatie weergegeven.

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 gebeurt in de groepsinterviews en doordat we na elke fase de resultaten van de monitor delen met de betrokkenen in de praktijk, zodat zij de leerpunten direct kunnen 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 1 en 2 van deze evaluatie hebben we drie onderzoeksmethoden ingezet: dossieronderzoek, individuele interviews en groepsinterviews. De combinatie van onderzoeksmethoden (dossieronderzoek en interviews) en de combinatie van perspectieven (cliënt(vertegenwoordiger), zorgverlener, C.O.T.-medewerker) leidt tot robuuste data en rijke inzichten.

2.2 Voorbereiding

Als eerste stap hebben we alle voorbereidingen getroffen voor het dossieronderzoek en de interviews. In naleving van de privacy wet- 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 groepsinterviews 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 2 gecontroleerd en waar nodig aangepast op basis van inzichten uit fase 1. Daarnaast zijn de belangrijkste conclusies uit fase 1 toegevoegd om deze te kunnen toetsen en aanvullen tijdens het gesprek in fase 2.

In de voorbereiding van 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. Voor het dossieronderzoek hebben we in fase 1 een format gemaakt voor zowel de Maatwerkplekken als de C.O.T.'s. Deze is in fase 2 ongewijzigd gebleven.

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

2.3 Selectie van casussen

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 (zie hoofdstuk 3 voor een toelichting op dit aantal). Alle aanbieders hebben aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Na toezegging van medewerking hebben we de zorgaanbieders gevraagd om alle cliëntvertegenwoordigers van personen op Maatwerkplekken te benaderen met de vraag om toestemming voor deelname aan het onderzoek. Bij één aanbieder waren er tijdens de periode van dataverzameling nog geen cliënten geplaatst op een Maatwerkplek. Met de andere aanbieders hebben we intensief contact onderhouden voor het werven van cliënten. Het bleek om verschillende redenen lastig om medewerking van cliëntvertegenwoordigers te krijgen:

- Sommige cliënten waren net geplaatst en hadden tijd nodig om 'te landen' bij de organisatie. Aanbieders vonden het dan niet wenselijk om de cliëntvertegenwoordiger te benaderen. Ook waren sommige aanbieders zelf nog druk bezig om de plekken op orde te maken.
- Er zijn aanbieders die, in afstemming met het zorgkantoor, ervoor hebben gekozen niet alle cliëntvertegenwoordigers te laten weten dat het een Maatwerkplek betreft. De redenen hiervoor zijn per cliënt verschillend. Een voorbeeld hiervan is dat de betreffende cliënt al bij de aanbieder woonde. Voor deze cliëntvertegenwoordigers is het moeilijk om input te geven over de Maatwerkplekken (mede in relatie tot 'reguliere' plekken).
- Meerdere cliëntvertegenwoordigers die wel door de aanbieders zijn gevraagd om mee te doen, gaven aan het te belastend te vinden om hun verhaal opnieuw te moeten vertellen.

Bij vier aanbieders waren er in totaal vijf cliëntvertegenwoordigers die toestemming hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek (dit is 16% van de 32 cliënten die zijn geplaatst op een Maatwerkplek, zie paragraaf 3.1).

Drie van de vijf cliënten deden in de eerste fase ook mee. De verdeling is als volgt:

- Dossieronderzoek en interview cliëntvertegenwoordiger: 4 cliënten
- Alleen dossieronderzoek: 1 cliënt

Naast dat we maar een klein aantal cliëntvertegenwoordigers hebben gesproken zijn we via (groeps)interviews (zie paragraaf 2.4) ook nog in gesprek gegaan met alle aanbieders van Maatwerkplekken. Op deze manier hebben we inzicht gekregen over veel verschillende Maatwerkplekken, waarover we in hoofdstuk 4 verslag doen.

C.O.T.

Voor de selectie van de casussen waarbij sprake is geweest van inzet van een C.O.T. is met VWS afgesproken om dit via de crisisregisseurs te laten verlopen. In hun rol als poortwachter hebben zij overzicht over alle casussen in Nederland. Na het eerste contact met de crisisregisseurs in fase 1 van het onderzoek (najaar 2020) werd duidelijk dat op dat moment vier C.O.T.'s operationeel waren. Voor de vier operationele C.O.T.'s waren twee crisisregisseurs het aanspreekpunt voor het werven van de casussen. Wij hebben deze crisisregisseurs gevraagd om casussen aan ons door te geven met daarbij diversiteit in problematiek. We ontvingen zeven casussen van drie verschillende C.O.T.'s. Per casus kregen we een contactpersoon, namelijk een medewerker van het C.O.T., van de zorgaanbieder of een cliëntvertegenwoordiger. Van de zeven geleverde casussen in fase 1 is bij drie casussen van twee verschillende C.O.T.'s toestemming verleend door de cliëntvertegenwoordiger aan het onderzoek. Van deze casussen hebben we de aanbieders opnieuw gesproken in fase 2.

Voor fase 2 hebben we het proces van werven van casussen nogmaals doorlopen. Dit resulteerde in medewerking van betrokkenen rond elf nieuwe casussen van zeven verschillende C.O.T.'s. Bij acht van deze casussen hebben we dossierinformatie ontvangen en daarnaast hebben één of meerdere

betrokkenen deelgenomen aan een (groeps)interview. Bij drie andere casussen hebben we alleen een interview met de aanbieder kunnen houden (zie verder paragraaf 2.4).

De afstemming met en tussen C.O.T.-medewerkers, zorgverleners en cliënt-vertegenwoordigers was maatwerk en kostte veel tijd. COVID-19 werd in fase 1 onder andere als reden gegeven dat behandelaren het druk hadden en het zoeken naar casussen minder prioriteit kreeg. Ook kregen we zowel in fase 1 als 2 een aantal keer te horen dat de aanbieder de cliënt/ cliëntvertegenwoordiger niet wilde vragen voor deelname vanwege de gevoelige situatie en om de relatie tussen cliënt/vertegenwoordiger en zorgaanbieder niet op het spel te zetten. Bij andere casussen wilden de cliëntvertegenwoordigers niet meewerken aan het onderzoek. Bijvoorbeeld vanwege complexe dynamiek tussen de partijen of omdat er de laatste jaren al zoveel van de cliënt en diens vertegenwoordiger is gevraagd.

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 hebben we hoofdzakelijk gekeken 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.

Vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek en de coronamaatregelen zijn de interviews telefonisch (via beeldbellen) afgenomen.

Maatwerkplekken

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

C.O.T.

Om een beeld te krijgen van de ervaringen rond de C.O.T.'s hebben we in fase 2 zowel groepsinterviews als individuele interviews gehouden met betrokkenen vanuit de verschillende perspectieven:

- Cliëntvertegenwoordiger: twee in een groepsinterview en twee individueel
- Zorgaanbieder: vijf in een groepsinterview en zes individueel
- C.O.T.-medewerker: negen in een groepsinterview en één individueel
- Crisisregisseur: één individueel

Bij de gesprekken met de C.O.T.-medewerkers en crisisregisseur hebben we gevraagd naar de werkwijze en ervaringen in het algemeen, dus breder dan de casussen waarvoor wij toestemming hadden.

2.5 Dossieronderzoek

Om een beeld te vormen van de cliënten, hun (zorg)kenmerken en hun hulpverleningsgeschiedenis, hebben we de dossiers (Maatwerkplekken en C.O.T.'s) en evaluatieverslagen (C.O.T.'s) doorgenomen. Aanbieders hebben de benodigde dossierstukken via een beveiligd portaal aan ons toegestuurd. Het beveiligde portaal voldoet aan de eisen die de AVG stelt. De dossierstukken hebben we gebruikt om voor iedere casus het ontwikkelde format in te vullen.

Maatwerkplekken

Bij de Maatwerkplekken bestudeerden we dossiers van cliënten om zicht te krijgen op de individuele cliënt (problematiek, ondersteuningsbehoefte) en zijn/haar hulpverleningsgeschiedenis. We hebben van vijf cliënten dossierstukken ontvangen en het format ingevuld. Drie van de vijf cliënten namen in de eerste fase van dit onderzoek ook al deel. Van hen hebben we, indien van toepassing, aanvullende/nieuwe dossierstukken ontvangen.

C.O.T.

Bij de C.O.T.'s bestudeerden we dossiers van cliënten en de evaluatie-verslagen van de C.O.T.'s om zicht te krijgen op de complexiteit van de zorgvraag, de voorgeschiedenis van de crisismelding, inzet C.O.T. en de effecten van deze inzet tot op dat moment. In fase 1 hebben we van twee casussen dossierstukken ontvangen en het format ingevuld. In fase 2 gold dit voor acht casussen.

2.6 Rapportage

Ter afronding van de tweede fase van dit onderzoek hebben we alle doorlopen stappen verwerkt in deze rapportage. Daarbij hebben we ook de belangrijkste uitkomsten van de eerste fase weergegeven. Waar passend maken we een vergelijking tussen de uitkomsten uit beide fases.

In fase 1 en 2 stonden de ervaringen van de directe betrokkenen rond de cliënt (cliëntvertegenwoordiger, zorgaanbieder en C.O.T.-medewerker) centraal en hebben we vooralsnog geen andere partijen gesproken. Als lid van de begeleidingscommissie bij het onderzoek heeft ZN namens de zorgkantoren wel feedback gegeven op de conceptrapportage en hebben we een aantal bevindingen aangevuld of genuanceerd, onder andere vanwege wijzigingen die in de tussentijd zijn doorgevoerd. In de derde fase komt het perspectief van de zorgkantoren en andere partijen nadrukkelijk aan bod. Bij

de zorgaanbieders zullen wij dan toetsen of de onduidelijkheden die zij in fase 1 en 2 ervaren zijn opgelost.

In hoofdstuk 3 geven we een kwantitatief beeld van de Maatwerkplekken op basis van de kwantitatieve monitor van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Voor de C.O.T.'s hebben we een 'coördinerend' crisisregisseur gevraagd naar een overzicht van het aantal meldingen en gestarte trajecten; we weten nog niet of dit beschikbaar is (dit wordt nog aangevuld in de versie voor de begeleidingscommissie; de betreffende persoon is vanwege vakantie vanaf 6 september weer bereikbaar). Vervolgens geven we in hoofdstuk 4 een kwalitatieve beschrijving van onze bevindingen van de Maatwerkplekken en in hoofdstuk 5 van de C.O.T.'s. In hoofdstuk 6 beantwoorden we in concluderende termen de onderzoeksvragen en in hoofdstuk 7 formuleren we leerpunten en aanbevelingen die volgen uit dit onderzoek. Tot slot schetsen we in hoofdstuk 8 de aanpak voor de derde en laatste onderzoeks-fase die plaatsvindt in 2022.

3. Kwantitatief beeld

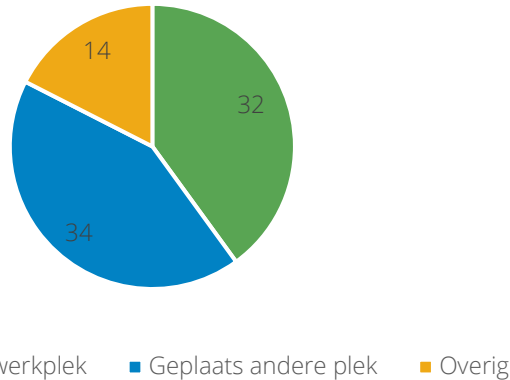
Voor zover beschikbaar geven we hier een kwantitatief beeld van de inzet van maatwerkplekken en C.O.T.'s tot nu toe.

3.1 Maatwerkplekken

In totaal zijn er negen aanbieders die gezamenlijk 41 maatwerkplekken kunnen bieden. Tijdens de eerste fase van dit onderzoek (december 2020) waren er in totaal 315 cliënten voorgedragen voor een Maatwerkplek bij de Commissie Cliënten Complex (CCC). Deze commissie is samengesteld uit klantbemiddelaars van de zorgkantoren en medewerkers van het CCE. Van deze casussen kwamen 74 cliënten in aanmerking voor een Maatwerkplek, bijna 25% van het aantal voorgedragen casussen. In december 2020 waren 15 cliënten daadwerkelijk geplaatst.

De huidige stand van zaken (oktober 2021) is dat de CCC in totaal over 80 cliënten een positief advies heeft uitgebracht voor een Maatwerkplek. Van die 80 cliënten zijn 32 cliënten geplaatst op een Maatwerkplek. 34 cliënten hebben geen Maatwerkplek gekregen terwijl ze volgens de CCC wel in aanmerking komen voor maatwerk. Voor hen is uiteindelijk een andere passende oplossing gevonden. De overige 14 cliënten komen of kwamen in aanmerking voor een Maatwerkplek, maar zijn nog niet geplaatst. In de meeste gevallen is nog nadere afstemming nodig met de betrokkenen. Helaas zijn twee cliënten overleden.

Bezetting Maatwerkplekken



Grafiek 3.1: Stand van zaken bezetting Maatwerkplekken (oktober 2021) N=80

3.2 C.O.T.

In eerste instantie waren veertien C.O.T.'s voorzien, uiteindelijk zijn er zestien regionale C.O.T.'s gerealiseerd (zie tabel 3.1). Twee C.O.T.'s bestonden al langer, elf zijn in het najaar van 2020 van start gegaan en de laatste drie zijn het eerste kwartaal van 2021 gerealiseerd. Iedere regio heeft inmiddels een crisisregisseur die de eerste ingang vormt. Bij deze crisisregisseurs hebben we de aantallen aanmeldingen en trajecten opgevraagd (peilmoment september 2021). In totaal zijn 176 trajecten gestart door de C.O.T.'s. Er zijn grote verschillen tussen de regio's in het aantal trajecten. Dit heeft deels te maken met de startdatum, maar dit is geen volledige verklaring voor de verschillen. Mogelijk speelt de bekendheid van het C.O.T. in een regio mee, of de mate waarin aanbieders in een regio interne expertise organiseren voor complexe problematiek. Verder hoorden we van enkele C.O.T.'s dat zij casussen aan elkaar overdragen als deze op de grens van hun werkgebieden liggen en er bij de ander ruimte is in de caseload.

C.O.T.	Start	Aanmeldingen	Trajecten
Groningen, Friesland, Drenthe	jan-21	22	12
Kop Overijssel, Flevoland	feb-21	onbekend	11
Twente, Salland, Achterhoek	apr-21	onbekend	10
Arnhem, Veluwe	mei-21	onbekend	5
Utrecht, 't Gooi	mei-17	onbekend	33*
Amsterdam	sep-20	onbekend	9
Kennemerland, IJmond en Zaanstreek	mei-18	13	4
Noord-Holland Noord	feb-21	18	13
Zuid-Holland Noord, Amstelland en Meerlanden	nov-20	onbekend	11
Haaglanden/Westland	dec-20	onbekend	5
Rotterdam/Waardenland	dec-20	onbekend	9
Zeeland	mrt-20	onbekend	8
West-Brabant	dec-20	9	8
Midden- en Oost-Brabant	nov-20	13	11
Nijmegen	nov-20	10	8
Limburg	nov-20	21	19
Totaal			176

Tabel 3.1: Overzicht C.O.T.'s met startdata, aantallen aanmeldingen en trajecten, september 2021

* sinds augustus 2020

Niet iedere aanmelding leidt tot inzet van het C.O.T. Soms blijkt na de aanmelding dat het C.O.T. niet nodig is, bijvoorbeeld doordat de zorgorganisatie zelf extra ondersteuning kan organiseren. Een andere reden is dat een cliënt toch op een crisisplek wordt geplaatst en er geen inzet van het C.O.T. wordt georganiseerd. Het omgekeerde gebeurt ook, namelijk dat een cliënt wordt aangemeld voor een crisisplek en dat de crisisregisseur na een eerste gesprek voorstelt om het C.O.T. in te zetten.

