

# Kostenonderzoek Wet zorg en dwang (Wzd)

*Onderzoeksrapport van het kostenonderzoek van de in- en uitvoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) in de Wet langdurige zorg (Wlz) en wijkverpleging (Zvw).*

## **Samenvatting**

Dit rapport beschrijft het door de NZa, in opdracht van het ministerie van VWS, uitgevoerde onderzoek naar de financiële impact van de in- en uitvoering van de Wet zorg en dwang.

### De Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang (Wzd) is per 1 januari 2020 in werking getreden en heeft, samen met de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), de wet Bopz vervangen. De Wzd regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Het doel van de wet is de regie van cliënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking versterken en voorkomen dat onvrijwillige zorg wordt ingezet.

Volgens de veldpartijen brengt de uitvoering van de Wzd meer kosten met zich mee dan de uitvoering van de Wet Bopz.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een kostenonderzoek uit te voeren naar de macromeerkosten van het in- en uitvoeren van de Wzd.

### Onderzoeksopzet

Het onderzoek richt zich op de kosten van de invoering van de Wzd en de kosten van de uitvoering van de Wzd in vergelijking met de Wet Bopz. Samen met de betrokken branchepartijen ActiZ, VGN en ZorgthuisNL heeft de NZa een plan van aanpak opgesteld. Doel hierbij was om de financiële consequenties in kaart te brengen, zodat deze voor de bekostiging konden worden meegenomen.

De data-uitvraag is uitgezet bij 64 zorgaanbieders, leden van brancheorganisaties ActiZ, VGN en ZorgthuisNL. In de data-uitvraag zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens uitgevraagd.

Wij hebben data ontvangen van 32 zorgaanbieders. Niet alle 32 aangeleverde bestanden waren bruikbaar voor analyse. Er is een analyse gemaakt van de kwaliteit van de aangeleverde data en op basis daarvan is een data-selectie gedaan. De bestanden zijn geanalyseerd en de uitkomsten zijn gevalideerd met zorgaanbieders en branchepartijen.

### Resultaten

Uit de aangeleverde data bleken de zorgaanbieders samen zorg te leveren aan 50.619 cliënten. Voor 9.451 cliënten hiervan volgen deze zorgaanbieders het Wzd-stappenplan.

Op basis van de algemene gegevens, het aantal maatregelen, de duur van de maatregelen en de personeelsinzet per cliënt per Wzd-maatregel is berekend wat de gemiddelde kosten per cliënt zijn om de Wzd uit te voeren.

Met de gemiddelde kosten per cliënt hebben we kunnen berekenen wat de totale kosten zijn voor de onderzoekspopulatie. Vervolgens is op basis van de Vektis-declaratiecijfers de gemiddelde kosten van de onderzoekspopulatie geëxtrapoleerd naar de totale Wlz-populatie. Ook eenmalige ICT- en opleidingskosten zijn uitgevraagd.

De in- en uitvoering van de Wzd gaat, zoals blijkt uit de resultaten van ons onderzoek, gepaard met meerkosten ten opzichte van de situatie vóór de inwerkingtreding van de Wzd.

De structurele meerkosten bedragen € 111 miljoen per jaar. Dit bedrag is opgebouwd uit de kosten voor de personele inzet voor de uitvoering van de Wzd (€ 133,7 miljoen) minus de kosten voor personele inzet

ten tijde van de wet Bopz (€ 29,3 miljoen). Dit resulteert in meerkosten voor personele inzet van € 104,4 miljoen. De resterende 6,6 miljoen euro volgt uit geraamde structurele ICT- en opleidingskosten.

Daarnaast zijn er ook incidentele ICT- en opleidingskosten naar voren gekomen in ons onderzoek. Deze incidentele kosten zijn geraamd op € 16,6 miljoen.

### Discussie

De mate, waarin de Wzd in een organisatie is geïmplementeerd, verschilt. Dit verschil is terug te zien tussen intramurale zorg (vv en ghz) waar de implementatie verder is gevorderd dan in de extramurale zorg (mpt en wijkverpleging), maar ook binnen de intramurale zorg verschilt hoe ver men is gevorderd met de implementatie. De implementatie in 2020 heeft bij een groot deel van de zorgaanbieders ook vertraging opgelopen door de coronapandemie.

Daarnaast is het voor veel aanbieders lastig gebleken om de gevraagde data uit hun systeem te halen. De EPD's zijn (nog) niet ingericht op registratie van maatregelen en inzet professionals in het kader van de Wzd. Niet altijd kon gevraagde data daarom worden geleverd. In plaats daarvan werd gebruik gemaakt van schattingen of werd (een deel van) de data helemaal niet aangeleverd.

### Aanbevelingen

Aan de hand van deze resultaten kan de vervolgstap, het formuleren van oplossingen voor de bekostiging en aanpassingen in de regelgeving, worden gezet. Met deskundigen, zorgaanbieders, zorgkantoren en brancheorganisaties wordt de komende maanden verder gewerkt aan het aanpassen van de bekostiging.

Op basis van de resultaten en de validatiesessies worden diverse aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan. Zo zal dit onderzoek in de nabije toekomst herhaald moeten worden en raden wij nader onderzoek in de wijkverpleging (Zvw) aan.

## **Inhoudsopgave**

1 Inleiding .....	4
1.1 Leeswijzer .....	4
2 Theoretisch kader .....	6
2.1 Onvrijwillige zorg.....	6
2.2 Stappenplan .....	7
2.3 Deskundigen.....	9
3 Onderzoeksofzet .....	11
3.1 Onderzoekspopulatie.....	11
3.2 Data-uitvraag .....	11
3.3 Data-selectie .....	13
3.3.1 Toevoegen ZG-profiel .....	13
3.4 Data-analyse .....	13
3.4.1 Jaarlijkse macro kosten uitvoering Wzd .....	13
3.4.2 Jaarlijkse macrokosten uitvoering Wet Bopz .....	16
3.4.3 Jaarlijkse macro meerkosten uitvoering Wzd .....	17
3.5 Validatiesessies .....	17
4 Resultaten .....	18
4.1 Kosten personeelsinzet Wzd .....	18
4.2 Kosten personeelsinzet Wet Bopz.....	21
4.3 Meerkosten personeelsinzet Wzd .....	22
4.4 ICT- en opleidingskosten .....	22
4.4.1 ICT-kosten .....	22
4.4.2 Opleidingskosten.....	23
4.5 Totale macromeerkosten Wzd .....	24
5 Conclusie en discussie .....	25
5.1 Conclusie .....	25
5.1.1 Geraamde kosten .....	25
5.2 Discussie.....	25
5.2.1 Reflectie op methode .....	25
5.2.2 Reflectie op onderzoeksveld.....	26
6 Aanbevelingen.....	28
6.1 Bekostigingsopties.....	28
6.2 Vervolgonderzoek.....	28
7 Bijlagen.....	29
7.1 Bijlage 1 Functionarissen en gehanteerde FWG-schaal .....	29