Bij de uitraag van aantal aanmeldingen en trajecten bleek dat sommige C.O.T.'s geen overzicht bijhouden van aanmeldingen, maar alleen van gestarte trajecten. Mogelijk hanteren C.O.T.'s ook verschillende definities voor wat als aanmelding en als gestart traject geldt. Bijvoorbeeld als de crisisregisseur in het eerste telefonische contact constateert dat de casus niet aan de voorwaarden voldoet, telt deze dan wel of niet als aanmelding? Of als er alleen een intake door het C.O.T. is geweest en geen verdere inzet, is er dan een traject gestart of niet? De cijfers moeten dus met enige voorzichtigheid worden gezien. Binnenkort gaan alle C.O.T.'s hetzelfde systeem gebruiken en worden deze gegevens uniform geregistreerd.

4. Bevindingen

Maatwerkplekken

In dit hoofdstuk beschrijven we de signalen en ervaringen over de Maatwerkplekken op basis van de (groeps)interviews en het dossieronderzoek. Dat doen we door achtereenvolgens in te gaan op: proces Maatwerkplekken, typering cliënten, inhoud Maatwerkplekken en ervaringen van cliënten en zorgaanbieders. We grijpen daarbij ook terug op de uitkomsten uit de eerste fase.

4.1 Proces Maatwerkplekken

Start Maatwerkplekken

Uit de eerste fase bleek dat de start van de Maatwerkplekken door zorgaanbieders ervaren werd als een spannende zoektocht. De contouren van de invulling van de Maatwerkplekken waren geschetst, maar er lag nog geen uitgewerkt plan klaar. Wel werd door zorgaanbieders een welwillendheid ervaren bij zorgkantoren om gezamenlijk te zoeken naar een goede invulling van de Maatwerkplekken.

Zorgaanbieders geven aan dat maatschappelijk bewustzijn een belangrijke reden is geweest om zich aan te melden voor de Maatwerkplekken. Er is een gedeeld besef dat een goede plek georganiseerd moet worden voor cliënten met complexe problematiek die binnen het reguliere aanbod niet op de juiste plek zitten. Daar kwam bij dat deze aanbieders vertrouwen hebben in hun eigen kunnen, zowel inhoudelijk (het organiseren van de juiste kennis en kunde) als praktisch. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het beschikken over goede huisvesting of het kunnen realiseren daarvan. In de tweede fase is daar door een zorgaanbieder als reden aan toegevoegd dat zijn specialisatie aansluit bij de beschrijving van de doelgroep die in aanmerking kan komen voor een maatwerkplek, namelijk de combinatie van VG en GGZ problematiek. Daarnaast had de aanbieder plannen voor uitbreiding, waar de maatwerkplekken in konden worden meegenomen.

Uit een gesprek met een zorgaanbieder in de tweede fase blijkt dat de vraag waarom een aanbieder zich zou willen aanmelden voor een Maatwerkplek nog wel een legitieme vraag is. Als mogelijke argumenten om geen Maatwerkplekken te willen creëren zijn aangedragen:

- De beleving dat zorgaanbieders aangedragen cliënten moeten accepteren, terwijl het niet mogelijk is om voor iedere cliënt een passende plek te creëren. Zorgaanbieders geven aan dat maatwerk niet zo maakbaar is als wordt gesuggereerd, mede vanwege bestaande

locatie, personeel en groepssamenstelling. Om die reden gaan de zorgkantoren ook altijd in gesprek met aanbieders over wat mogelijk is.

- Maatwerkplekken zijn weinig lonend. Zorgaanbieders hebben soms al moeite genoeg om het hoofd boven water te houden, zonder complexe casuïstiek over te moeten nemen van andere zorgaanbieders.
- Onzekerheid over financiering. De startfinanciering die hoort bij Maatwerkplekken draagt bij aan het creëren van een passende plek, maar het is niet voor alle zorgaanbieders duidelijk hoe de financiering voor de cliënt op de Maatwerkplek voor de toekomst georganiseerd gaat worden. NB. Volgens VWS en ZN is inmiddels duidelijk gecommuniceerd dat de zorg aan cliënten op een Maatwerkplek wordt gefinancierd op basis van het zorgprofiel plus meerzorg.

Daarnaast zijn er zorgaanbieders die zich afvragen waarom er nog 'lege plekken' zijn. Met lege plekken wordt bedoeld dat er nog geen cliënten wonen op Maatwerkplekken die al zijn gecreëerd, bijvoorbeeld omdat er al een gebouw staat en/of personeel aanwezig is. Is er niet meer behoefte aan Maatwerkplekken? Verloopt de toewijzing langzaam? Zorgaanbieders draaien immers verlies op een lege Maatwerkplek (worden wel kosten gemaakt terwijl er nog geen inkomsten zijn) terwijl ze lange wachtlijsten hebben voor de 'reguliere' cliënten. Er zijn inmiddels afspraken gemaakt door de zorgkantoren met zorgaanbieders hoe om te gaan met lege plekken. Omdat de gecreëerde Maatwerkplekken niet allemaal bleken aan te sluiten bij de behoefte van cliënten met een Maatwerklabel, is halverwege 2021 een nieuwe werkwijze ingevoerd. In plaats van plekken vrij te maken en vervolgens te kijken welke cliënt er past, is het de bedoeling om voor een benoemde maatwerkcliënt een passende plek te zoeken bij een aanbieder; dit kan ook bij een andere aanbieder zijn dan de oorspronkelijke negen aanbieders van maatwerkplekken.

Toeleiding naar Maatwerkplekken

In fase 1 van dit onderzoek zijn twee belangrijke leerpunten aangedragen met betrekking tot de toeleiding naar Maatwerkplekken, namelijk criteria voor toekenning en instroom van cliënten. Beide leerpunten zijn in deze tweede fase wederom door zorgaanbieders genoemd en aangevuld.

Criteria voor toekenning

Bij de start van de Maatwerkplekken waren er nog geen strakke criteria voor toekenning van een Maatwerkplek. Gaandeweg is dit zich gaan ontwikkelen. Aanbieders gaven, ondanks deze ontwikkeling, tijdens de eerste en tweede fase aan dat de criteria voor toekenning specifieker gemaakt mogen worden om willekeur te voorkomen. Het is belangrijk dat het duidelijk is waarom bepaalde cliënten wel een Maatwerkplek toegewezen krijgen en andere cliënten niet.

Aan Maatwerkplekken is een startfinanciering gekoppeld. Daarna moeten zorgaanbieders Maatwerkplekken financieren met het budget dat hoort bij een zorgprofiel, aangevuld met meerzorg. Met het tarief voor VG6 kan dit problematisch zijn, omdat hierbij geen meerzorg mogelijk is. Ook wordt het proces van toeleiding nog als onduidelijk ervaren, ondanks dat daar afgelopen jaar stappen in zijn gezet. Zo is er bijvoorbeeld door een zorgaanbieder een cliënt met een Maatwerkpleklabel opgenomen terwijl de betreffende cliënt zonder Maatwerkpleklabel ook al mocht komen. Voor deze aanbieder is het de vraag wat maakt dat deze client is aangemeld voor een Maatwerkplek. Tijdens de allereerste ronde zijn er matchingsdagen georganiseerd, waarbij zorgaanbieders op inhoud konden kijken welke cliënt past binnen de eigen organisatie. Op dit moment worden er geen matchingsdagen meer georganiseerd en is er onduidelijkheid over de coördinatie van de toewijzing; de nieuwe werkwijze van zoeken naar een passende plek voor een specifieke cliënt was mogelijk ten tijde van het interview niet bij (medewerkers van) zorgaanbieders bekend.

Bovendien worden er gebreken ervaren in de communicatie tussen zorgkantoren en aanbieders. Bijvoorbeeld: een zorgaanbieder was bezig met de screening van een dossier en had daar veel tijd in zitten. Na zelf navraag te hebben gedaan bleek de cliënt al ergens anders geplaatst te zijn, op een 'reguliere' plek. Of: In de eerste ronde was de cliëntinformatie beperkt, waardoor de problematiek niet geheel duidelijk was. De cliënt bleek veel zwaardere problematiek te hebben dan ingeschat, met een incident als gevolg. Andersom hebben de zorgkantoren ook moeite gehad om zorgaanbieders te bereiken en duurde het soms lang voordat de aanbieder in actie kwam. De ervaringen waren van beide kanten dus wisselend.

Instroom van cliënten

Om goede Maatwerkplekken te creëren is het noodzakelijk dat de zorg op cliënten wordt afgestemd. Dat betekent dat de huidige plekken zijn ingericht voor de cliënt of een klein groepje van cliënten die er nu zitten op basis van de behoeftes die er nu zijn. Aanbieders gaven tijdens de eerste en tweede fase aan dat tegelijkertijd ook rekening gehouden moet worden met de ontwikkeling van cliënten en behoeftes die met de jaren veranderen om stagnatie in de toekomst te voorkomen. Daarnaast roept dit de vraag op hoe omgegaan kan worden met nieuwe cliënten binnen een groep van cliënten die al maatwerk hebben. Nieuwe cliënten hebben hun 'eigen maatwerk' nodig. De huidige plekken zullen niet altijd geschikt zijn voor nieuw te plaatsen cliënten (inclusief uitbreiding van groepen).

In de tweede fase is door zorgaanbieders veel nadruk gelegd op de opmerking dat maatwerk niet zo maakbaar is als wordt gesuggereerd, mede vanwege de bestaande locatie, personeel en groepssamenstelling (denk aan het plaatsen van een cliënt in een bestaande groep: er moet dan wel een 'klik' zijn met de medebewoners). Daarnaast is het volgens enkele respondenten nog maar de vraag hoe ver maatwerk rijkt. Deze cliënten hebben geen 'aparte' status waardoor zorgaanbieders, ook voor deze cliënten, gebonden zijn aan

de landelijke kaders voor de Wlz en het tarief van het zorgprofiel (indien nodig) aangevuld met Meerzorg.

Keuzevrijheid

Tevens geven zorgaanbieders aan dat cliëntvertegenwoordigers ook wensen hebben waarbij geografie een rol speelt, maar ook eerdere ervaringen met aanbieders. Dit roept de vraag op waarom cliënten op een maatwerklijst worden gezet als cliëntvertegenwoordigers een passende oplossing buiten de gewenste regio niet hoeven te accepteren. Voor zorgkantoren en aanbieders is dit soms een moeilijke dilemma: hoe geeft je enerzijds invulling aan de nabijheid van verwanten en eigen sociale omgeving en anderzijds aan benodigde specialistische kennis van aanbieders. In dit kader wordt het belangrijk gevonden dat zorgkantoren goed doorvragen op wensen/eisen van cliëntvertegenwoordigers.

Noodzaak voor Maatwerkplekken?

Zorgaanbieders geven in de tweede fase van het onderzoek aan dat de noodzaak voor Maatwerkplekken hoofdzakelijk het gevolg is van het elders niet kunnen vinden van een passende plek. Dit heeft onder andere te maken met combinatie van problematiek, zoals VG en GGZ. Een zorgaanbieder geeft als voorbeeld dat ze twee cliënten hebben opgenomen op een Maatwerkplek die voorheen bij een GGZ-instelling verbleven. De omgeving van de GGZ-instelling was niet passend. De GGZ-doelgroep kan baat hebben bij een VG-aanpak. Door het Maatwerkpleklabel voelen VG-aanbieders zich verantwoordelijk om deze cliënten op te nemen omdat ze hebben toegezegd om maatwerkplekken te bieden. Casuïstiek die ze wellicht anders zouden afwijzen. Qua problematiek en zorgvraag zijn de cliënten op een Maatwerkplek niet altijd de meest complexe cliëntsituaties. Deze opmerking illustreert de behoefte van zorgaanbieders om meer duidelijkheid over de toekenning en visie op Maatwerkplekken (wanneer wel en wanneer niet). Als het niet altijd de cliënten met de meest complexe vragen zijn, hoe kan het dat deze cliënten wel een Maatwerkplek krijgen en andere cliënten niet?

In de interviews is aangegeven dat Maatwerkplekken voor enkele cliënten een oplossing biedt, maar de vraag blijft hoe dat breder getrokken kan worden naar een grotere groep van (complexe) cliënten. Daarop volgend geven aanbieders aan dat er misschien minder noodzaak is voor Maatwerkplekken als er meer passende plekken zijn om cliënten met bepaalde (combinatie van) problematieken op te nemen, zoals plekken die gespecialiseerd zijn in de combinatie van GGZ en VG en plekken voor cliënten met NAH+. Het gaat hier om cliënten die niet op een passende plek goede zorg ontvangen en daardoor escaleren of in crisis belanden. Zorgaanbieders geven ook aan dat er daarnaast een kleine groep cliënten overblijft die echt maatwerk nodig heeft. Ook zijn er zorgaanbieders die aangeven dat zorgkantoren in het algemeen meer regie mogen voeren op dossiers van (complexe) casuïstiek en dat zij meer verantwoordelijkheid mogen nemen om ervoor te zorgen dat cliënten zo snel mogelijk geplaatst worden op een passende plek. De zorgkantoren geven aan dat zij er alles aan hebben gedaan om tot passende oplossingen te komen, onder andere via de regionale taskforces. In meerdere gevallen betekende dit een oplossing voor een Maatwerkplek buiten de in eerste instantie aangewezen aanbieders omdat die de cliënt geen goede plek konden bieden.

Zorgaanbieders ervaren nog onzekerheden over de toekomst van Maatwerkplekken, zowel op overstijgend niveau (Maatwerkplekken als product) als op casusniveau. De onzekerheden op overstijgend niveau werden hoofdzakelijk benoemd in de eerste fase van dit onderzoek. 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 nog geen zicht op de toekomst: wat doen we met de volgende groep cliënten? Worden plekken uitgebreid? Hoe lang worden Maatwerkplekken in stand gehouden? Kunnen we Maatwerkplekken voorkomen?

Ook op casusniveau hebben zorgaanbieders vragen blijkt uit de tweede fase van dit onderzoek. De startfinanciering die hoort bij Maatwerkplekken draagt bij aan het creëren van een passende plek, maar of de financiering van de VG-profielen (aangevuld met Meerzorg) toereikend genoeg zijn om maatwerk te blijven bieden is nog een vraag. Financiering die hoort bij een VG6-profiel wordt ontoereikend ervaren en in enkele gevallen de financiering van een VG7-profiel ook.

4.2 Typering cliënten

De Maatwerkplekken zijn bedoeld voor Wlz-cliënten met een complexe VG en GGZ zorgvraag, eventueel in combinatie met bijkomende problematiek waarvoor geen passend zorgaanbod beschikbaar is.

Cliëntkenmerken en zorgvraag

In de tweede fase hebben we van vijf cliënten (dossier)informatie ontvangen, waarvan drie cliënten in fase 1 ook al betrokken waren. Deze cliënten hebben de volgende persoonsgegevens:

- Leeftijd: één cliënt is tussen de 15 en 20 jaar oud, twee cliënten zijn tussen de 20 en 30 jaar oud en twee cliënten zijn tussen de 30 en 40 jaar oud.
- Geslacht: vier cliënten zijn man en één cliënt is een vrouw.
- Wlz-profiel: drie cliënten hebben een VG7-profiel, één cliënt een VG8 en één onbekend.
- Maatregel in het kader van de Wet zorg en dwang: drie cliënten hebben geen maatregel, één cliënt wel en één onbekend.

Bij alle cliënten is sprake van een combinatie van aandoeningen en beperkingen. Alle cliënten hebben een verstandelijke beperking; twee cliënten in de categorie licht tot matig en twee cliënten in de categorie ernstig. Daarnaast hebben alle cliënten een stoornis in het autisme spectrum. Tot slot is vaak nog sprake van een combinatie van bijkomende problematiek, zoals

depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), dwangmatig handelen, lichamelijke beperking, afwijkende pijnperceptie en/of verbale- en fysieke agressie. De wijze waarop de bovengenoemde aandoeningen/beperkingen/problemen op elkaar ingrijpen verschilt bij iedere cliënt en daarmee ook de zorg- en ondersteuning die geboden moet worden. Dit maakt ook dat iedere cliënt een eigen begeleidingsstijl nodig heeft. Overkoepelend hebben alle cliënten baat bij veiligheid, voorspelbaarheid, prikkelarme omgeving, nabijheid en begeleiding passend bij de lage cognitieve en emotionele leeftijd van de cliënten.

Hulpverleningsgeschiedenis

Uit de eerste fase blijkt dat net als de cliëntkenmerken ook de hulpverleningsgeschiedenis van de vijf casussen zeer divers is. Zo zijn er cliënten die voorafgaand aan de Maatwerkplek thuis hebben gewoond, maar ook cliënten die op meer dan vijf plekken hebben gewoond. Bij alle 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 en
- 3) onvoldoende kunnen voorzien in randvoorwaarden als veiligheid, voorspelbaarheid en nabijheid.

In de tweede fase wordt daarop aangevuld:

- 4) verkeerde insteek van zorg en ondersteuning (te veel medisch ingericht) en
- 5) onvoldoende vanuit één lijn/visie werken.

Uit de gesprekken blijkt ook dat er niet altijd een aanwijsbare aanleiding is voor de verergering van de problematiek.

Uit een gesprek met een cliëntvertegenwoordiger wordt duidelijk dat er ook cliënten kunnen zijn die in hun leven te maken blijven hebben met goede

periodes die zich afwisselen met slechtere periodes (periodes waarin problematiek heftiger speelt). Bij deze cliënten is van belang dat ook in slechtere periodes aanbieders naast de cliënt gaan staan om te zoeken hoe cliënten het beste ondersteund kunnen worden. Het CCE is bij alle casussen minimaal eenmaal betrokken geweest.

4.3 Inhoud Maatwerkplekken

Kenmerken zorgverlening

Uit de eerste fase van dit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de zorgverlening sterk wordt bepaald door de medewerkers die de zorg verlenen. Cliëntvertegenwoordigers geven daarbij aan dat het van belang is dat medewerkers heel bewust kiezen voor cliënten met complexe problematiek. Vanuit de zorgaanbieders wordt aangevuld dat medewerkers heel veel lef en een grote betrokkenheid nodig hebben, continu alert moeten zijn en positieve en succesvolle situaties moeten creëren en waarderen. Het is vooral van belang dat de medewerkers de cliënten goed kennen en hun handelen daarop kunnen afstemmen. Dit gaat vaak om details, bijvoorbeeld met welke woorden cliënten aan tafel worden geroepen voor het eten. Een stabiel team is daarom noodzakelijk. Daarnaast geven aanbieders aan hoe belangrijk momenten van onderlinge reflectie en stoom afblazen zijn voor medewerkers. Overdrachtsmomenten zijn daarin van belang, maar ook scholing en intervisie.

In deze fase wordt daar nog aan toegevoegd dat de aard van begeleiding en behandeling van cliënten op een Maatwerkplek over het algemeen niet verschilt van 'reguliere' cliënten met een VG7-indicatie. Ofwel: bovenstaande beschrijving van de kenmerken van zorgverlening zijn ook van toepassing op de 'reguliere' cliënten met een complexe zorgvraag. De zorg is vaak wel intensiever dan reguliere cliënten. Daarnaast kan bij de zorgverlening zinvol gebruik worden gemaakt van de Leidraad persoonsgerichte zorg die de VGN heeft ontwikkeld. Zo is er bijvoorbeeld een zorgaanbieder die zowel bij

Maatwerkcliënten als reguliere cliënten dezelfde methodiek inzet. Wel geeft een Maatwerkpleklabel aanbieders de ruimte om meer tijd te nemen voor de ontwikkeling bij cliënten, er is meer aandacht voor de context, aanbieders proberen langer door te gaan met cliënten en het label geeft een goede onderbouwing voor Meerzorgaanvragen. Ofwel: het Maatwerkpleklabel geeft aanbieders als het ware veel meer mogelijkheden om zorg- en ondersteuning op maat te bieden en vanuit creativiteit en vrijheid op zoek te gaan naar passende oplossingen. Dit betekent dat er vooral gekeken wordt naar wat een cliënt in een bepaalde periode aan kan in plaats van af te gaan op een algemeen dagprogramma. Een cliëntvertegenwoordiger gaf het voorbeeld van een cliënt bij wie de dagbestedingsmogelijkheden van de betreffende aanbieder niet aansloten. Niet qua type dagbesteding en niet qua vast ritme. Het bleek echter dat de cliënt graag stukjes met de stadsbus ging. Met de cliënt is daarom afgesproken dat hij/zij niet elke keer naar de dagbesteding moet, maar op goede dagen ook een rondje met de stadsbus mee mocht rijden.

De startfinanciering die gebonden is aan een Maatwerkplek wordt hoofdzakelijk gebruikt voor aanpassingen in de fysieke omgeving en sociale omgeving (groeps grootte). Het is belangrijk dat er een context gecreëerd wordt waardoor cliënten kunnen landen op de nieuwe plek. Ook is er een zorgaanbieder die de startfinanciering gebruikt voor een intensieve observatieperiode om vervolgens een goede inschatting te kunnen maken wat de cliënten nodig hebben. Na de startfinanciering moeten zorgaanbieders de zorg en ondersteuning kunnen leveren van de 'reguliere financiën' die horen bij een profiel, eventueel aangevuld met Meerzorg.

Vanuit de cliëntvertegenwoordigers wordt sterke nadruk gelegd op de bejegening van medewerkers die zorg verlenen. Echt nabijheid kunnen bieden is van belang; vanuit rust met iemand als persoon contact kunnen maken (Gentle Teaching). Gecontroleerd en gecoördineerd handelen, ook bij ongewenst gedrag. Machtsvertoon werkt daarbij vaak averechts.

Medewerkers moeten cliënten permanent in het oog houden om tijdig (dreigende) ontregelingen waar te nemen en daarnaar te handelen. Humor werkt bij veel cliënten goed. Ook is het belangrijk dat medewerkers van het protocol van de organisatie kunnen afwijken als dit nodig is om maatwerk te bieden. In de praktijk blijkt dit soms lastig te zijn. Dit vraagt van medewerkers niet alleen en bepaald kennisniveau, maar ook talent om te werken met deze doelgroep.

Zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers geven aan hoe belangrijk de continuïteit van zorg is. Continuïteit van medewerkers, maar ook van groepsgenoten. Dit punt is in de eerste fase ook aangegeven, maar in deze fase is duidelijk geworden wat de effecten van wisselingen kunnen zijn op cliënten. Cliënten moeten opnieuw wennen en werken aan een vertrouwensband terwijl het hebben van een vertrouwensband wordt gezien als belangrijke voorwaarde voor ontwikkeling. Het lukt aanbieders niet altijd om medewerkers vast te houden. Als een reden daarvoor wordt aangegeven dat medewerkers het werken met deze doelgroep moeilijk vinden.

Kenmerken fysieke omgeving

In de eerste fase is een heldere omschrijving gegeven van de fysieke omgeving van de Maatwerkplekken door zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers. In de tweede fase zijn hier nagenoeg geen aanvullingen/aanscherpingen op gekomen.

Uit beide fases blijkt dat de fysieke omgeving zich kenmerkt door een balans tussen veiligheid en huiselijkheid. De woningen moeten veiligheid bieden aan de cliënten en aan de medewerkers, maar tegelijkertijd wordt het ook belangrijk gevonden dat cliënten zich 'thuis' kunnen voelen. Huiselijkheid en gezelligheid zijn daarin belangrijk. Daarnaast geven aanbieders en cliëntvertegenwoordigers aan dat rekening is gehouden met de volgende zaken:

- Ruimte: Het is van belang dat er voldoende ruimte is voor cliënten om zich binnen de sociale context van een woning terug te kunnen trekken in de eigen slaapkamer, maar bijvoorbeeld ook in een 'eigen hoekje' in de woonkamer. Cliënten kunnen elkaar opzoeken, maar ze kunnen ook afstand houden en hoeven elkaar niet tegen te komen. Voorbeelden hiervan zijn eigen sanitair, inspraak in inrichting kamer en slaapkamerdeuren die niet recht tegenover elkaar staan. Dit is relevant voor de woningen waar meerdere cliënten wonen.
- Prikkelgevoeligheid: In de woningen wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met prikkelgevoeligheid van cliënten. Dit uit zich bijvoorbeeld in de ruimte (hierboven toegelicht), maar ook in de akoestiek. De ruimtes zijn goed geïsoleerd waardoor cliënten geen last hebben van elkaars geluiden.
- Plek op terrein: De woningen staan bijna allemaal op de randen van terreinen, zodat cliënten zich zowel op het terrein kunnen begeven als zichzelf kunnen terugtrekken. De woningen hebben een eigen tuin waardoor cliënten 'in afzondering' toch buiten kunnen zijn. Door hier verschillende opties in te hebben kan per dag worden gekeken wat haalbaar is voor de cliënt. De ene dag kan dat een begeleide wandeling op het terrein zijn en de andere dag komt een cliënt nauwelijks buiten. In de tweede fase is hieraan toegevoegd dat een instellingsterrein zowel belastend als positief kan zijn voor cliënten. Belastend omdat cliënten steeds in aanraking komen met anderen die iets onbegrijpelijks doen voor de cliënt. Dit is overigens ook zo in een woonwijk. Het voordeel van een instellingsterrein is wel dat er sprake is van regulatie, bijvoorbeeld geen scooters op de straten.

Het team van medewerkers is voor het grootste deel bepalend voor het succes van de Maatwerkplekken, maar de fysieke omgeving is ook belangrijk. Hierbij wordt door aanbieders opgemerkt dat veel van de bovenstaande fysieke kenmerken ook voor andere intensieve cliënten geregeld worden.

Kenmerken sociale omgeving

Uit de eerste fase blijkt dat aanbieders het belang van de 'eigen' sociale omgeving van cliënten erkennen. Aanbieders maken gebruik van de kennis en ervaring van ouders om de zorgverlening zo goed mogelijk in te richten. De rol van ouders en familie is belangrijk voor cliënten en zij worden waar mogelijk betrokken. In de tweede fase is door enkele cliëntvertegenwoordigers aangegeven dat ouders nog meer betrokken mogen worden. Cliëntvertegenwoordigers weten goed wat hun kinderen nodig hebben. Maar het kan ook in kleine dingen zitten, zoals het helpen versieren van de kerstboom.

De sociale omgeving kenmerkt zich daarnaast ook door een balans tussen mogelijkheden voor cliënten om zichzelf terug te trekken en mogelijkheden om in een sociale omgeving te bewegen. Het is van belang te zorgen voor veiligheid en overzicht zonder te vervallen in geslotenheid en eenzaamheid. Bij groepswoningen is de match tussen cliënten ook van belang: is er een bepaalde klik tussen bewoners?

In de tweede fase van dit onderzoek komt het belang van een goede match tussen bewoners sterk terug. Een nieuwe bewoner kan het evenwicht in de groep doen wankelen. Dan is er tijd nodig voor cliënten om weer aan elkaar te wennen. Dit kan een (stagnerend) effect hebben op de ontwikkeling van cliënten. Daarnaast kan het zijn dat bewoners negatief gedrag bij elkaar uitlokken.

Het blijkt dat er door aanbieders heel verschillend wordt omgegaan met groepsgrootte. Zo zijn er Maatwerkplekcliënten die 'alleen' wonen, maar ook cliënten die in kleine groepen (4 cliënten) of in grotere groepen (6 tot 12 cliënten) wonen. Daarnaast wordt er verschillend omgegaan met de hoeveelheid begeleiding. Enkele voorbeelden zijn: 3 begeleiders op 1 cliënt (wens om terug te gaan naar 2 begeleiders op 1 cliënt), 1 begeleider op 1 cliënt en 3 begeleiders op 4 cliënten. Er wordt door aanbieders gekeken wat passend is voor de cliënt gezien de problematiek en ondersteuningsbehoefte

en wat de aanbieder kan bieden. De cliënt die 3 begeleiders heeft is bijvoorbeeld, vanwege krachttraining in het verleden, heel sterk. Er zijn daarom meerdere begeleiders nodig om de betreffende cliënt fysiek te begrenzen als dat nodig is.

Organisatie van zorg

Uit de eerste fase blijkt dat aanbieders zich zorgen maken over het verloop onder medewerkers. Het personeelsverloop is groot, mede vanwege de complexiteit en de intensiteit van deze groep cliënten. Dit terwijl cliënten heel veel behoefte hebben aan stabiliteit. Aanbieders streven ernaar om teamleden zo goed mogelijk te faciliteren in het werk en nabijheid te organiseren. In de tweede fase is dit aandachtspunt nogmaals benadrukt. Er is goede ondersteuning nodig richting 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 in de vorm van salaris. Een cliëntvertegenwoordiger benoemde nog dat aanbieders goed moeten nadenken welk functieniveau passend is. De betreffende cliëntvertegenwoordiger gaf aan duidelijk verschil te zien tussen een begeleider op MBO-niveau en een begeleider op HBO-niveau. Sommige aanbieders geven dan ook aan dat het tarief voor een deel van de cliënten met een VG7-indicatie structureel omhoog moet. De startfinanciering dekt niet de toekomstige kosten die nodig zijn om maatwerk te blijven bieden. Niet alle Maatwerkgroepen draaien quitte. Er zijn ook aanbieders die wel uitkomen met de budgetten. Dit is mede afhankelijk van de intensiteit van de zorg die geboden moet worden. Woont een cliënt bijvoorbeeld alleen met meerdere begeleiders of woont een cliënt in een groep van zes cliënten, dat maakt verschil.

Toekomstperspectief

Cliënten die op een Maatwerkplek zitten mogen hier in principe blijven; doorstroom is geen doelstelling vanuit de maatregel van de Maatwerkplekken.

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. Voor de meeste cliënten is dit een perspectief van meerdere jaren. De stapjes die de cliënten maken in hun ontwikkeling zijn immers klein. Voor sommige aanbieders is het nog de vraag of een cliënt moet uitstromen binnen de eigen organisatie of dat een andere aanbieder passender is. Bijvoorbeeld een cliënt die op den duur weer terug kan naar de regio waar hij/zij oorspronkelijk vandaan komt. Of een cliënt met NAH die misschien beter past bij een aanbieder die gespecialiseerd is in NAH. Als doorstroom wenselijk is voor de client dient goed nagedacht te worden over de fasering/geleidelijke overgang. De cliëntvertegenwoordigers moeten goed worden meegenomen in dit proces omdat zij zich zorgen maken 'dat het hele circus dan weer opnieuw begint'.

4.4 Ervaringen van cliënten en zorgaanbieders

Met de drie cliënten die zowel in de eerste als in de tweede fase deelnamen aan dit onderzoek gaat het over het algemeen goed blijkt uit de gesprekken met clientvertegenwoordigers.

Cliënt 1: Deze cliënt kwam binnen met een eigen team van medewerkers. Langzaam worden ook medewerkers van de aanbieder toegevoegd aan het team. Dit vindt de cliëntvertegenwoordiger nog wel spannend. Deze cliënt had bij binnenkomst continu drie begeleiders die in het zicht van de cliënt waren. Alle begeleiders deden alles samen met de cliënt. Ze zijn samen een 'gemeenschapje'. Er wordt gewerkt aan resocialisatie; boodschappen doen en werk creëren. Inmiddels kan er ook wel eens een begeleider achterblijven bij uitstapjes. Het doel is om toe te werken naar twee begeleiders. Ook wordt gewerkt aan afbouw van medicatie. De cliëntvertegenwoordiger gaf aan dat er meer 'normaliteit' bij zoon/dochter gezien wordt. Voor de cliëntvertegenwoordiger is dit niet verrassend: 'vroeger kon hij/zij meer'. Aanbieder ervaart nog wel onzekerheid als het gaat over de toekomstige

financiering. Nu is er voor twee jaar toezegging voor Meerzorg, maar wat er daarna gebeurt is nog onduidelijk.