## 1 Inleiding

De wetgeving rond dwang in de zorg is sinds 1 januari 2020 gewijzigd. De voormalige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet Bopz)<sup>1</sup> werd toen vervangen door twee nieuwe wetten. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is dit de Wet zorg en dwang (Wzd)<sup>2</sup> geworden en voor mensen met een psychische aandoening is dit de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)<sup>3</sup>. Het doel van de wetten is het zo veel mogelijk voorkomen van onvrijwillige zorg en het stellen van voorwaarden voor het verlenen van onvrijwillige zorg indien nodig.

Aanleiding voor deze splitsing waren evaluaties van de wet Bopz waaruit geconcludeerd werd dat de wet Bopz onvoldoende aansloot bij de drie doelgroepen die de wet bediende. Met de twee nieuwe wetten wordt door de wetgever beoogd deze passend te maken voor de verschillende doelgroepen, namelijk psychogeriatrische cliënten, mensen met een verstandelijke beperking en cliënten met een psychische aandoening, en daarnaast de rechtspositie van de cliënten te verbeteren en de zorgmogelijkheden te vergroten. De nieuwe Wet zorg en dwang sluit beter aan bij de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking, waardoor mensen die hun wil niet meer kunnen uiten beter beschermd worden.

Hoewel de Wzd beoogt zoveel mogelijk onvrijwillige zorg te voorkomen, betekent het in- en uitvoeren van de nieuwe wet een leerproces voor zorgaanbieders. Het veld (zorgaanbieders, branchepartijen) geeft aan dat de Wzd meer handelingen door meer professionals vraagt. Deze toegenomen handelingen worden als belastend ervaren en vragen om meer middelen. Volgens de veldpartijen brengt de uitvoering van de Wzd beduidend meer kosten met zich mee dan de uitvoering van de Wet Bopz.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een kostenonderzoek uit te voeren naar de macromeerkosten van het in- en uitvoeren van de Wzd en een advies uit te brengen over een passende bekostiging van deze kosten. Voor de Wlz is dit onderzoek uitgevoerd voor de sectoren verpleging en verzorging (vv), gehandicaptenzorg (ghz) en cliënten met één of meerdere prestaties uit het modulair pakket thuis (mpt). Dit betreffen zowel vv- als ghz-clieënten. Voor de Zvw is onderzoek gedaan naar de wijkverpleging Zvw (wijk).

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd onderzoek te doen naar de impact van de invoering van de Wzd op de bekostiging (zie kamerbrief Ministerie van VWS 1551336-192922-LZ).

Dit onderzoek wordt door de NZa tweeledig uitgevoerd:

1. Er wordt in kaart gebracht welke (meer)kosten gemoeid gaan met de in- en uitvoering van de Wzd door zorgaanbieders.
2. Aansluitend wordt bekeken of de bestaande prestatiestructuur de uitvoering en vergoeding van alle in de Wzd beschreven taken mogelijk maakt.

De voorafgaand aan het onderzoek gestelde doelstellingen zijn:

1. De resultaten van de normatieve verkenning van de financiële impact van de Wzd op het budgettair kader Wlz.
2. Inzicht of de kosten gemoeid met de uitvoering van de Wzd-activiteiten kunnen worden bekostigd middels de bestaande (integrale) prestaties en tarieven binnen de Wlz en Zvw.
3. De oplossingen voor de in punt 2 gevonden inzichten vormgeven of aanpassen in NZa beleidsregels, zodat Wzd-wetgeving kan worden bekostigd (Wlz en Zvw).

### 1.1 Leeswijzer

Voorliggend rapport bevat de resultaten van de normatieve verkenning en financiële impact van de invoering van de Wet zorg en dwang. Aan de hand van de resultaten kan de vervolgstap, het formuleren van oplossingen voor de bekostiging en aanpassingen in de regelgeving, worden gezet. Het rapport zal dit nog verder schetsen.

---

<sup>1</sup> Wet BOPZ: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01>

<sup>2</sup> Wet zorg en dwang: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040632/2020-10-31>

<sup>3</sup> Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040635/2021-01-01>

Hoofdstuk 2, het theoretisch kader, bevat een toelichting op belangrijke begrippen uit de Wzd. In hoofdstuk 3 wordt de toegepaste onderzoeksmethoden beschreven en in hoofdstuk 4 de resultaten. Onze conclusies en aanbevelingen delen we in hoofdstuk 5.

## 2 Theoretisch kader

Voor de volledige inhoud van de Wzd verwijzen wij naar de [wettekst Wzd](#).

De voor dit onderzoek belangrijkste begrippen uit de Wzd worden in dit hoofdstuk toegelicht. Zo wordt ingegaan op wat wel en geen onvrijwillige zorg is, wordt het stappenplan dat in de Wzd gevolgd dient te worden uitgelegd en komen de belangrijkste deskundigen aan bod, waaronder de zorgverantwoordelijke<sup>4</sup> die een belangrijke rol speelt bij de beoordeling of onvrijwillige zorg noodzakelijk is. In het stappenplan staat ook welke andere deskundigen de zorgverantwoordelijke daarbij moet betrekken<sup>5</sup> in iedere stap.

### 2.1 Onvrijwillige zorg

De Wzd regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Het doel van de wet is de regie van cliënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking versterken en voorkomen dat onvrijwillige zorg wordt ingezet.