Cliënt 2: Met deze cliënt gaat het redelijk goed, al heeft hij/zij wel een moeilijke periode. De cliëntvertegenwoordigers omschrijven het als: ‘deze plek is een cadeautje, maar hij/zij heeft nog moeite om het cadeautje echt uit te pakken’. Bij deze cliënt leeft nog de gedachte dat hij toch wel weer ergens anders heen moet. Hij/zij is nog niet zover dat het leuk mag zijn en dat hij/zij volledig tot bloei mag komen. De cliëntvertegenwoordigers geven wel aan dat ze bevoorrecht zijn dat hun zoon/dochter op deze plek mag wonen.

Cliënt 3: Met deze cliënt gaat het goed. Volgens de cliëntvertegenwoordigers heeft hij/zij zijn/haar plek gevonden. Hij/zij oogt gelukkig en tevreden. Wel maken cliëntvertegenwoordigers zich zorgen over de groepssamenstelling. Er is een cliënt bijgekomen die geen goede match is met hun zoon/dochter. Dit leidt tot wrijving. Cliënt 2 en 3 wonen bij elkaar in een woning voor vier cliënten. Met de start van de Maatwerkplekken waren ze met elkaar. Dat ging goed. Beide cliënten kunnen het goed met elkaar vinden. Inmiddels zijn ook de andere twee plekken gevuld (geen Maatwerkplekken). Dat heeft een stagnerend effect op de Maatwerkcliënten.

In de interviews met aanbieders worden ook mooie ervaringen gedeeld over de Maatwerkplekken. Bijvoorbeeld een cliënt die uit een GGZ-setting kwam en langdurige afzondering heeft meegemaakt. De relationele VG-benadering werkt goed voor deze cliënt. Van de startfinanciering heeft de aanbieder onder andere kunnen organiseren dat alle teamleden een cursus psychopathologie hebben gevolgd. Daarnaast is er een psychiater die geconsulteerd kan worden. De verwachting is dat deze cliënt met twee jaar kan uitstromen naar een ‘reguliere plek’. De betreffende aanbieder gaf tijdens het gesprek aan dat deze cliënt niet opgenomen had kunnen worden zonder Maatwerkplek. Er is ook gesproken met een aanbieder waarbij cliënten geplaatst zijn met een rechterlijke machtiging: ‘deze cliënten willen hier

überhaupt niet zijn’. Wel gaf de betreffende aanbieder aan dat het fijn is om te weten dat de organisatie de cliënten toch een plek kan bieden.

5. Bevindingen C.O.T.

In dit hoofdstuk beschrijven we de signalen en ervaringen met de inzet van het C.O.T. op basis van de (groeps-)interviews en het dossieronderzoek van de in totaal 11 casussen uit fase 1 en 2. Dat doen we aan de hand van het proces van inschakelen van het C.O.T., een typering van cliëntcasussen, de inhoud van de inzet van het C.O.T. en de ervaringen en effecten van zorgverleners, cliënt-vertegenwoordigers en C.O.T.-medewerkers.

5.1 Proces C.O.T.

Wanneer komt het C.O.T. in beeld?

Het crisis- en ondersteuningsteam kan worden ingeroepen via een crisisregisseur ter voorkoming van of ondersteuning bij een crisis bij een cliënt in de VG-zorg. De crisisregisseur heeft een centrale onafhankelijke rol en vervult in de regio een coördinerende rol voor de crisisaanvragen. De crisisregisseur maakt de keuze voor inzet van het C.O.T., een crisisplaatsing of een combinatie hiervan. De crisisregisseur heeft een onafhankelijke en autonome rol en positie, zowel ten opzichte van alle zorgaanbieders, het zorgkantoor als ook ten opzichte van het C.O.T.

Crisis houdt in dat binnen 48 uur⁴ een interventie noodzakelijk is, omdat het team rond de cliënt vastloopt en anders crisisopname dreigt. De aanbieders die we hebben gesproken hebben allen een aanmelding voor de inzet van het C.O.T. gedaan op het moment dat de situatie niet meer hanteerbaar was voor het team en de cliënt en de (gedrags-)problematiek schadelijk is voor de cliënt en zijn omgeving. Het complexe gedrag dat (mede) aanleiding geeft tot inschakelen van het C.O.T. is divers, maar met name agressie (verbaal en fysiek), ernstige zelfverwonding, seksueel overschrijdend gedrag en dwangmatig seksueel handelen worden genoemd. Daarnaast komt problematisch middelengebruik bij meerdere cliënten voor. Bij één cliënt is sprake van ernstige inactiviteit. Het gaat in de meeste gevallen om situaties waarbij al langdurend een groot beroep is gedaan op medewerkers of ouders (een aantal cliënten woont nog thuis). Vaak is 'de rek eruit' en overziet het team het niet meer, of er is een ernstig incident waardoor een verzoek om crisisplaatsing wordt gedaan.

De inzet van een C.O.T. kan volgens de beleidsregel van de NZa ook plaatsvinden naast een crisisopname. Het doel is dan om te zorgen voor een

⁴ Het gaat bij de inzet van het C.O.T. niet om een acute crisis, dat wil zeggen een noodsituatie waar per direct een oplossing voor moet komen.

goede overdracht en voorbereiding naar de plek waar de cliënt naar terug (of naartoe) gaat. Vier van de veertien cliënten in fase 1 en 2 waren gelijktijdig met de aanmelding voor het C.O.T. geplaatst op een crisisplek; een andere cliënt woonde tijdelijk bij de ouders omdat het op de woonplek bij de zorgaanbieder niet meer ging. Bij twee andere cliënten waren recent crisisplaatsingen geweest en was de inzet van het C.O.T. erop gericht een volgende crisisplaatsing te helpen voorkomen. Ondanks het doel om cliënten op hun huidige plek te kunnen houden, is bij zeven van de veertien cliënten sprake van een verhuizing of wens daartoe. Bij de ervaringen (paragraaf 5.4) gaan we hier nader op in.

5.2 Typering cliënten

De doelgroepbeschrijving van de beleidsregel voor het C.O.T. luidt als volgt: *“de cliënt met een Wlz-indicatie met een VG-grondslag bij wie sprake is van complex gedrag, psychiatrische problemen en/of verslaving en voor wie een aanmelding voor crisisplaatsing is gedaan. Het betreft meestal een samenloop van psychiatrische problematiek met een verstandelijke beperking, waarbij het noodzakelijk is om de VG- en de GGZ-invalshoek te combineren.”* Uit de dossiers en interviews blijkt dat de cliëntkenmerken van de casussen die zijn aangeleverd voor dit onderzoek op hoofdlijnen voldoen aan deze omschrijving, maar wel van elkaar verschillen qua aard van de problematiek.

Van de meeste cliënten waar we dossierinformatie van hebben ontvangen, zijn enkele basale persoonsgegevens bekend:

- Geslacht: het merendeel van de cliënten is man (8 van de 11)
- Leeftijd: vier cliënten zijn tussen 40 en 50 jaar, drie cliënten zijn tussen 20 en 30 jaar, één cliënt is in de tienerleeftijd.
- Wlz-profiel: zowel VG3, VG6, als VG7 komen meerdere keren voor. Bij de cliënten met VG3 is geadviseerd een hoger zorgprofiel aan te vragen, bij één cliënt is de indicatie gewijzigd naar VG6. Ook voor één van de cliënten

met VG6 is een ophoging van de indicatie aangevraagd (toekenning onbekend).

Het gaat om cliënten met een lichte of matige verstandelijke beperking. De in het dossier beschreven GGZ-problematiek varieert; autisme spectrum stoornis, psychoses en persoonlijkheidsproblematiek komen meerdere keren voor. Ook hechtingsproblematiek is bij verschillende cliënten aanwezig, evenals een disharmonisch ontwikkelingsprofiel. Bij één cliënt heeft de psychische problematiek niet tot een duidelijke diagnose geleid. Bij een andere cliënt spelen problemen als gevolg van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

5.3 Inhoud inzet C.O.T.

We beschrijven eerst de werkwijze van het C.O.T. en gaan daarna concreter in op de inzet op cliëntkenmerken, teamkenmerken en organisatiekenmerken.

Werkwijze C.O.T.

Het C.O.T. is een multidisciplinair team, samengesteld uit ervaren professionals uit de sectoren VG en GGZ. Het C.O.T. geeft advies over de zorg en de organisatie op drie invalshoeken aan de zorgaanbieder waar de crisis is. De drie kerndisciplines en adviesinvalshoeken binnen het C.O.T. zijn:

- de gedragswetenschapper (GZ-psycholoog), die overwegend advies geeft op basis van cliëntkenmerken;
- de begeleider, die overwegend advies geeft op basis van teamkenmerken;
- de leidinggevende, die overwegend advies geeft op basis van organisatiekenmerken.

Aanvullend kunnen een psychiater, arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en paramedici worden ingezet.

Bij de casussen uit dit onderzoek zijn de volgende deskundigen betrokken geweest: leidinggevende, orthopedagoog, begeleider, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, GZ-psycholoog, casemanager en een psychiater. Afhankelijk

van de vraag en de aanpak werd een team samengesteld met minstens één persoon vanuit de drie kerndisciplines. De aangewezen C.O.T.-medewerker(s) starten met verkennende gesprekken om duidelijk te krijgen wat er speelt en wat de vraag is. Daarna wordt bepaald welke interventies worden ingezet.

Vanuit de beleidsregel is het uitgangspunt van de inzet van het C.O.T. dat de cliënt blijft wonen op de huidige plek. Het C.O.T. richt zich op het aanvullen van de kennis en expertise van een zorgaanbieder bij het omgaan met en voorkomen van crisissituaties en biedt nazorg aan de zorgaanbieder (in plaats van de cliënt uit de situatie plaatsen dat kan leiden tot symptoombestrijding en daarmee niet de meest zinvolle interventie is). De aanpak van het C.O.T. is gericht op het herstellen van de balans tussen cliëntkenmerken, teamkenmerken en organisatiekenmerken. Het C.O.T. geeft verbeteradviezen aan de zorgaanbieder waar de crisis plaatsvond om deze te versterken en de context te verbeteren.

Inzet C.O.T. op cliëntkenmerken

De inzet van het C.O.T. op cliëntkenmerken bestond bij de onderzochte casussen uit het meekijken van de orthopedagoog/ gedragsdeskundige/ GZ- psycholoog van het C.O.T. met de orthopedagoog/ gedragsdeskundige van de zorgaanbieder in het dossier om het beeld van de cliënt duidelijk te krijgen. In de meeste casussen zijn één of meerdere bijeenkomsten met het team van zorgverleners rond de cliënt gehouden om tot gezamenlijke beeldvorming te komen. Een belangrijk element is ook om de functie van het gedrag te achterhalen. Rondom een casus waarin medicatie een mogelijke rol speelde in de gedragsproblematiek zocht de psychiater van het C.O.T. afstemming met de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) van de zorgaanbieder. Daarnaast liepen in meerdere casussen C.O.T.-teamleden mee in de praktijk voor observatie van (de interactie tussen) de cliënt, team en omgeving. Soms wordt bewust gekozen om 'op afstand' informatie te verzamelen (bijvoorbeeld beeldmateriaal), omdat de aanwezigheid van een externe heel verstorend kan

werken voor de cliënt. Om die reden zijn enkele cliënten ook niet op de hoogte van de betrokkenheid van het C.O.T.

Vanuit de analyse van het C.O.T. volgden adviezen op de cliëntkenmerken. Het C.O.T. maakt de vertaalslag tussen theorie (het beeld van de cliënt) en de praktijk en geeft praktische handvatten voor begeleiders hoe zij de behoefte van de cliënt goed kunnen verstaan. Hiervoor werd vaak gebruikgemaakt van zowel GGZ- als VG-expertise. Deze handvatten zijn allereerst gericht op detailniveau; welke woorden en welke toon helpen in welke situatie bij de cliënt, hoe kun je contact maken. Een ander advies dat is gegeven was gericht op het aanpassen van de methodiek van de begeleidingsstijl; een genoemde methodiek is gentle teaching. Ook het aangaan van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie is bij een casus genoemd. Bij enkele cliënten adviseerde het C.O.T. een hoog-risico beleid te voeren; het normale leven als uitgangspunt nemen, behoefte gestuurd werken (in plaats van dat de focus ligt op het probleemgedrag) en daarin zowel ruimte geven als directief kunnen zijn.

Naast adviezen op het relationele stuk tussen begeleider en cliënt zijn er ook adviezen gegeven op het gebied van het dagprogramma, om over- en onderprikkeling te voorkomen. Verder is een aantal keer geadviseerd om aanvullend onderzoek te (laten) doen. Bijvoorbeeld een onderzoek naar de emotionele ontwikkeling, sensorische integratie of communicatieve ondersteuning. Ook is bij een casus geadviseerd om het CCE in te schakelen voor beeldvorming en om kansen in behandellijnen te verduidelijken. Bij een andere casus heeft het CCE geholpen een woonprofiel op te stellen. Bij de cliënt met een dwangmatige seksualiteit is seksuele voorlichting gegeven door een C.O.T.-medewerker.

Bij drie casussen was het advies gericht op het zoeken naar een andere plek voor de cliënt, met meer passende deskundigheid of meer aanwezigheid van begeleiders; bij twee cliënten was verhuizen al de bedoeling en was het

C.O.T.-traject gericht op adviezen voor de overbruggingsperiode. Dit is een andere uitkomst dan het uitgangspunt van de inzet van het C.O.T., namelijk dat de cliënt blijft waar hij/zij is, maar in deze situaties was dit volgens alle betrokkenen de beste uitkomst. In een andere casus is de cliënt ook verhuisd (naar deeltijd wonen) maar volgens de betrokkenen staat dit los van de inzet van het C.O.T. Tot slot is er één cliënt die na de inzet van het C.O.T. opnieuw in crisis is geraakt en daarom alsnog is overgeplaatst.

Inzet C.O.T. op teamkenmerken

De inzet van het C.O.T. op teamkenmerken bestond bij de onderzochte casussen uit onder andere video interactie begeleiding van alle teamleden. De teamleden krijgen daarbij één op één feedback over de interactie die zij hebben met de cliënt. Er worden team overleggen georganiseerd over de samenwerking binnen het team. Het C.O.T. kijkt welke deskundigheid en kennis bij het team aanwezig is en wat eventueel mist. Verder voert het C.O.T. individuele gesprekken met medewerkers van verschillende rollen in de kern van het team of in de schil om het team: bijvoorbeeld met begeleiders, teammanager, AVG en gedragsdeskundigen. Deze gesprekken gaan over de rolinvulling, rolafbakening en samenwerking en kunnen een coachend karakter hebben. Er zijn ook gesprekken met de teammanager/ leidinggevende van het team over het functioneren van het team als hier een probleem ligt. Ook sluit het C.O.T. aan bij multidisciplinaire overleggen.

Adviezen op teamkenmerken die werden genoemd door de C.O.T.-medewerkers en zorgaanbieders lagen voornamelijk op het vlak van het verbeteren van de samenwerking in het team en het handelen als een team in plaats van een individu. Dit kan door intervisie en regelmatig de beeldvorming van de cliënt en daarbij passende begeleidingsstijl te bespreken en of dit door alle teamleden nog wordt gedragen. Hierbij wordt door het C.O.T. bij het team ook gewerkt aan leren reflecteren op je rol en elkaar feedback geven. Om het team met 'één mond te laten spreken' is het ook van belang het aantal medewerkers te beperken; bij enkele casussen is het advies

geweest om een kernteam te formeren. Tegelijk kan het nodig zijn het team uit te breiden om de draagkracht te vergroten. Daarnaast is van belang dat uitzendkrachten van de basisafspraken en benadering op de hoogte zijn; bij een casus is een A4 gemaakt met tips, zodat iedereen dit scherp kon houden.

Er is nadrukkelijk ook aandacht voor de behoeften van het team, bijvoorbeeld ruimte om op adem te komen, back-up vanuit de leiding of intervisie. Bij een casus was het advies om bepaalde deskundigheid of senioriteit aan het team toe te voegen. Bij een andere casus gaf het C.O.T. advies aan de leidinggevende van het team hoe hij/zij de rol ten opzichte van het team kan afbakenen en pakken. Een ander advies was om de communicatie tussen de behandelaren en het team te verbeteren. Bij de casussen waar de cliënt (deels) bij ouders woont, neemt het C.O.T. hen ook mee; bijvoorbeeld door gesprekken om hen te helpen gedrag te kunnen duiden of de situatie te accepteren (bijvoorbeeld dat het niet meer haalbaar is om thuis te blijven wonen). Of door advies aan het team om tot een betere samenwerking met ouders te komen.

Inzet C.O.T. op organisatiekenmerken

De inzet van het C.O.T. op organisatiekenmerken bestond uit gesprekken met de leidinggevenden/ zorgondernemers op organisatorisch vlak. Vaak gaat het om aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor de adviezen op cliëntkenmerken en teamkenmerken. Hierbij adviseert het C.O.T. over de visie en het plan op de langere termijn. Met het oog op het problematisch gedrag van cliënten spreekt het C.O.T. ook met het management over risico's en het te voeren beleid, zodat hier commitment op is. Hierbij wordt breder gekeken dan de actuele casus; een vraagstuk is bijvoorbeeld: wie is je cliëntpopulatie en wat is daarvoor nodig? Denk bijvoorbeeld aan deskundigheden en disciplines, het belang van zoveel mogelijk inzet van vaste medewerkers en investeren in scholen en opleiding.

Daarnaast werd bij enkele casussen met de leidinggevende en de gedragsdeskundige van de aanbieder het gesprek gevoerd over de geschiktheid van de gebruikte methodieken bij een bepaalde cliëntpopulatie. Het C.O.T. heeft in enkele casussen geholpen de samenwerking tussen VG- en GGZ-partijen van de grond te krijgen, door gezamenlijk in gesprek te gaan.

Verder bestond de inzet van het C.O.T. op organisatiekenmerken ook uit het adviseren over organisatorische en fysieke veranderingen in het gebouw waar de cliënt woont. Bijvoorbeeld om de wooncontext overzichtelijker en rustiger te maken voor de cliënt. Bij één casus was het nodig om de locatie om te bouwen tot een besloten locatie.

5.4 Ervaringen en effecten

In deze paragraaf gaan we in op de ervaringen vanuit drie verschillende perspectieven: aanbieders, cliëntvertegenwoordigers en C.O.T.-medewerkers.

Aanbieders

De aanbieders noemen diverse positieve ervaringen en effecten van de inzet van het C.O.T. Het C.O.T. was snel beschikbaar en kon 'de angel uit de paniek halen'. De medewerkers zijn zeer deskundig volgens de meeste aanbieders en hun inzet voelt als een steun in de rug. Het werkt goed als een externe, objectieve persoon met een frisse blik meekijkt, de beeldvorming toetst en aanvult en confronteert op een positieve manier. Volgens de zorgaanbieders ervaren begeleiders de video interactie begeleiding zeer positief als middel om inzicht te krijgen. Tegelijk kan het ook lastig zijn om de adviezen van een externe aan te nemen en daadwerkelijk uit te voeren. De houding en manier van communiceren van het C.O.T. zijn hierbij cruciaal; er is een gevoel van veiligheid nodig om de boodschap binnen te kunnen laten komen. Dit kwam zowel in de eerste als in de tweede fase als aandachtspunt voor de C.O.T.'s naar voren; niet omdat het niet goed gaat maar omdat ze hier alert op moeten blijven.

Aanbieders zijn vooral blij met de vertaalslag van theorie naar praktijk en de toevoeging van de expertise van de GGZ. Ze geven aan dat de GGZ-expertise vanuit het C.O.T. van toegevoegde waarde is om de cliënt beter in beeld te brengen en handvatten te bieden. De bundeling van VG- en GGZ-expertise is een kracht en sluit aan bij de behoefte die deze aanbieders hadden. Zorgaanbieders zijn ook geholpen met het vergroten van het netwerk, vooral om buiten de eigen organisatie expertise in te schakelen. Ze ervaren dat er nog erg veel in hokjes wordt gedacht terwijl het nu eenmaal gaat om cliënten met dubbele of triple problematiek. Aanbieders vinden dat ze daarbij ook kritisch naar zichzelf moeten kijken: intern je processen en afstemming op orde hebben, zorgen dat je zelf expertise in huis hebt en/of samenwerkt met andere organisaties (bijv. GGZ), voordat je het C.O.T. inschakelt. Ook zijn er organisaties die een soort intern C.O.T. willen opzetten, een crisisteam binnen de eigen organisatie dat in crisissituaties expertise kan bieden en snel knopen kan doorhakken. Daarnaast blijft het een meerwaarde om iemand in te roepen die vanuit een externe positie kritische vragen kan stellen.

Naast hun kennis van cliëntproblematiek hebben de C.O.T.'s aandacht voor het team en de organisatie; het C.O.T. fungeert daarmee als sparring partner op meerdere levels. Dit was echter niet de verwachting van alle (medewerkers van) aanbieders in fase 1; sommigen dachten dat het C.O.T. vooral gericht zou zijn op de cliënt, de zorg over zou nemen of een vervangende plek voor de cliënt zou regelen. Eén zorgaanbieder geeft aan dat het C.O.T. kwam met lange termijn oplossingen terwijl het crisis was; het team van de aanbieder was niet in staat om met de situatie om te gaan en had behoefte aan tips om direct mee aan de slag te gaan. De aanbieder had uiteindelijk veel baat bij het advies, maar het gevoel van een slechte start bleef toch hangen. Het C.O.T. vindt het juist van belang zich te focussen op het teamproces omdat anders het advies op cliëntkenmerken niet kan landen. Deze mismatch tussen verwachtingen en realiteit kan het proces vertragen. In fase 2 hoorden we dit signaal duidelijk minder, maar het blijft van belang om aan te sluiten bij de behoefte van de aanbieder en uit te leggen waarom er ook gekeken wordt

naar team- en organisatiekenmerken. Bij twee casussen uit fase 1 kwam dit uiteindelijk goed. Bij één casus bleek meer nodig voor het team en werd dit opgelost met een teamcoach; de teamcoach hielp onder andere bij het uitvoeren van de adviezen van het C.O.T. Een andere zorgaanbieder, die vond dat het advies van het C.O.T. (namelijk op visieontwikkeling) ver weg lag van de originele hulpvraag, heeft dit advies wel ter harte genomen en heeft daar nu ook baat bij, bleek in fase 2.

Enkele wat minder positieve ervaringen hebben te maken met wisselingen in de bezetting van het C.O.T. en dat de hulp niet snel genoeg kwam (vooral bij C.O.T.'s in de opstartfase; het binnen 48 uur contact leggen lukt nu doorgaans wel). Ook ervaren een aanbieder na de beginfase onduidelijkheid over wie aan zet was (de zorgaanbieder wachtte op het C.O.T. terwijl het C.O.T. vond dat de aanbieder in de lead was). Dit is in overleg wel opgelost. Wat in de communicatie met zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers voor verwarring kan zorgen is dat C.O.T.-medewerkers mailen vanaf hun primaire werkmailadres (bijvoorbeeld het mailadres van de aanbieder waarbij de C.O.T.-medewerker in dienst is); daardoor is niet voor iedereen direct duidelijk dat de persoon 'van het C.O.T.' is.

Cliëntvertegenwoordigers

In dit onderzoek naar de inzet van de C.O.T.'s hebben we gesproken met de cliëntvertegenwoordigers van drie casussen, waarbij de inzet van het C.O.T. in één casus nog maar net was gestart; dit geeft dus een beperkt beeld van ervaringen vanuit het perspectief van cliëntvertegenwoordigers. Een cliëntvertegenwoordiger gaf aan tevreden te zijn en positief terug te kijken op de hulp die is geboden. De cliëntvertegenwoordiger gaf aan dat de inzet van het C.O.T. de overplaatsing van de cliënt heeft bevorderd en versneld en dat zij daardoor nu op de juiste plek zit. Het gedrag waarvoor het C.O.T. werd ingeroepen, vertoont de cliënt niet meer op de nieuwe plek.

Bij een andere casus overheerst een gevoel van teleurstelling over de inzet van het C.O.T. Het betreft een cliënt die thuis woonde en waar de ouders behoefte hadden aan concrete handvatten om een (in hun ogen goed) advies van het CCE te vertalen naar de thuissituatie. Bij de komst van het C.O.T. kregen de ouders de indruk dat de medewerkers het dossier niet goed hadden gelezen, dat er vanuit het C.O.T. geen duidelijke visie was op de situatie en de aanpak, dat de medewerker die aan hen gekoppeld werd onvoldoende deskundig was voor de vraag die zij stelden en tevens onvoldoende beschikbaar. Wat het C.O.T. heeft gedaan beantwoordde niet aan hun verwachting (die het C.O.T. bij de start wel had bevestigd) en niet aan hun vraag. Achteraf gezien hadden ze liever een andere partij ingeschakeld.

Van een casus waarbij we de cliëntvertegenwoordiger niet hebben gesproken, hebben we in het dossieronderzoek het volgende gelezen: "Ouders hebben aangegeven meer vertrouwen gekregen te hebben in de zorg/ hulpverlening en hebben zich gehoord en serieus genomen gevoeld."

C.O.T.-medewerkers

In een groepsinterview met C.O.T.-medewerkers hebben we gereflecteerd op hun ervaringen. Een belangrijk punt is dat C.O.T.-medewerkers aangeven dat er (te) lang wordt gewacht met het inschakelen van hulp. Het doel van het C.O.T. is om iemand op dezelfde plek te kunnen laten wonen, eventueel na een crisisplaatsing. Het C.O.T. komt echter vaak binnen in een fase waarin een oplossing binnen het bestaande team niet meer haalbaar is. Vaak is de druk al zo hoog opgelopen dat een team met de handen in het haar zit en uitplaatsing volgens hen nog de enige mogelijkheid is. Zelfs als het C.O.T. nog wel mogelijkheden ziet om de cliënt op de locatie te houden, is dit lastig over te brengen op het team. Hierdoor gebeurt het regelmatig dat cliënten toch worden uitgeplaatst, ook als het C.O.T. nog wel mogelijkheden ziet voor de cliënt binnen de bestaande situatie. Of er moet aan zoveel punten worden gewerkt in het team om ervoor te zorgen dat een cliënt terug kan komen uit een crisisplaatsing, dat dit moeilijk te realiseren is in korte tijd (cliënten

kunnen immers ook maar een beperkte tijd op een crisisplaats verblijven). Het advies aan zorgaanbieders is om vooral in een vroeg stadium om hulp te vragen (intern dan wel extern), zodat de problematiek nog enigszins beperkt is (dit vraagt wel van het team om tijdig te onderkennen dat behoefte is aan aanvullende expertise).

Ook valt het de C.O.T.-medewerkers op dat zijzelf binnen 48 uur beschikbaar zijn voor een eerste afspraak met een zorgaanbieder, maar dat het soms een week of langer duurt voor de benodigde medewerkers van de zorgaanbieders hun agenda vrij hiervoor maken.

Op inhoud zien C.O.T.-medewerkers bij veel casussen problemen in de samenwerking; tussen begeleiders in een team (waardoor er niet een gezamenlijke lijn is) of in de driehoek van team, manager en orthopedagoog (waardoor behandeladviezen niet goed (kunnen) worden uitgevoerd). De cliënt 'drukt ergens op' waardoor zichtbaar wordt dat de samenwerking niet goed is; dan wordt gezegd dat het probleem bij de cliënt ligt, maar dat is vaak niet zo. Dit is vaak een eyeopener voor de betrokkenen. De andere verbazing bij begeleiders is dat ze in korte tijd zoveel kunnen leren. Ze hebben vaak het gevoel dat ze al heel lang hun behoefte hebben aangegeven richting gedragsdeskundige en manager, maar geen gehoor kregen. Door de inzet van het C.O.T. werden hun vragen en knelpunten wel opgepakt.

C.O.T.'s signaleren ook dat de problemen vaak breder spelen dan rond één cliënt op één locatie; het is vaak een organisatie-issuë. Dit vraagt van bestuurders om locaties in de peiling te hebben, of ze de visie goed uitvoeren en de methodische cyclus op orde hebben. Dit bevordert de interne samenwerking en helpt organisaties om escalaties te voorkomen en in een crisis beter te kunnen handelen.

Veiligheid in de relatie tussen C.O.T. en zorgaanbieder is van groot belang, omdat de inzichten van het C.O.T. confronterend kunnen zijn. Dit vraagt ook

om andere, meer coachende vaardigheden van C.O.T.-medewerkers dan inhoudelijke expertise of ervaring alleen. Wat hierbij goed werkt, is oordeelvrij luisteren en vragen stellen en de ander serieus nemen. Het helpt bijvoorbeeld niet om de suggestie te wekken dat iets makkelijk opgelost of opgepakt kan worden. Ook is het van belang om rekening te houden met de emoties en belastbaarheid van de betrokkenen, timing is hierin belangrijk.

Er zijn ook casussen waar de ouders de primaire zorgverleners zijn, naast bijvoorbeeld begeleiding op school of dat de ouders regiehouder zijn omdat zij de zorg inkopen via een pgb. In die situaties spelen andere emoties een rol en adviezen moeten op een andere manier worden vertaald dan naar professionals. In de casus waar de ouders ontevreden waren over het C.O.T., kwam het C.O.T. tot een andere probleemanalyse dan ouders en daarmee tot andere adviezen/inzet dan zij wensten. Deze kloof tussen C.O.T. en ouders is gedurende de inzet van het C.O.T. niet geslecht; de C.O.T.-medewerker was tevreden over het traject terwijl de ouders zich niet geholpen voelden.

Praktisch gezien hebben de C.O.T.'s ervaren dat het door COVID-19 lastiger werken was; veel overleggen vonden digitaal of telefonisch plaats waardoor het beeld van de situatie minder snel scherp wordt. In de tweede fase van het onderzoek was die belemmering minder aanwezig. Een ander praktisch knelpunt is de declaratie van gerealiseerde uren voor het C.O.T. Dit proces verloopt nog niet goed bij sommige C.O.T.'s; ingediende declaraties worden bijvoorbeeld teruggestuurd omdat ze niet volledig zijn of het duurt lang voordat ze worden betaald (het werd in het gesprek niet duidelijk of de oorzaak bij de indiener, de penvoerder of het zorgkantoor ligt). Ook kunnen medewerkers alleen de cliëntgebonden tijd declareren, terwijl ze ook intern overleg hebben over het functioneren van het C.O.T.

Overall gezien is het mooi hoe de C.O.T.'s tot stand zijn gekomen en een 'vliegende start' hebben gemaakt, waarbij ze nog veel zelf moesten uitvinden qua werkwijze, onderlinge communicatie en organisatie van het team. Door

de inzet van de C.O.T.-medewerkers en crisisregisseurs is in korte tijd een landelijke dekking van de C.O.T.'s gerealiseerd.