De wet kenmerkt een aantal type handelingen die als onvrijwillige zorg kunnen worden verstaan, te weten zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid;
- c. insluiten;
- d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- e. onderzoek aan kleding of lichaam;
- f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- g. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

De maatregelen van de eerste drie handelingen (a, b, c) worden ook als onvrijwillige zorg aangemerkt als een cliënt wilsonbekwaam is en de vertegenwoordiger en de cliënt zich niet verzetten tegen deze handelingen<sup>6</sup>.

Om onvrijwillige zorgmaatregelen te kunnen inzetten, moet deze zorg door de zorgverantwoordelijke in het zorgplan worden opgenomen en dient een stappenplan te worden doorlopen. Periodiek dienen de onvrijwillige zorgmaatregelen te worden geëvalueerd. Bij deze evaluaties worden verschillende zorgprofessionals en ook familie of cliëntvertegenwoordiger betrokken. Het aantal betrokken zorgprofessionals neemt toe per stap uit het stappenplan. Een aantal handelingen is nieuw onder de Wzd ten opzichte van de wet Bopz. Ook worden nu meer handelingen als onvrijwillig beschouwd ten opzichte van de wet Bopz. Daarnaast geldt de Wzd niet alleen voor opgenomen cliënten (intramuraal), maar ook voor de extramuraal setting (vpt en mpt (wlz) en wijkverpleging (Zvw)), waar de Wet Bopz alleen van toepassing was voor de intramuraal setting. De Wzd is ook van toepassing op cliënten in de Wmo en Jeugdwet, maar deze wetten vallen buiten de scope van ons onderzoek.

---

<sup>4</sup> [Zorgverantwoordelijke: https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0040632&hoofdstuk=1&artikel=1&z=2020-10-31&q=2020-10-31](https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0040632&hoofdstuk=1&artikel=1&z=2020-10-31&q=2020-10-31)

<sup>5</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/over/onvrijwillige-zorg/stappenplan>

<sup>6</sup> [Factsheet Onvrijwillige Zorg: https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/factsheet-onvrijwillige-zorg-in-wet-zorg-en-dwang](https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/factsheet-onvrijwillige-zorg-in-wet-zorg-en-dwang)

## 2.2 Stappenplan

Het stappenplan Wzd wordt doorlopen bij de besluitvorming rondom het toepassen van onvrijwillige zorg. Bij elke stap in het stappenplan worden de proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit van de ingezette onvrijwillige zorg besproken. Bij het stappenplan is het uitgangspunt dat de cliënt reeds zorg ontvangt en dat overwogen wordt om onvrijwillige zorg toe passen. De Wet zorg en dwang is daarnaast ook van toepassing bij een onvrijwillige opname. De bekostiging (Wlz) van de benodigde medische verklaring bij een onvrijwillige opname is reeds opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2021<sup>7</sup>.

### 1. Heroverweging van het zorgplan / opname van onvrijwillige zorg in het stappenplan

Bij de eerste stap van het stappenplan wordt besloten om onvrijwillige zorg in te zetten van een cliënt. Hierbij zijn de zorgverantwoordelijke, deskundige van een andere discipline, de Wzd-functionaris en eventueel een arts betrokken. De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten. De maximale periode waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast, zonder deze expliciet te verlengen, is drie maanden.

### 2. Eerste verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden

Bij de eerste verlenging van de inzet van onvrijwillige zorg zijn dezelfde disciplines betrokken als bij stap 1, maar ook een deskundige die niet bij de zorg betrokken is. De wet stelt als enige eis dat het om een deskundige gaat die niet bij de zorgverlening aan de cliënt is betrokken. Het mag dus iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke<sup>8</sup>.

De maximale periode waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast, zonder deze expliciet te verlengen, is drie maanden.

### 3. Tweede verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden om extern advies te vragen

In afwachting van het advies van een externe deskundige (stap 4) kan de termijn voor onvrijwillige zorg eenmalig met 3 maanden worden verlengd. Bij deze tweede verlenging is alleen de zorgverantwoordelijke betrokken.

De maximale periode waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast, zonder deze expliciet te verlengen, is drie maanden.

### 4. Derde verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden

Bij de derde verlenging zijn de zorgverantwoordelijke, deskundige van een andere discipline, een deskundige die niet bij de zorg betrokken is, de Wzd-functionaris, eventueel een arts en een externe deskundige betrokken. De externe deskundige heeft de rol van adviseur van de zorgverantwoordelijke. De maximale periode waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast, zonder deze expliciet te verlengen, is zes maanden.

### 5. Vierde en iedere volgende verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden

Bij de vierde en iedere volgende verlenging zijn de zorgverantwoordelijke, deskundige van een andere discipline, een deskundige die niet bij de zorg betrokken is, de Wzd-functionaris en eventueel een arts betrokken.

De maximale periode waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast, zonder deze expliciet te verlengen, is zes maanden.

Op de volgende pagina wordt het stappenplan schematisch getoond (figuur 1<sup>9,10</sup>).

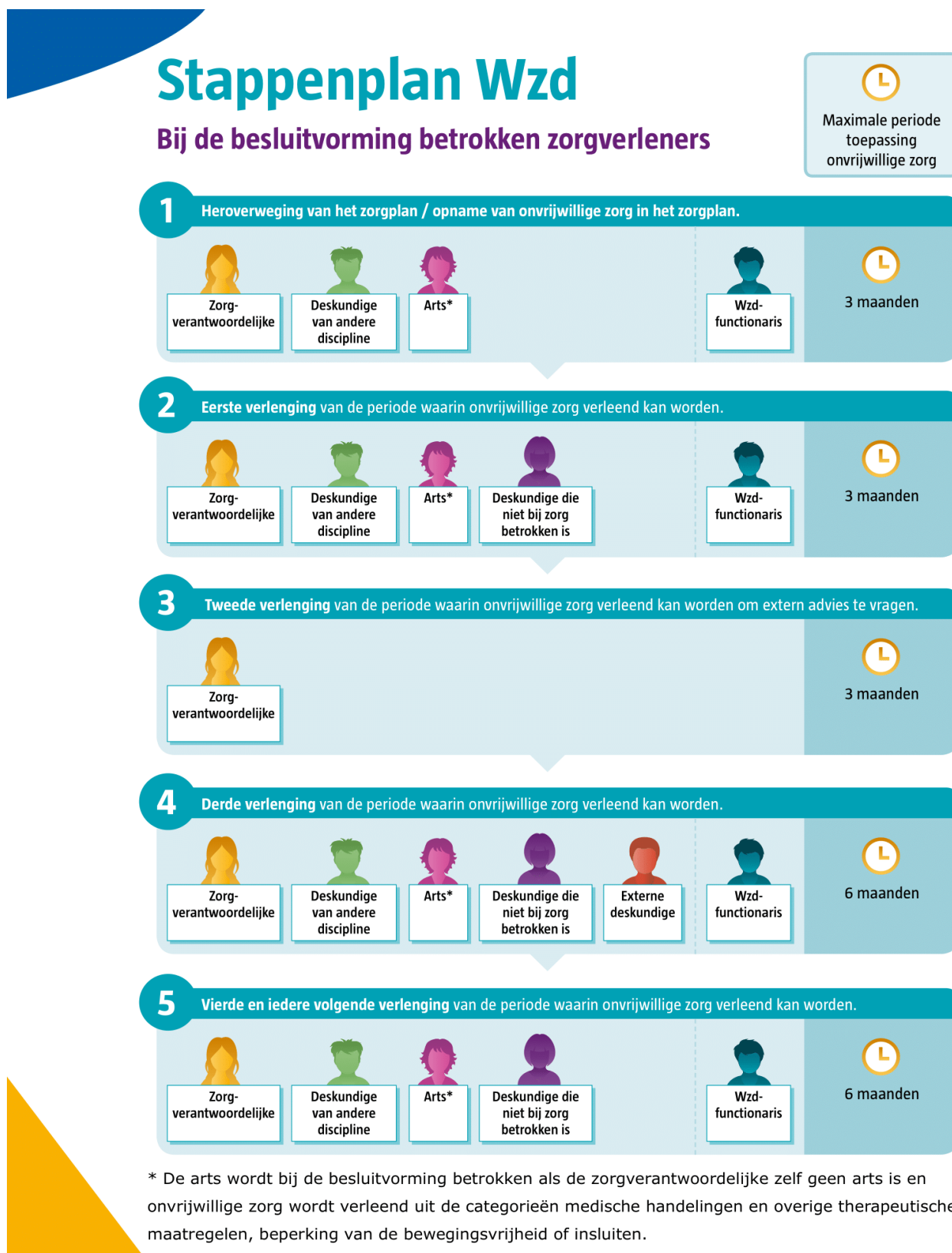
<sup>7</sup> [Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2021 - BR/REG-21117a](#)

<sup>8</sup> <https://www.dwanginezorg.nl/wzd/over/rol-van-zorgverleners>

<sup>9</sup> <https://www.dwanginezorg.nl/wzd/over/onvrijwillige-zorg/stappenplan>

<sup>10</sup> <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/stappenplan-wet-zorg-en-dwang.pdf>

Figuur 1: Stappenplan Wzd (Dwang in de zorg, 2020)



In de data-uitvraag is gevraagd naar de inzet van de betrokkenen in minuten per cliënt per stap. Ook is gevraagd welke professional met eventuele specialisatie deze rol vervulde.



## 2.3 Deskundigen

In het stappenplan komen een aantal deskundigen en functionarissen aan bod. Zo zijn er o.a. een zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris en een extern deskundige. Wie deze rollen mogen vervullen, verschilt. Bepaalde rollen kunnen door diverse zorgprofessionals vervuld worden en andere door slechts enkele typen zorgprofessionals.

Hieronder worden de betrokken deskundigen en hun rol beschreven<sup>11</sup>:

- Zorgverantwoordelijke

De zorgaanbieder moet voor iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. Zijn (of haar) taak is het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. De zorgverantwoordelijk overlegt met de cliënt en zijn vertegenwoordiger over het zorgplan. Verder richt de zorgverantwoordelijke een dossier voor de cliënt in.

De zorgverantwoordelijke heeft de rol van beslisser. Voor die beslissingen moet hij echter wel anderen raadplegen en/of goedkeuring van anderen krijgen.

Daarnaast is er door beroepsverenigingen (NVAVG, Verenso, NIP, NVO, V&VN, NWG en BPSW) en de brancheorganisaties uit de sectoren waar de zorgverantwoordelijke werkzaam is (ActiZ, Zorgthuisnl en VGN) een profiel van de zorgverantwoordelijke beschreven<sup>12</sup>.

- Deskundige van andere discipline

Bij beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke overleggen met een deskundige van een andere discipline dan de zijne. Wie dat is laat de wet open.

De deskundige van een andere discipline heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. Hij moet betrokken worden bij ieder besluit tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij ieder besluit tot verlenging van de termijn waarin die onvrijwillige zorg verleend kan worden.

- Wzd-functionaris

De zorgverantwoordelijke moet een zorgplan waarin hij onvrijwillige zorg wil opnemen ter beoordeling voorleggen aan de Wzd-functionaris.

De Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen. Is dit zijns inziens niet het geval, dan moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan wijzigen.

De Wzd-functionaris toetst het zorgplan niet alleen als de zorgverantwoordelijke opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan noodzakelijk vindt, maar ook bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

De Wzd-functionaris moet onafhankelijk zijn van de zorgorganisatie. Hij kan dus geen lid zijn van raad van bestuur van de organisatie waar hij als Wzd-functionaris werkzaam is.

Daarnaast is er door NVAVG, Verenso, NIP en NVO en door ActiZ, Zorgthuisnl en VGN een profiel van de Wzd-functionaris beschreven<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/over/rol-van-zorgverleners>

<sup>12</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/profiel-zorgverantwoordelijke>

<sup>13</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/profiel-wzd-functionaris>

- Arts

Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, kan hij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als een bij de zorg betrokken arts daarmee heeft ingestemd. Dit gaat om:

- medisch of therapeutisch handelen
- beperking van de bewegingsvrijheid
- insluiting

Deze instemming moet ook gevraagd worden bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend.

- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is

Deze deskundige heeft alleen een rol bij beslissingen over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend. Van hem wordt de frisse blik van een buitenstaander verwacht, die wellicht leidt tot nieuwe inzichten waardoor onvrijwillige zorg niet meer nodig is.

Deze deskundige heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. De wet stelt als enige eis dat het om een deskundige gaat die niet bij de zorgverlening aan de cliënt is betrokken. Het mag dus iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke.

- Extern deskundige

Een externe deskundige moet betrokken worden als de onvrijwillige zorg voor de tweede keer wordt verlengd. Deze personen kunnen als externe deskundige optreden:

- In de gehandicaptenzorg: een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog, een orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige.
- In de ouderenzorg: een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog of een verpleegkundige.

De externe deskundige heeft de rol van adviseur van de zorgverantwoordelijke.

### **3 Onderzoeksopzet**

Het onderzoek richt zich op de kosten van de invoering van de Wzd en de kosten van de uitvoering van de Wzd in vergelijking met de Wet Bopz. Samen met de betrokken branchepartijen ActiZ, VGN en ZorgthuisNL heeft de NZa een plan van aanpak en vragenlijst opgesteld. Doel hierbij was om de financiële consequenties in kaart te brengen, zodat deze voor de bekostiging in beleidsjaar 2021 konden worden meegenomen.

De uitbraak van het SARS-CoV-2 virus in het eerste kwartaal van 2020 heeft ertoe geleid dat de planning is gewijzigd. De NZa besloot zorgaanbieders niet in maart 2020, te midden van de eerste golf van de coronapandemie, te belasten met een data-uitvraag, maar dit later in het jaar te doen. De NZa heeft – ten einde het onderzoek op koers te houden – in de maanden juni en juli 2020 kwalitatieve sessies georganiseerd met de drie betrokken branchepartijen en de reeds voor het kwantitatieve onderzoek geselecteerde zorgaanbieders. Op deze manier kon de NZa eerste bevindingen, knelpunten en voorspellers van onvrijwillige zorg achterhalen. Naar aanleiding van deze bevindingen is de data-uitvraag aangepast en nogmaals afgestemd met de betrokken branchepartijen.

Na interne en externe consultatie is de data-uitvraag in oktober 2020 uitgezet bij 64 zorgaanbieders. Ondanks dat nog steeds sprake was van de coronapandemie, heeft de NZa de data-uitvraag uitgezet. Hierbij is gepoogd de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. De NZa streeft er naar zorgaanbieders duidelijkheid te kunnen geven over de maximumtarieven voor het jaar 2022. Deze maximumtarieven 2022 worden op 1 juli 2021 bekend gemaakt. We hebben rekening gehouden met de omstandigheden waarin zorgaanbieders zich bevonden door zorgaanbieders een zeer ruime aanlevertijd te verlenen. Ook is er maatwerk geleverd aan zorgaanbieders, die aangaven beperkt extra tijd nodig te hebben.

Uiterlijk 16 december 2020 hebben de deelnemende zorgaanbieders hun data aangeleverd.

#### **3.1 Onderzoekspopulatie**

De data-uitvraag is uitgezet bij 64 zorgaanbieders. Dit betroffen leden van de betrokken brancheorganisaties ActiZ, VGN en ZorgthuisNL. Hiervan betroffen 25 zorgaanbieders leden van brancheorganisatie ActiZ, 29 leden van VGN en 10 leden van ZorgthuisNL. Deze zorgaanbieders zijn door de brancheorganisaties voorgedragen als organisaties, die de Wzd uitvoeren en/of geïmplementeerd hebben. Wij hebben data ontvangen van 32 zorgaanbieders. Voor de andere 32 zorgaanbieders was het niet mogelijk om gegevens aan te leveren in verband met de tweede golf van de COVID-19 pandemie. Ook gaven zorgaanbieders aan dat de implementatie van de Wzd binnen hun organisatie nog niet volledig afgerond was en dat ze de gevraagde gegevens (nog) niet uit hun ECD (elektrisch cliëntendossier) konden halen.

#### **3.2 Data-uitvraag**

In de data-uitvraag zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens uitgevraagd.

In het onderdeel 'Kwalitatieve vragen' zijn zorgaanbieders gevraagd naar hun NAW-gegevens, maar ook naar de inrichting van de Wzd binnen hun organisatie. Bijvoorbeeld: Hoe starten zorgaanbieders een Wzd-stappenplan op en hoe vinden de evaluatiemomenten plaats? Welke onvrijwillige zorgmaatregelen worden relatief vaak ingezet en huurt u extra functionarissen in? Daarnaast hebben we gevraagd naar de eenmalige en structurele ICT- en opleidingskosten voor de in- en uitvoering van de Wzd.

In het onderdeel 'Gegevens' hebben we zorgaanbieders verzocht het aantal cliënten per zorgprofiel/leveringsvorm aan te geven en daarvan het aandeel cliënten met gedragsproblematiek en waarvoor het Wzd-stappenplan gevolgd wordt. We hebben het aandeel cliënten met gedragsproblematiek uitgevraagd, omdat in de kwalitatieve sessies van juni-juli 2020 gedragsproblematiek als een belangrijke voorspeller voor de inzet van het Wzd-stappenplan werd genoemd.

We hebben gevraagd naar gegevens over cliënten met een vv, vg, lg of lvg zorgprofiel (Wlz) en/of cliënten met Wijkverpleging (Zvw). Ook hebben we gevraagd naar het aantal cliënten waarvoor één of meerdere mpt-prestaties worden gedeclareerd. De extramurale setting (mpt en wijkverpleging Zvw) is expliciet uitgevraagd, omdat de Wzd ook geldt voor deze setting en de regelgeving van de NZa ook voor deze setting van toepassing is.

In het onderdeel 'Aantal maatregelen' dienden zorgaanbieders per zorgprofiel/leveringsvorm aan te geven wat het totaal gemiddeld aantal maatregelen is, waarvoor het Wzd-stappenplan wordt gevolgd. Voorbeeld: een zorgaanbieder heeft in totaal tien cliënten die een zzp vv-4/vpt vv-4 afnemen, waarvoor ten minste één onvrijwillige zorgmaatregel wordt toegepast. Gemiddeld past de zorgaanbieder bij deze cliënten twee maatregelen toe per cliënt. In totaal past hij bij de cliënten die een zzp vv-4/vpt vv-4 afnemen  $10 \times 2 = 20$  maatregelen toe.