Effecten

In de hiervoor beschreven ervaringen zitten impliciet diverse effecten, zoals dat het C.O.T. een steun in de rug was, dat medewerkers nieuwe inzichten hebben opgedaan, dat de beeldvorming over cliënten completer is, dat medewerkers de geadviseerde benaderwijze beter kunnen uitvoeren, dat samenwerking met een GGZ-aanbieder tot stand is gekomen, et cetera. Het uiteindelijke doel is dat er ook daadwerkelijk effect zichtbaar is bij de cliënt en zijn gedrag. Niet altijd was het effect van de adviezen van het C.O.T. goed zichtbaar, gaven de C.O.T.-medewerkers aan. Deels komt dit doordat bij sommige casussen het traject nog maar net was begonnen of nog niet afgerond en het dus nog te vroeg was om een effect vast te stellen. Ook zijn zeven van de veertien cliënten uiteindelijk toch verhuisd of gaan verhuizen naar een andere plek (wat overigens ook een positief effect kan zijn, vooral voor cliënten die daarmee beter passende zorg konden krijgen).

Een andere verklaring ligt in de verwevenheid van adviezen op verschillende niveaus (cliënt-team-organisatie). Doordat het C.O.T. op alle drie niveaus kijkt en adviezen geeft, kun je enerzijds daadwerkelijk effect bereiken en anderzijds ben je voor het effect deels afhankelijk van navolging van de adviezen op alle invalshoeken. Een aantal C.O.T.-medewerkers gaf aan dat voornamelijk het blijvend draagvlak vinden in de teams om als team dezelfde manier van begeleiden aan te houden lastig was, waardoor zij niet goed in alle gevallen het effect konden zien van het advies dat zij hebben gegeven.

In een aantal casussen heeft daadwerkelijk een positief effect op de cliënt plaatsgevonden binnen de oorspronkelijke setting waar hij verbleef:

- Bij een casus uit fase 1 was er aanleiding om hem vanwege de forse GGZ-problematiek naar een andere plek te laten verhuizen. De locatie wilde graag proberen om hem terug te laten keren na de crisisplaatsing en

dankzij de adviezen van het C.O.T. is dit gelukt. De medewerkers grijpen nog steeds terug op de aanpak die met het C.O.T. is ontwikkeld en ondanks dat de grilligheid van de problematiek blijft is er tot nu toe geen nieuwe crisis geweest.

- In een andere casus uit fase 1 is ook een duurzaam effect zichtbaar. Het team heeft meer inzicht gekregen in de bepalende rol van de ASS-kenmerken en blijft de inzichten vanuit het C.O.T. toepassen. Hoewel het in kleine stapjes gaat, is er in fase 2 ontwikkeling zichtbaar bij de cliënt en maakt het team steeds meer de beoogde omslag in de manier van werken.
- In een casus uit fase 2 geeft de zorgaanbieder aan dat door de inzet van het C.O.T. een crisis is voorkomen en dat de cliënt niet hoefde te worden overgeplaatst. De conclusie is wel dat de cliënt niet op deze locatie blijft wonen, maar door de inzet van het C.O.T. kan de verhuizing rustig worden afgewacht. Ook zijn de adviezen op team- en organisatiekenmerken (met name over samenwerking in de driehoek van senior begeleider-gedragsdeskundige-teamleider) helpend voor het algehele functioneren van het team (wat dus ook ten goede komt aan andere cliënten).
- Bij een andere casus uit fase 2 is alleen een intake geweest door het C.O.T. Op het moment van de intake bleek de crisis bezworen en kwamen de partijen gezamenlijk tot het besluit om het CCE in te schakelen. Het CCE-traject heeft vervolgens voldoende handvatten gegeven en het gaat nu goed met de cliënt.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk presenteren we onze conclusies op basis van de eerste en tweede fase van deze evaluatie. Daarbij gaan we in op de onderzoeksvragen voor de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s.

6.1 Conclusies Maatwerkplekken

Deelvraag Maatwerkplek 1

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

Ten tijde van deze tweede fase van dit onderzoek zijn er in totaal 32 cliënten geplaatst 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. Het CCE is bij alle onderzochte dossiers minimaal één keer betrokken geweest.

Deelvraag Maatwerkplek 2

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

De huidige stand van zaken (oktober 2021) is dat de CCC in totaal over 80 cliënten een positief advies heeft uitgebracht voor een Maatwerkplek. Van die 80 cliënten zijn 32 cliënten geplaatst op een Maatwerkplek. 34 cliënten hebben geen Maatwerkplek gekregen terwijl ze volgens de CCC wel in aanmerking komen voor maatwerk. Voor hen is uiteindelijk een andere passende oplossing gevonden. De overige 14 cliënten komen of kwamen in aanmerking voor een Maatwerkplek, maar zijn nog niet geplaatst. In de meeste gevallen is nog nadere afstemming nodig met de betrokkenen. Helaas zijn twee cliënten overleden.

In de gesprekken met zorgaanbieders is aangegeven dat cliëntvertegenwoordigers bepaalde Maatwerkplekken weigeren 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. Ook spelen eerdere ervaringen met of verhalen over aanbieders een rol in de overweging van cliëntvertegenwoordigers. Dit roept bij aanbieders de vraag op waarom cliënten op een maatwerklust worden gezet als cliëntvertegenwoordigers een passende oplossing niet hoeven te accepteren. Voor zorgkantoren en aanbieders is dit soms een moeilijke dilemma: hoe geef je enerzijds invulling aan de nabijheid van verwanten en eigen sociale omgeving en anderzijds aan benodigde specialistische kennis van aanbieders. In dit kader wordt het belangrijk gevonden dat zorgkantoren goed doorvragen op wensen/eisen van cliëntvertegenwoordigers.

Ook zijn er cliënten die aangemeld zijn voor Maatwerkplekken, maar voor wie in de tussentijd een andere oplossing is gevonden. Bij aanbieders roept dit vragen op: Hebben deze cliënten dan geen Maatwerkplek nodig? Hoe kan het dat cliënten een Maatwerkplek toegewezen hebben gekregen als ze blijkbaar toch ook op een reguliere plek geplaatst kunnen worden? Over de criteria en het toewijzingsproces is nog veel onduidelijk voor zorgaanbieders; dit is een punt om in fase 3 op door te vragen.

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 waren er negen aanbieders die gezamenlijk 41 maatwerkplekken kunnen bieden; inmiddels is dit uitgebreid om een betere matching tot stand te kunnen brengen. Van deze 41 plekken zijn er 32 bezet. In december 2020 waren dat er nog 15. 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. Uit de cliëntverhalen wordt duidelijk dat het tijd kost voor cliënten om goed te landen en tot ontwikkeling te komen. Cliënten ontwikkelen zich in kleine stapjes. Daarnaast blijkt dat veranderingen in de omgeving, zoals een veranderende groepssamenstelling, 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 client. Voor de meeste cliënten is dit een perspectief van meerdere jaren. Voor sommige aanbieders is het nog de vraag of een cliënt moet uitstromen binnen de eigen organisatie of dat een andere aanbieder passender is. Enkele cliëntvertegenwoordigers geven juist aan de verwachting/wens te hebben dat hun zoons/dochteren kunnen blijven op de plek waar ze nu zitten.

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, 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,
- 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. 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. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er heel verschillend omgaan wordt met groepsgrootte. Van een groepsgrootte van 1 cliënt tot een groepsgrootte van 6 cliënten. Wat er 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 richting 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. Deze cliënten hebben geen 'aparte' status, waardoor zorgaanbieders, ook voor deze cliënten, gebonden zijn aan de landelijke kaders voor de Wlz en de kaders van het zorgprofiel (indien nodig) aangevuld met Meerzorg. Dit werkt belemmerend.

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.

Deelvraag Maatwerkplek 7

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

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. Dit heeft onder andere te maken met de combinatie van problematiek, zoals VG en GGZ. Zo zijn niet alle aanbieders goed toegerust op het leveren van zorg- en ondersteuning aan deze groep cliënten. Ook zijn er cliënten die verblijven bij een GGZ aanbieder terwijl ze juist veel baat hebben bij een VG aanpak. Een Maatwerkpleklabel geeft verantwoordelijkheid om casuïstiek toch op te pakken. Qua problematiek en zorgvraag zijn het niet altijd de meest complexe cliëntsituaties. Deze opmerking illustreert de behoefte van zorgaanbieders om meer duidelijkheid ten aanzien van de toekenning. Als het niet altijd de cliënten met meest complexe vraag zijn, hoe kan het dat deze cliënten wel een Maatwerkplek krijgen en andere cliënten niet?

In de interviews is aangegeven dat Maatwerkplekken voor enkele cliënten een oplossing biedt, maar de vraag blijft hoe dat breder getrokken kan worden naar een grotere groep van (complexe) cliënten. 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. Het gaat hier om cliënten die niet op een passende plek goede zorg ontvangen en daardoor escaleren of in crisis belanden. Zorgaanbieders geven daarbij wel aan dat er daarnaast een groep cliënten overblijft die een Maatwerkplek nodig blijft hebben.

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 hoe is de financiering voor de betreffende cliënt na de Maatwerkplek in de toekomst georganiseerd? In fase 3 van het onderzoek toetsen we of de zorgaanbieders op dergelijke vragen meer duidelijkheid hebben gekregen.

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?

Uit de veertien casussen en de overstijgende inzichten uit de interviews leiden wij de volgende succesfactoren af:

- De externe, onafhankelijke blik van C.O.T.-medewerkers. Zij maken geen onderdeel uit van het systeem waarbinnen de crisis plaatsvindt en hebben geen belang in de oplossing. Daardoor kunnen zij objectiever kijken en alles open en eerlijk benoemen.
- De meerzijdige analyse en adviezen (op zowel cliënt-, team- als organisatiekenmerken). Hierdoor worden niet alleen symptomen aangepakt maar ook dieperliggende oorzaken en patronen in het systeem, wat kan leiden tot een duurzamer en bovendien casus-overstijgend effect.
- De verschillende disciplines binnen de C.O.T.'s (gedragsdeskundige, begeleider, leidinggevende en behandel disciplines). Zij gaan in gesprek

met medewerkers van vergelijkbare functie binnen de zorgaanbieder, waardoor de adviezen goed landen.

- De ervaring en deskundigheid van C.O.T.-medewerkers. Hierdoor hebben de zorgaanbieders vertrouwen in hun adviezen en in het bijzonder de GGZ-expertise is van toegevoegde waarde.

Daarnaast zijn er ook enkele belemmerende factoren:

- Te laat invoeren van hulp. Zorgaanbieders wachten erg lang met het inschakelen van (interne of externe) hulp, waardoor het moeilijker is om de cliënt op de locatie te houden. Dit heeft te maken met een basale houding van eerst zelf proberen het op te lossen en binnen de bestaande kaders blijven zoeken. Ook zijn aanbieders niet altijd goed op de hoogte van andere mogelijkheden en waar die te vinden zijn.
- Verkeerde verwachtingen van het C.O.T. Bij meerdere casussen hadden zorgaanbieders of ouders (gedeeltelijk) andere verwachtingen van het C.O.T. Dat maakt het lastig adviezen te accepteren.
- Moeilijkheid om GGZ in te zetten bij VG-cliënten. Daarbij loopt het C.O.T. tegen dezelfde domeindiscussies aan als de aanbieder om samenwerking met GGZ-aanbieders te realiseren. Bijvoorbeeld doordat sommige GGZ-aanbieders geen behandeling willen inzetten bij een VG-cliënt en door de verschillende wettelijke kaders voor onvrijwillige zorg, de Wzd en Wvvgz (concreet gegeven voorbeeld: binnen de VG mag je niet iemand met een Zorgmachtiging gesloten plaatsen, terwijl deze persoon het beste binnen de VG-setting kan wonen en niet in de GGZ).
- Beperkt aantal crisisbedden. Hierdoor moet een crisisplaatsing zo kort mogelijk duren, terwijl het team van de terugkeer locatie nog niet altijd voldoende op vlieghoogte is om de cliënt goed te kunnen ontvangen en na terugplaatsing een volgende crisis te voorkomen.
- Interne belemmerende factoren bij de aanvrager. Bijvoorbeeld dat het lang duurt voor betrokkenen hun agenda vrij hebben gemaakt of voordat een kernteam rondom de cliënt is gecreëerd, of dat er veel gewerkt wordt met zzp-ers waardoor de implementatie van een nieuwe aanpak

moeilijker is. Ook hebben vooral kleine organisaties meer tijd nodig om aanvullend onderzoek te organiseren, wat het C.O.T.-traject vertraagt.

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?

In de casussen van dit onderzoek is iedere situatie weer anders en is er ook heel verschillende inzet gepleegd vanuit het C.O.T. Door de eerder genoemde mix van disciplines en grote ervaring en deskundigheid kunnen C.O.T.'s veel vragen oppakken en aansluiten op de behoefte bij de aanvrager. De meeste C.O.T.'s waarvan we medewerkers hebben gesproken waren goed georganiseerd qua beschikbaarheid en diversiteit aan aanwezige expertise in het team. Het aantal fte voor leidinggevenden in het C.O.T. werd door één C.O.T. als krap ervaren. Ook is het voor de beschikbaarheid en flexibiliteit beter als er meerdere gedragsdeskundigen in het C.O.T. zitten. We hebben slechts in één casus gehoord dat de beschikbaarheid van de C.O.T.-medewerker te wensen overliet (doordat hij het moeilijk kon combineren met het reguliere werk). Ook is er in een casus een externe ergotherapeut ingeschakeld die kennelijk binnen het C.O.T. niet beschikbaar was.

In de opstartfase van een C.O.T. is het voor de betrokken medewerkers even zoeken naar de werkwijze en manier van samenwerken, maar de indruk is dat rond de meeste casussen die wij hebben gevolgd, de C.O.T.-inzet soepel is verlopen. Dit is vooral bijzonder omdat de C.O.T.'s in korte tijd en bijna vanuit het niets tot stand zijn gekomen.

Verder blijkt vaak dat de vraag die geformuleerd is in de aanvraag niet het werkelijke probleem adresseert. Dit vraagt dus flexibiliteit van de C.O.T.'s om andere medewerkers in te vliegen dan van tevoren gedacht. Wij hebben geen gevallen gehoord waarbij dit tot problemen heeft geleid en concluderen daarom dat de C.O.T.'s in staat zijn flexibel in te spelen op de vraag die op hen

afkomt. Wel hebben we bij de vorige onderzoeksvraag al aangegeven dat aanvragers vaak een andere verwachting hebben van het C.O.T. Heldere communicatie over de aanpak en wat de organisatie of ouders kunnen verwachten is dus van groot belang, vooral als het C.O.T. tot een andere probleemanalyse komt dan de aanvrager.

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?

C.O.T.'s merken dat zorgaanbieders verschillend omgaan met de gegeven adviezen. Soms wordt het heel voortvarend en in samenhang opgepakt, soms lijkt het nog onvoldoende gedragen te worden door alle betrokkenen en is het de vraag of het goed uit de verf komt. Het effect en de impact van het C.O.T. liggen erg aan de veranderbereidheid bij de zorgaanbieder, plus de inzet en prioritering die de zorgaanbieder aan het traject geeft. Dit verschilt per situatie en heeft bijvoorbeeld te maken met de cultuur in de organisatie, de draagkracht van het team, discussies over geld (bijvoorbeeld als extra personeel nodig is) en de angst om er heel veel werk aan te krijgen.

Voor een antwoord over een langduriger effect is het vooral interessant te kijken naar de casussen waar het C.O.T.-traject volledig is afgerond en (nog) geen verhuizing heeft plaatsgevonden:

- Bij een casus uit fase 1 is de cliënt na crisisplaatsing teruggekomen en dankzij de adviezen van het C.O.T. gaat dit nog steeds goed. Ondanks de grilligheid van de problematiek is er tot nu toe geen nieuwe crisis geweest. De zorgaanbieder ziet een duurzaam effect op het team en daarmee op de cliënt.
- In een andere casus uit fase 1 is ook een duurzaam effect zichtbaar. Het team heeft meer inzicht gekregen, blijft de inzichten vanuit het C.O.T. toepassen en maakt steeds meer de beoogde omslag in de manier van werken.