In het onderdeel 'Duur maatregelen' zijn zorgaanbieders verzocht om per zorgprofiel/leveringsvorm in te vullen hoeveel procent van de maatregelen, waarvoor men het Wzd-stappenplan volgt, verwacht dat in totaal 0-3 maanden, 3-6 maanden, 6-9 maanden, 9-15 maanden of langer dan 15 maanden zal duren. Zorgaanbieders zijn daarbij expliciet gevraagd om bij het invullen van deze velden een zo betrouwbaar mogelijke inschatting te maken van de duur van de maatregelen, zeker omdat in veel gevallen nog niet het volledige stappenplan doorlopen zou kunnen zijn op het moment van uitvraag door de NZa.

In het onderdeel 'Type maatregelen' dienden zorgaanbieders per zorgprofiel/leveringsvorm in te vullen wat bij benadering het aandeel (in %) is van het type maatregel. Het betreft de typen onvrijwillige zorgmaatregelen, zoals door de Wzd genoemd:

- A. Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- B. Beperken van de bewegingsvrijheid;
- C. Insluiten;
- D. Uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- E. Onderzoek aan kleding of lichaam;
- F. Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerp;
- G. Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- H. Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- I. Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

In het onderdeel 'Personeelsinzet' hebben we zorgaanbieders naar de tijdsinzet in minuten per Wzd-maatregel per betrokkene per stap per zorgprofiel/leveringsvorm gevraagd. De voorbereidingstijd, overlegtijd van de Wzd-maatregel, administratietijd, reistijd en overige tijd is uitgevraagd. En ook de informatie over de functies en de specialisaties van de betrokkenen.

In het onderdeel 'BOPZ' dienden zorgaanbieders in te vullen of er in het jaar 2019 voor cliënten de Wet Bopz van toepassing was. Zo ja, dan vroegen we naar het aantal cliënten in 2019 en voor hoeveel cliënten de Wet Bopz van toepassing was. Verder is de tijdsinzet in minuten per betrokkene per jaar opgegeven door zorgaanbieders. Hier werd gevraagd naar de voorbereidingstijd, overlegtijd, administratietijd, reistijd en overige tijd.

In het onderdeel 'Medische verklaring SO/AVG' (Specialist Ouderengeneeskunde / Arts Verstandelijk Gehandicapten) hebben wij naar de tijdsbesteding in minuten rondom de medische verklaring en het verschijnen ter zitting gevraagd. Hieronder zijn de componenten voorbereidingstijd, directe contacttijd, administratietijd, reistijd en overige tijd opgenomen.

Naast deze concrete data konden zorgaanbieders algemene opmerkingen kwijt en hebben wij inzicht gekregen in hoeveel tijd de deskundigen bezig zijn geweest met het invullen van de data-uitvraag.

### 3.3 Data-selectie

Niet alle 32 aangeleverde bestanden waren bruikbaar voor analyse. Een aantal bestanden was namelijk niet volledig ingevuld.

Er is een analyse gemaakt van de kwaliteit van de aangeleverde data en op basis daarvan is een data-selectie gedaan. Dit leidde tot het volgende overzicht:

<b>Tabblad data-uitvraag</b>	<b>Aantal bruikbare bestanden</b>
Onderdeel Kwalitatieve vragen	27
Onderdeel Gegevens	22
Onderdeel Aantal maatregelen	20
Onderdeel Duur maatregelen	13
Onderdeel Type maatregelen	17
Onderdeel Personeelsinzet	15
Onderdeel BOPZ Aantallen cliënten	13
Onderdeel BOPZ Tijdsbesteding	14
Onderdeel Medische verklaring SO/AVG	20

#### 3.3.1 Toevoegen ZG-profiel

De Wzd kan ook van toepassing zijn op cliënten met een indicatie ZG-vis of ZG-aud, mits in combinatie met een vastgestelde verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Het Wzd-stappenplan wordt ook gevolgd bij cliënten met een indicatie ZG-vis (zintuigelijk gehandicapt visueel) of ZG-aud (zintuigelijk gehandicapt auditief). Dit onderdeel was in verband met het ontbreken van informatie hierover niet meegenomen in de data-uitvraag. Hieronder geven we aan hoe we de informatie over de cliënten met een ZG-zorgprofiel hebben toegevoegd aan de onderzoeksresultaten.

Cliënten met enkel ZG-problematiek doen in het algemeen geen beroep op de Wlz en komen er ook niet voor in aanmerking. Dat betekent dat er bij een Wlz-indicatie altijd sprake is van complexe, meervoudige problematiek. Dit kan een auditieve of visuele beperking zijn in samenhang met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Als er naast de ZG-indicatie een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening is vastgesteld, kan de Wzd van toepassing zijn.

De betrokken branchepartijen en zorgaanbieders hebben aangegeven dat een instelling, die zorg levert aan ZG-clieënten, gezien kan worden als een VG-instelling gespecialiseerd in ZG-problematiek en dat hiermee tot resultaten kan worden gekomen voor dit specifieke onderzoek.

Op basis van deze informatie hebben we de inzet van Wzd in de VG-reeks 'geprojecteerd op'/gelijkgesteld aan de ZG-reeks. Hiervoor hebben we gekeken naar het aantal cliënten in de VG-reeks en voor hoeveel cliënten het Wzd-stappenplan wordt ingezet. Deze verhouding is vervolgens toegepast op het aantal cliënten in de ZG-reeks. Op basis daarvan is berekend voor hoeveel ZG-clieënten het Wzd-stappenplan wordt gevolgd. De implicaties hiervan zijn in het hoofdstuk Resultaten verder uitgewerkt.