- In een casus uit fase 2 geeft de zorgaanbieder aan dat door de inzet van het C.O.T. een crisis is voorkomen en dat de cliënt niet hoefde te worden overgeplaatst. De conclusie is dat de cliënt niet op deze locatie blijft wonen, maar door de inzet van het C.O.T. kan de verhuizing rustig worden afgewacht.

Tegenover deze succesvolle casussen staat één casus waarbij de cliënt wel terugkeerde op de oorspronkelijke plek, maar uiteindelijk toch, na een volgende crisisplaatsing, is verhuisd naar een andere aanbieder. In dit geval is het dus niet gelukt om de randvoorwaarden op de locatie goed te krijgen.

Deelvraag C.O.T. 4

Wat hebben de zorgverleners ervan geleerd?

In een aantal casussen kregen de zorgaanbieders vooral bevestiging dat ze op de goede weg waren en hielp het C.O.T. om de puntjes op de i te zetten (bijvoorbeeld door een goede vertaling van de adviezen van de orthopedagoog naar het team). Bij meerdere casussen was de beeldvorming niet volledig en is het belang daarvan duidelijk geworden. Het belangrijkste leerpunt is wellicht dat in veel gevallen niet de cliënt in crisis is maar het systeem rondom de cliënt. Bijna altijd spelen problemen in de onderlinge samenwerking een rol. Betrokkenen bij zorgaanbieders zijn zich niet altijd bewust van deze problemen. Het C.O.T. kan deze blinde vlek zichtbaar maken en helpen patronen te doorbreken. Dit vraagt ook om een scherpe boodschap naar het team om een omslag te bewerkstelligen en het organiseren van zaken als een vangnet en intervisie. Verder is het belang van deskundigheidsbevordering van begeleiders voor zorgaanbieders duidelijk geworden. Bijvoorbeeld op het gebied van methodieken, maar ook op psychische stoornissen. Daarnaast hebben verschillende aanbieders aangegeven dat ze beter gebruik willen maken van de expertise die binnen hun eigen organisatie aanwezig is door de opzet van een intern C.O.T.

Deelvraag C.O.T. 5

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

Het feit dat we weinig cliëntvertegenwoordigers hebben gesproken, heeft te maken met de kwetsbare relatie die er soms is. Dit duidt er mogelijk op dat aanbieder en cliëntvertegenwoordiger niet op één lijn zitten, maar dit kan ook te maken hebben met de emotionele belastbaarheid van de naasten (zonder dat er verschil van mening is). Omdat we weinig naasten hebben gesproken, kunnen we hier slechts op individueel casusniveau uitspraken over doen en soms ook nog op basis van informatie van de zorgaanbieder.

In één casus was er duidelijk verschil in opvatting tussen ouders en C.O.T. over het functioneren en het perspectief van de cliënt. Gedurende de casus is dit niet dichterbij elkaar gekomen. Ook is er een cliënt die van een ambulante setting naar een intramurale voorziening is gegaan, omdat de zorgaanbieder en het C.O.T. vonden dat dit meer tegemoet kwam aan de behoefte aan nabijheid. De ouders blijken het hier echter niet mee eens te zijn, waardoor het onduidelijk is of de cliënt op de intramurale plek zal blijven. Van een andere zorgaanbieder waar de cliënt vandaan is verhuisd hebben we begrepen dat de familie dit in eerste instantie niet fijn vond, maar dat dit toch rust heeft gebracht voor de familie (omdat ze zien dat het met de cliënt beter gaat op de nieuwe plek).

Deelvraag C.O.T. 6

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

Zoals we bij onderzoeksvraag 3 hebben geschetst zijn er twee casussen uit fase 1 waar de inzet van het C.O.T. ervoor heeft gezorgd dat het nu goed gaat met de cliënt op de oorspronkelijke plek en waar geen crisissen zijn geweest. Ook met de cliënt die op advies van het C.O.T. is overgeplaatst naar een

andere zorgaanbieder gaat het (naar omstandigheden) goed. Hier is dus sprake van een positief effect op langere termijn.

Bij de casussen uit fase 2 weten we van één cliënt dat deze opnieuw in crisis is geraakt en is overgeplaatst. Verder hebben we niet gehoord van crisissituaties, maar de tijd tussen het C.O.T.-traject en de interviews is te kort om hier al te kunnen spreken van een effect op langere termijn.

7. Leerpunten en aanbevelingen

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek hebben we potentiële verbeterpunten geformuleerd voor de doorontwikkeling van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s.

7.1 Overstijgende lessen

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 inzet van C.O.T.'s is erop gericht dat cliënten op de huidige plek kunnen blijven door adviezen over cliënt-, team- en organisatiekenmerken. Bij de Maatwerkplekken gaat het om cliënten voor wie het bestaande zorgaanbod niet voldoende oplossingen biedt en voor wie de setting op maat gemaakt moet worden. Een overstijgende bevinding bij al deze casuïstiek is dat de focus niet alleen gericht moet zijn op de cliënt zelf, maar ook of vooral op de context. Deze context is relevant vanwege de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving en de disfunctionele patronen die daarin ontstaan. Het gaat om het creëren van de juiste randvoorwaarden voor cliënt en team om te kunnen functioneren.

Dit verklaart ook de behoefte bij aanbieders om de resultaten van de Maatwerkplekken breder te trekken naar een grotere groep van (complexe) cliënten: als goede zorg voor cliënten met beginnend complex gedrag goed is ingericht, zijn er waarschijnlijk minder heftige crisissituaties en hoeven cliënten minder overgeplaatst te worden, waardoor op termijn wellicht de inzet van C.O.T.'s en Maatwerkplekken minder nodig is. Dit vraagt in ieder geval om de juiste VG- en GGZ-deskundigheid in teams die met deze cliënten werken en laagdrempelige beschikbaarheid van specialistische expertise; de ontwikkeling van 'interne C.O.T.'s' zien wij als een positieve ontwikkeling.

Onze aanbeveling aan VWS is om samen met het veld te bekijken welke mogelijkheden er zijn om de basis op orde te hebben voor cliënten met een complexe vraag, om te voorkomen dat dit dusdanig verergert dat een crisis ontstaat of een Maatwerkplek nodig is. Het realiseren van betere samenwerking tussen de VG-sector en de GGZ is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Hierbij kunnen op landelijk niveau de inzichten uit verschillende recente trajecten worden gebruikt en in samenhang worden

bekeken (zoals de nieuwe systematiek Meerzorg, project Pro voor Ivb en de doelgroepen laag volume hoog complex) . Op aanbieder niveau valt winst te behalen in het intern organiseren van expertise en ondersteuning bij beginnende crisissituaties. We adviseren te monitoren of dergelijke verbeteringen eerder in de keten op langere termijn de behoefte aan C.O.T.'s en Maatwerkplekken verandert.

In de eerste twee fasen van het onderzoek zijn wij dichtbij de individuele casuïstiek gebleven en hebben geen verdere 'kruisbestuiving' tussen de twee maatregelen voor complexe zorg gecreëerd. In fase 3, waarvan we de aanpak in hoofdstuk 8 schetsen, hebben we meer aandacht voor de overstijgende lessen over C.O.T.'s en Maatwerkplekken en gaan we hiervoor ook input ophalen bij landelijke partijen.

7.2 Aanbevelingen Maatwerkplekken

In de eerste fase van dit onderzoek hebben we leerpunten geformuleerd met betrekking tot de instroom van cliënten, criteria voor toekenning, regelruimte, tussenvormen van zorg, de criteria voor complexe zorgvragen, het langdurig volgen van cliënten en maatwerk als impuls. Veel van deze leerpunten zijn in deze tweede fase bekrachtigd en/of aangevuld.

Toekomstvisie Maatwerkplekken

Uit dit onderzoek blijkt dat er bij aanbieders nog onzekerheden zijn over de toekomst van de Maatwerkplekken, zowel op overstijgend niveau (Maatwerkplekken als product) als op casusniveau. In dat kader geven we aan VWS mee om samen met alle betrokken partijen in het veld een toekomstvisie op te stellen voor de Maatwerkplekken. Daarin zouden de volgende onderwerpen aan bod kunnen komen:

- Visie op 'maakbaarheid' van maatwerk.
- Visie op mate van vrijblijvendheid om de Maatwerkplek aan te nemen (cliënt) of te creëren (aanbieder).

- Visie op regelruimte: hoe bied je maatwerk binnen de kaders van de Wlz en de zorgprofielen.
- Visie op duur toekenning Maatwerkplek.

Noodzaak voor Maatwerkplekken verkleinen

Zorgaanbieders geven aan dat de noodzaak voor Maatwerkplekken hoofdzakelijk het gevolg is van het elders niet kunnen vinden van een passende plek. Dit heeft onder andere te maken met de combinatie van problematiek, zoals VG en GGZ. In dit kader bevelen we aan om te analyseren wat nodig is om het 'reguliere' aanbod uit deze twee sectoren beter aan te laten sluiten op de zorgvraag die er is.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat periodes waarin het minder goed gaat met cliënten veelal getriggerd worden door factoren buiten de cliënt om. Het is daarom van belang te blijven investeren in het verbeteren van de 'reguliere' zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag. Deze adviezen liggen in lijn met het advies uit paragraaf 7.1.

Helderheid criteria en toewijzing opstellen

Uit dit onderzoek blijkt dat er nog onduidelijkheden zijn over criteria voor toekenning van een Maatwerkplek en het proces van toewijzing. Het is belangrijk dat daar helderheid over komt. Als het gaat over het proces van toewijzing is het goed om daar ook de rol van cliëntvertegenwoordigers in mee te nemen. Mogen cliëntvertegenwoordigers bijvoorbeeld een aanbieder weigeren? Dit vraagt van ZN om het verschaffen van helderheid over de criteria en het proces van toewijzing door ofwel een aanscherping ofwel betere communicatie richting aanbieders. Van VWS en ZN hebben we begrepen dat dit in de periode na de interviews al is opgepakt; in fase 3 kunnen we toetsen of dit tot minder onduidelijkheden bij zorgaanbieders heeft geleid.

Omgaan met lege Maatwerkplekken

De cijfers laten zien dat nog niet alle 41 Maatwerkplekken gevuld zijn. Voor aanbieders zijn dit dure plekken om leeg te houden terwijl er wachtlijsten zijn voor 'reguliere' cliënten. We bevelen daarom aan dat de zorgkantoren met aanbieders individuele afspraken maken hoe zij hiermee om kunnen gaan (volgens ZN is dit inmiddels gebeurd). Dit vraagt ook om een nadere analyse hoe het kan dat er nog lege plekken zijn. Zijn de Maatwerkplekken nog onvoldoende bekend bij aanbieders? Zijn er überhaupt niet zo veel Maatwerkplekken nodig? We adviseren aanbieders en zorgkantoren om hier regionaal naar te kijken en het vervolgens naar een landelijk beeld te vertalen. Bij dit laatste is regie vanuit ZN of VWS wenselijk.

Contact aanbieders van Maatwerkplekken versterken

Tijdens dit onderzoek vonden aanbieders van Maatwerkplekken het prettig om met elkaar in gesprek te gaan en ervaringen uit te wisselen. Het is aan te bevelen om, als VWS in afstemming met ZN en VGN, bij deze aanbieders na te gaan of er blijvend behoefte is aan het versterken van contact, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie of voor een bredere groep aanbieders in de vorm van een lerend netwerk. Goed contact tussen aanbieders kan ook zinvol zijn in het proces van toewijzing. Tijdens de eerste toewijzingsronde zijn er matchingsdagen geweest waarin aanbieders gezamenlijk konden kijken bij welke aanbieder een cliënt het beste past. Deze matchingsdagen zijn er niet meer; het is een overweging om deze periodiek te organiseren, om de toewijzing te verbeteren en onderlinge kennisuitwisseling rond deze cliëntgroep te faciliteren.

7.3 Aanbevelingen C.O.T.

In fase 1 hebben we leerpunten geformuleerd waarvan we de meeste na fase 2 opnieuw meegeven, soms met een nadere inkleuring.

Meer samenwerking VG en GGZ

Eén van de succeselementen is de gebundelde expertise vanuit GGZ en VG. Met de hulp van het C.O.T. wordt dit voor een casus opgelost, maar er is ook een noodzaak van meer organisatie- en sectoroverstijgende samenwerking tussen de VG en GGZ. Ook in fase 2 kwam deze behoefte naar voren; bijvoorbeeld naar aanleiding van de regelgeving rond onvrijwillige zorg (Wzd en Wvvgz). Het zou waardevol zijn wanneer partijen (bijvoorbeeld op initiatief van de brancheorganisaties VGN en de Nederlandse ggz) elkaar meer opzoeken om ervaren knelpunten gezamenlijk op te lossen.

Blijven wonen op de huidige plek

In dit onderzoek constateren wij dat het niet altijd mogelijk is gebleken om vast te houden aan het uitgangspunt om de cliënt op zijn/haar huidige plek te houden. Volgens C.O.T.-medewerkers komt dit doordat aanbieders vaak te laat hulp inroepen, waardoor het inderdaad niet meer altijd haalbaar is om de cliënt op de huidige plek te houden. Om crisisplaatsingen en uitplaatsingen te voorkomen is het van belang dat zorgaanbieders eerder hulp inschakelen en ook intern de expertise beter bekend en beschikbaar maken. Dit vraagt van aanbieders een goede signalering en monitoring van moeilijke casussen (zodat men niet te lang doormodert) en het creëren van een cultuur van leren en ontwikkelen waarbinnen hulp vragen normaal is. De VGN kan dit stimuleren en de verschillende mogelijkheden voor het inroepen van expertise onder de aandacht (blijven) brengen en de zorgkantoren kunnen in hun beleidsgesprekken vragen hoe de aanbieders dit invullen (eventueel op basis van een analyse van indicatoren voor preventief werken).

Aansluiten bij behoefte van aanbieders

Aanbieders gaven zowel in fase 1 als 2 aan dat zij heel veel adviezen krijgen op het teamproces, terwijl ze in de crisis behoefte hebben aan inhoudelijke handvatten voor cliëntkenmerken. Vanuit de C.O.T.-medewerkers werd aangegeven dat zij zich bewust zijn van de behoefte van de aanbieder en adviseren op de vlakken waarvan zij vinden dat die nodig zijn om het gewenste effect te behalen. We geven de C.O.T.'s en crisisregisseurs als aandachtspunt mee om helder te communiceren over de reden van de gekozen insteek (zodat aanbieders ook meer inzicht krijgen in het belang van de context) en om waar mogelijk rekening te houden met de behoefte bij aanbieders om direct op de cliëntkenmerken in te spelen.

Veilige sfeer

Dit punt ligt in het verlengde van het voorgaande punt. Het is goed om blijvend bewust te zijn van de gevoeligheid van het inzetten van het C.O.T. Het kan voor zorgaanbieders kwetsbaar aanvoelen om externen in je keuken mee te laten kijken. Een blijvend aandachtspunt voor de C.O.T.'s is om voldoende veiligheid en aansluiting te creëren vanuit het principe van gelijkwaardigheid met de zorgaanbieder (onder andere door zonder waardeoordeel vragen te stellen en de probleemanalyse te formuleren).

Samenwerking binnen het C.O.T.

C.O.T.-medewerkers gaven zelf aan waarde te hechten aan het bewust omgaan met de eigen werkwijze. Hierbij hoort het wekelijks bespreken van casuïstiek, intervisie en teambuilding. Immers als je als team andere teams coacht moet je zelf ook het goede voorbeeld geven door er als één C.O.T.-team te staan. We adviseren de C.O.T.'s dit te blijven doen en bevelen aan dat deze niet-clientgebonden tijd van C.O.T.-medewerkers ook wordt vergoed.