### 3.4 Data-analyse

#### 3.4.1 Jaarlijkse macro kosten uitvoering Wzd

##### 3.4.1.1 Kosten per stap uit het Wzd-stappenplan

Op basis van de aangeleverde data zijn eerst de kosten per stap uit het Wzd-stappenplan bepaald. Dit is gedaan voor elke geïncludeerde sector/leveringsvorm (vv, ghz, mpt, wijk). Iedere stap uit het Wzd stappenplan vraagt om een andere inzet van betrokkenen, waardoor de kosten per stap kunnen verschillen. Zo zijn er bij de eerste en de vierde stap meer functionarissen betrokken dan in de tweede en derde stap. De kosten van 'nieuwe' en extra functionarissen, zoals de Wzd-functionaris en extern deskundige zijn hiermee integraal meegenomen. Omdat het volgen van het stappenplan beoogt de inzet van onvrijwillige zorg te voorkomen of zo kort mogelijk te laten duren, wordt niet elke onvrijwillige

zorgmaatregel (OVZM) in een tweede, derde of een nog latere stap geëvalueerd. Latere stappen komen daarom logischerwijs ook minder frequent voor dan de eerste stappen.

We hebben de kosten per stap uit het Wzd-stappenplan bepaald, omdat per cliënt één of meerdere stappen uit het stappenplan doorlopen kunnen worden. Met de opgave hoe vaak een bepaalde stap uit het stappenplan zal worden toegepast en de daarbij opgegeven tijdsinzet en gemiddeld uurloon van de betrokken professional(s) is de rekensom te maken van de totale inzet van onvrijwillige zorg en is berekend wat de personele uitvoeringskosten zijn van de Wzd.

De kosten per stap uit het stappenplan zijn als volgt berekend:

Kosten stap 1 =  $\sum$  (gemiddelde tijdsinzet voor stap 1 (in uren) professional x \* gemiddeld uurloon professional x)

Kosten stap 2 =  $\sum$  (gemiddelde tijdsinzet voor stap 2 (in uren) professional x \* gemiddeld uurloon professional x)

Enz.

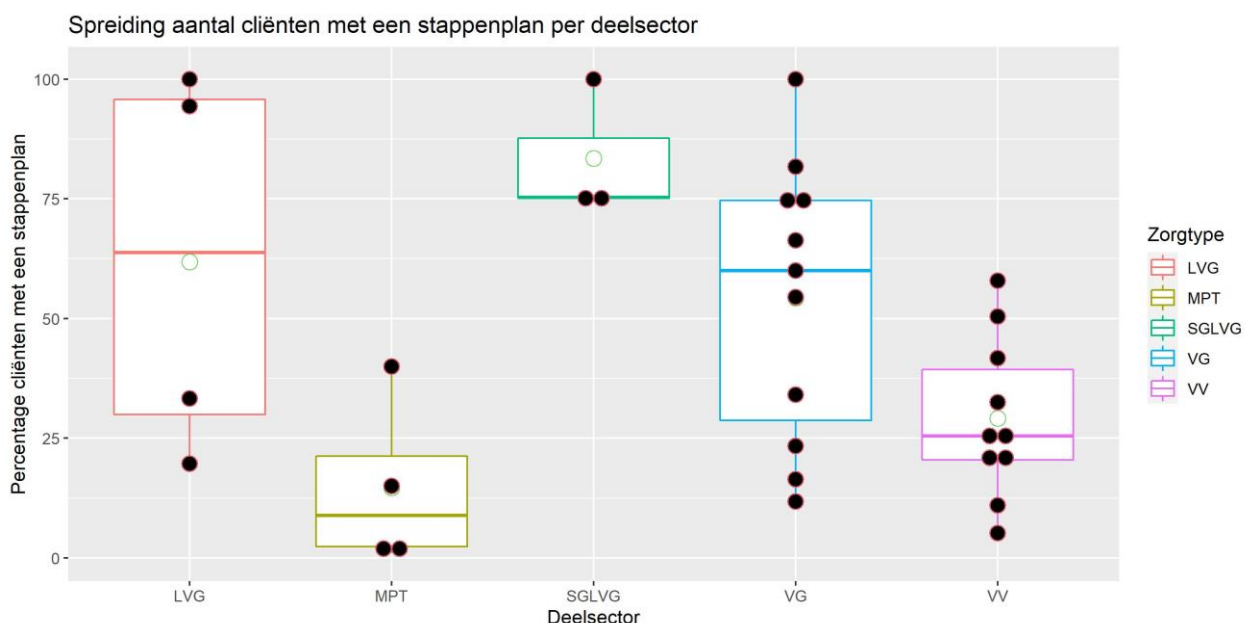
Om deze berekeningen te maken, hebben we gebruik gemaakt van de gegevens die zijn aangeleverd over de tijdsinzet van bepaalde professionals voor het doorlopen van een stap uit het Wzd-stappenplan. Op basis hiervan is voor elke cliënt met een bepaald zorgprofiel (bijvoorbeeld vv-4 of vg-7) de gemiddelde tijdsinzet per maatregel van iedere betrokken professional (bijvoorbeeld verpleegkundige, SO of AVG) bepaald.

Voor het bepalen van de kostprijs hebben we het gemiddeld uurloon van een professional bepaald op basis van normgegevens, gebaseerd op de FWG-schaal voor deze functionaris. Wij hebben hiervoor de normgegevens gebruikt die brancheorganisatie ActiZ hiervoor heeft aangeleverd. In onze data-uitvraag hebben we echter ook functies en/of specialisaties uitgevraagd, waarvan ActiZ geen normgegevens beschikbaar had. In dat geval hebben we gekeken naar de inschaling van deze functies en op basis hiervan een uurloon toebedeeld. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de functionarissen en gehanteerde FWG-schaal.

#### **3.4.1.2 Aantal onvrijwillige zorg maatregelen (OVZM) op basis van het aantal cliënten per zorgprofiel en per leveringsvorm**

Na het bepalen van de kosten per stap per OVZM (P), is bepaald hoe vaak de stappen uit het stappenplan per jaar moeten worden doorlopen (Q). Daarvoor hebben we bij de deelnemende zorgaanbieders uitgevraagd bij hoeveel cliënten per zorgprofiel/leveringsvorm ten minste één OVZM wordt ingezet. Ook is gevraagd aan hoeveel cliënten per zorgprofiel/leveringsvorm deze zorgaanbieders zorg leveren. Daarmee kunnen we per zorgprofiel/leveringsvorm het aandeel (in %) cliënten bepalen bij wie ten minste één OVZM wordt ingezet en voor wie ten minste één stap uit het stappenplan moet worden doorlopen. Op basis hiervan konden we een gemiddeld aandeel bepalen.