Overkoepelende signalen aankaarten

C.O.T.-medewerkers zien overkoepelende signalen waarvan zij het gevoel hebben dat er op een plek gevolg aan gegeven moet worden maar niet goed weten hoe ze daar vorm aan moeten geven.

- *Overkoepelende signalen bij één zorgaanbieder:*
Het C.O.T. wordt soms ingezet bij verschillende casussen bij één aanbieder. Hier ontdekken zij overkoepelende patronen, maar vinden het lastig dit bespreekbaar te maken. Immers, als ze dit te stevig doen bestaat het risico dat ze niet meer worden gevraagd om te helpen bij een crisis. Het geeft soms een gevoel van 'op eieren lopen'. Wij adviseren de C.O.T.-medewerkers om hier niet terughoudend in te zijn, maar dit wel sensitief te brengen richting een zorgaanbieder als een gezamenlijke boodschap van de betrokken C.O.T.-medewerkers.
- *Overkoepelende signalen over de casussen heen:*
Een voorbeeld van een overkoepelend signaal is het signaal over het effectueren van VG7. De zorgaanbieder krijgt hier veel geld voor, maar C.O.T.-medewerkers zien soms dat niet alle noodzakelijke zorg die bij een VG7 hoort wordt geboden door de zorgaanbieder. Enkele C.O.T.-medewerkers vragen zich dan af of ze hier iets mee moeten, bijvoorbeeld door het te bespreken met de zorgaanbieder, maar ook met het zorgkantoor. Wij adviseren om dit in ieder geval aan te kaarten bij de zorgaanbieder; wanneer de zorgaanbieder geen actie onderneemt en de cliënt hier schade van ondervindt, kan dit richting het zorgkantoor worden gesignaleerd.
- *Overkoepelende signalen over de casussen heen:*
Enkele C.O.T.-medewerkers signaleren dat de zorgaanbieders die via zorg in natura worden gefinancierd aan hogere eisen moeten voldoen dan pgb-zorgaanbieders. Ze willen deze signalen graag delen met de zorgkantoren, maar vinden het lastig om hierover met de zorgkantoren in gesprek te komen. Ons advies is dat de C.O.T.-medewerkers dergelijke overstijgende signalen delen met de crisisregisseur en dat de

crisisregisseurs een periodiek overleg met het zorgkantoor in hun regio organiseren.

Nota bene. Van ZN hebben we begrepen dat er inmiddels regionale overleggen met C.O.T.'s zijn over regionale vraagstukken en ontwikkelingen. Daarnaast is een werkgroep crisisregeling in oprichting bestaande uit vertegenwoordiging van zorgkantoor, zorgaanbieders (met C.O.T.-leden) en crisisregisseurs. Dit soort signalen kunnen daar worden ingebracht en besproken.

Rol van crisisregisseurs

De crisisregisseurs spelen een belangrijk rol bij de inzet van het C.O.T. Voor landelijke uniformiteit in deze toewijzing is het van belang dat crisisregisseurs dezelfde criteria hanteren. Omdat we in dit onderzoek maar met enkele crisisregisseurs hebben gesproken kunnen we niet vaststellen in hoeverre sprake is van uniformiteit of diversiteit in werkwijze. Voor de verdere ontwikkeling van de C.O.T.'s willen we meegeven om hierop de komende periode te monitoren en (waar nodig) onderling met elkaar af te stemmen. De hiervoor genoemde werkgroep crisisregeling krijgt een belangrijke taak in het afstemmen van criteria bij de inzet van C.O.T.'s.

Afbakening C.O.T.

Een nieuw signaal in fase 2 is de 'strengere' afbakening van de doelgroep van het C.O.T.: op dit moment worden cliënten met een Wmo- of Jeugdhulp-indicatie uitgesloten, evenals cliënten met de primaire grondslag GGZ naast een verstandelijke beperking. Zorgaanbieders en C.O.T.-medewerkers geven aan dat ook voor deze cliënten het C.O.T. meerwaarde kan hebben; het gaat immers om dezelfde problematiek maar met een ander 'label'. Het is daarom het overwegen waard om de expertise van de C.O.T.'s breder ter beschikking te stellen; dit is aan VWS om te beslissen.

Functioneren C.O.T.

In de rapportage hebben we enkele praktische punten beschreven op het gebied van declareren (geen tijdige verwerking en geen ruimte voor niet-clientgebonden tijd). We bevelen aan om te kijken hoe dit verbeterd kan worden en dit ook als punt mee te nemen in de evaluatie die de NZa momenteel uitvoert. Tot slot hebben de C.O.T.-medewerkers aangegeven het groepsinterview van fase 2 heel waardevol te vinden voor de onderlinge uitwisseling tussen C.O.T.'s. We adviseren om kennisdeling en samenwerking tussen C.O.T.'s te stimuleren, zodat C.O.T.'s onderlinge verschillen kunnen bespreken en kunnen leren van elkaars werkwijzen.

8. Aanpak fase 3

Dit hoofdstuk beschrijft de aanpak voor fase 3. Op basis van de ervaringen uit de eerste en tweede fase stellen we voor de aanpak op enkele onderdelen aan te passen.

We stellen voor de volgende stappen uit te voeren in fase 3 welke we hierna nader toelichten:

1. Doorstartgesprek opdrachtgever en begeleidingscommissie
2. Voorbereidingen
3. Selectie casussen
4. (Groeps)interviews rond casussen
5. Perspectief landelijke partijen
6. Rapportage

8.1 Doorstartgesprek opdrachtgever en begeleidingscommissie

We bespreken met VWS als opdrachtgever de onderzoeksactiviteiten in de derde fase, in het bijzonder de verschillen ten opzichte van de eerdere fasen. Deze verschillen komen op het volgende neer:

- We laten het dossieronderzoek achterwege en de tijd die daarmee vrijkomt steken we in extra interviews. De reden hiervoor is de relatief grote tijdsinvestering voor het verkrijgen en lezen van dossiers in verhouding tot wat het opbrengt. Ook via de interviews krijgen we een beeld over de cliënt, de situatie en de aanpak (Maatwerkplek dan wel C.O.T.) en in een gesprek is de informatie rijker en beter te duiden dan uit een dossier.
- In de derde fase is een interviewronde met landelijke partijen beoogd om zicht te krijgen op de tweede hoofdvraag van het onderzoek. Deze hoofdvraag richt zich op het beleidsmatig niveau en luidt als volgt: 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? Naast groepsinterviews met verschillende clusters van partijen organiseren we een sessie waarin we alle perspectieven bij elkaar brengen.

In het doorstartgesprek bespreken we de planning en de gewenste frequentie voor voortgangscontact. Ook bereiden we in dit gesprek de agenda voor het overleg met de begeleidingscommissie voor. In het overleg met de begeleidingscommissie bespreken we de inhoudelijke focus voor de derde fase, mede gezien de bevindingen en ervaringen met de eerste twee fasen.

8.2 Voorbereidingen

We treffen de noodzakelijke voorbereidingen voor de interviews. Ter voorbereiding op de (groeps-) interviews evalueren we de vijf gespreksleidraden voor de vijf verschillende typen respondenten uit fase 1 en 2 en

waar nodig passen we deze aan (bijvoorbeeld voor meer focus op de bereikte resultaten en effecten):

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

Daarnaast voegen we een gespreksleidraad toe voor de landelijke partijen.

We vragen de begeleidingscommissie ook om suggesties voor de gespreksleidraden. Het gaat om een semigestructureerde gespreksleidraad; op deze manier zorgen we ervoor dat tijdens de interviews de relevante onderwerpen aan bod komen, maar ook ruimte bestaat om andere onderwerpen aan te dragen.

8.3 Selectie 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. Daarbij beoogden we vijf casussen van beide maatregelen wat diepgaander te volgen. Het bleek niet goed 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
- het moeilijk bleek voor zorgaanbieders en C.O.T.'s om voldoende medewerking te krijgen van cliëntvertegenwoordigers.

Doordat we naast een individuele benadering ook een collectieve benadering hanteerden, hebben we tot en met fase 2 een individueel beeld van vijf maatwerkplekcasussen en een collectief beeld van alle aanbieders die Maatwerkplekken bieden. Ook hebben we van elf C.O.T.-casussen een individueel beeld en van tien C.O.T.-medewerkers een collectief beeld over hun casussen. Deze hybride aanpak herhalen we in fase 3. Daarbij willen we

ten eerste informatie ophalen over de bestaande casussen, om zicht te krijgen op de effecten op langere termijn. Ten tweede streven we ernaar om enkele nieuwe casussen te includeren, om ook te kunnen toetsen of sprake is van voortschrijdend inzicht in de werkwijze rond Maatwerkplekken en C.O.T.'s. Voor de Maatwerkplekken zijn de negen zorgaanbieders onze ingang voor (eventuele) nieuwe casussen en voor de C.O.T.'s zijn dit de crisisregisseurs.

8.4 (Groeps-)interviews rond casussen

Om kwalitatieve inzichten te krijgen in de ervaringen met en effecten van de Maatwerkplekken en de C.O.T.'s nemen we semigestructureerde diepte-interviews af. Afhankelijk van de context van een casus en de praktische mogelijkheden van respondenten kiezen we voor groepsinterviews of individuele interviews. Aan de hand van de groepsinterviews brengen we signalen en ervaringen van meerdere respondenten over een situatie in beeld. De interactie tussen de deelnemers aan het groepsinterview verrijkt de input. Dit biedt voor de deelnemers ook de gelegenheid om van elkaar te leren. Tijdens deze interviews kijken we hoofdzakelijk naar algemene patronen, ervaringen, werkzame elementen en succes- en faalfactoren van de maatregelen. Indien relevant en gewenst kunnen de deelnemers van de groepsinterviews deze ervaringen direct toepassen in de praktijk. Verder toetsen we of er voortgang merkbaar is op het gebied van de aanbevelingen en in het bijzonder of onduidelijkheden en onzekerheden uit fase 1 en 2 in de tussentijd zijn verminderd (zoals over criteria, toewijzing en financiering bij de Maatwerkplekken).

Ons voorstel voor de Maatwerkplekken is als volgt:

- Perspectief aanbieders:
 - Groepsinterview met alle aanbieders van Maatwerkplekken gezamenlijk.
 - Individuele interviews met de vier aanbieders van de vijf maatwerkcasussen uit fase 1 en 2. Als er nieuwe casussen zijn bij

deze aanbieders, nemen we deze ook mee in het gesprek. Indien van toepassing: individuele interviews met andere aanbieders van enkele nieuwe maatwerkcasussen.

- Perspectief cliëntvertegenwoordigers:
 - Groepsinterview met cliëntvertegenwoordigers van cliënten uit fase 1 en 2 bij één aanbieder
 - Individuele interviews met cliëntvertegenwoordigers van twee cliënten uit fase 1 en 2
 - indien van toepassing: individuele interviews met cliëntvertegenwoordigers van enkele nieuwe maatwerkcasussen.

Voor de C.O.T.'s stellen we het volgende voor:

- Perspectief aanbieders:
 - Individuele interviews met de aanbieders van de zeven casussen uit fase 1 en 2 die nog op de betreffende plek verbleven aan het eind van fase 2.
 - Groepsinterview met aanbieders van drie nieuwe, recent afgeronde casussen.
- Perspectief cliëntvertegenwoordigers:
 - Individuele interviews met de vier cliëntvertegenwoordigers die we gesproken hebben in fase 1 en/of 2.
 - Individuele interviews met cliëntvertegenwoordigers van drie nieuwe, recent afgeronde casussen.
- Perspectief C.O.T.'s:
 - Groepsinterviews met medewerkers van C.O.T.'s en crisisregisseurs. We plannen twee momenten en verzoeken ieder C.O.T. om op een van beide data aanwezig te zijn.

8.5 Perspectief landelijke partijen

Naast de casusgerichte interviews gaan we in deze fase in gesprek met de landelijke partijen die beleidsmatig bij de beweging in de complexe zorg

betrokken zijn. We spreken 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. We organiseren interviews met vertegenwoordigers van de volgende perspectieven:

- VWS: we nodigen de betrokken beleidsmedewerkers van VWS uit voor een groepsgesprek.
- Zorgkantoren: we vragen ZN om met ons in gesprek te gaan; indien gewenst kunnen ook één of twee vertegenwoordigers van zorgkantoren bij het gesprek aansluiten.
- Zorgorganisaties: we vragen VGN om met ons in gesprek te gaan; indien gewenst kunnen ook één of twee vertegenwoordigers van aanbieders bij het gesprek aansluiten.
- Cliëntorganisaties: we stellen voor een groepsgesprek te houden met vertegenwoordigers van Ieder(in) en Kansplus.
- Beroepsorganisaties: voor dit groepsgesprek denken we aan vertegenwoordigers van de NVO (de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen), de NVAVG (Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten) en het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen).
- CCE
- IGJ

We stellen voor ook de Commissie Cliënten Complex (CCC) te spreken (eventueel gezamenlijk met zorgkantoren en/of CCE) en de coördinator van het Kennisplatform EVB+ te vragen bij één van de gesprekken aan te sluiten.

We bespreken hierbij in ieder geval de deelvragen bij hoofdvraag 2:

- Hoe is de complexe zorg veranderd? Wat is er anders dan de jaren hiervoor?
- Hoe is de ontwikkeling van de doorstroom van cliënten in de complexe gehandicaptenzorg?

- Is er een verandering zichtbaar in de lijst met cliënten die geen passende plek hebben?
- Leidt deze nieuwe manier van werken tot nieuwe kennis? Andere zorgvormen?
- 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?
- 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?

Ook het kwantitatieve beeld van ZN betrekken we in de interviews om deze nader te duiden, mede in het licht van de kwalitatieve bevindingen uit ons onderzoek.

Na de afzonderlijke interviews brengen we de landelijke organisaties samen in een online groepsessie om de inzichten en het leereffect te vergroten door de interactie tussen de verschillende perspectieven. We stellen voor dat betrokken beleidsmedewerkers van VWS hier ook bij aanwezig zijn.

8.6 Rapportage

De derde fase van het onderzoek sluiten we af met een eindrapportage waarin we per maatregel (maatwerkplekken en COT's) onze aanpak verantwoorden en de bevindingen weergeven voor de gehele onderzoeksperiode. Ook geven we een reflectie op de bevindingen, waaronder leer- en verbeterpunten. We hanteren opnieuw de toon van 'wat gaat goed en wat kan beter' en illustreren dit met verhalen uit de praktijk. Het conceptrapport leggen we voor aan u als opdrachtgever en aan de begeleidingscommissie. De gemaakte op- en aanmerkingen verwerken we in een eindversie van de rapportage.

8.7 Planning

Fase 3 start in maart 2022 zodat er een jaar zit tussen meetmoment 2 en 3 en we zicht kunnen krijgen op de effecten op de langere termijn. Tabel 8.1 bevat de planning op tweewekelijks niveau.

Maand	Mrt	April	Mei	Juni	Juli	Aug	Sep
Startgesprek							
Vorbereiding							
a. Aanpassen interviewleidraad							
Contact met bestaande en selecteren nieuwe casussen							
a. Instrueren							
b. Selecteren nieuw							
c. Toestemming							
Interviews rond casussen (groeps- en individueel)							
a. Plannen							
b. Uitvoeren							
Perspectief landelijke partijen							
a. Interviews							
b. Groepsessie							
Analyse							
Rapportage							
a. Concept							
b. Definitief							
Proj.management							
Opdrachtgever	☎	☎	☎	☎	☎	☎	☎
Begeleidingscie.	👤						👤

Tabel 8.1. Planning fase 3, maart – september 2022