Op deze verkregen statistieken hebben we boxplot-analyses (figuur 1) uitgevoerd om te bepalen of de aangeleverde data betrouwbaar zijn.



**Figuur 1: Spreiding aantal cliënten met een stappenplan per deelsector**

We constateren dat er in sommige deelsectoren een behoorlijke spreiding is in het aantal cliënten, waarvoor het stappenplan doorlopen moet worden. Deze spreiding is geen aanleiding geweest om op voorhand bepaalde data te excluseren.

Het gewogen gemiddelde aandeel (%) cliënten voor wie één of meerdere stappen worden doorlopen, vermenigvuldigd met het totaal aantal cliënten uit de onderzoekspopulatie, geeft per zorgprofiel/leveringsvorm aan voor hoeveel cliënten in de totale cliëntenpopulatie één of meerdere stappen uit het stappenplan moet worden doorlopen. Verder hebben we gevraagd hoeveel onvrijwillige zorgmaatregelen gemiddeld per cliënt met een bepaald zorgprofiel/leveringsvorm worden ingezet. Door dit te vermenigvuldigen met het totaal aantal cliënten voor wie één of meerdere stappen uit het stappenplan moet worden doorlopen, bepalen we voor hoeveel maatregelen het stappenplan moet worden doorlopen.

Ook de duur van de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen is uitgevraagd. Dit hebben we gedaan, omdat de duur van de maatregel bepaalt hoeveel stappen uit het stappenplan moeten worden doorlopen. Voor een maatregel die een week wordt ingezet, wordt alleen stap 1 doorlopen. Voor een maatregel die langer dan een jaar wordt opgelegd, worden stap 1 tot en met 4 doorlopen. Wij hebben zorgaanbieders gevraagd in te schatten hoe lang een maatregel gemiddeld wordt ingezet en aan te geven welk aandeel van de maatregelen 0-3 maanden duurt (en waarvoor alleen stap 1 moet worden gevolgd), 3-6 maanden duurt (en waarvoor stap 1 en stap 2 moeten worden gevolgd), 6-9 maanden duurt (en waarvoor alleen stap 1 t/m 3 moeten worden gevolgd), enzovoort. Op basis van het totaal aantal cliënten van een zorgaanbieder konden we bepalen voor hoeveel cliënten het stappenplan moet worden ingezet en daarna voor hoeveel maatregelen het stappenplan moet worden ingezet. We konden bepalen voor welk aandeel van het totaal aantal maatregelen, waarvoor het stappenplan moet worden doorlopen, de eerste stap, de eerste en de tweede stap, stap 1 t/m 3, enzovoort, moet(en) worden gevolgd. De kosten per maatregel van een bepaalde duur konden we als volgt bepalen:

Kosten maatregel 0-3 maanden =	Kosten stap 1
Kosten maatregel 3-6 maanden =	Kosten stap 1 + Kosten stap 2
Kosten maatregel 6-9 maanden =	Kosten stap 1 + Kosten stap 2 + Kosten stap 3
Kosten maatregel 9-15 maanden =	Kosten stap 1 + Kosten 2 + Kosten 3 + Kosten stap 4
Kosten maatregel >15 maanden =	Kosten stap 1 + Kosten stap 2 + Kosten stap 3 + Kosten stap 4 + Kosten stap5

### 3.4.1.3 Berekening jaarlijkse macrokosten uitvoering Wzd stappenplan

Op basis van voorgaande berekeningen kunnen we de jaarlijkse macro meerkosten van het uitvoeren van het Wzd-stappenplan bepalen op basis van het aantal cliënten met een bepaald zorgprofiel. Hieronder is dit grafisch weergegeven:



In hoofdstuk 4 worden de resultaten hiervan weergegeven.

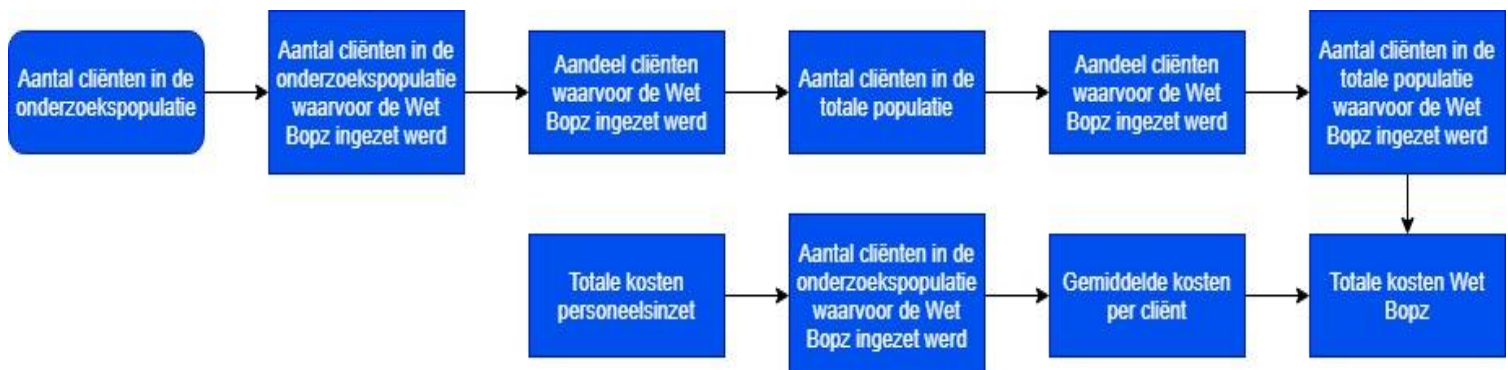
### 3.4.2 Jaarlijkse macrokosten uitvoering Wet Bopz

In de enquête werd, uitgesplitst naar de verschillende zorgprofielen/leveringsvorm, gevraagd naar het totale aantal cliënten in de instelling, en op welk deel daarvan een maatregel op grond van de Wet Bopz van toepassing was. Het totaal aantal cliënten in Nederland waarvoor zo'n Bopz-maatregel van toepassing was, is berekend door het gemiddelde percentage van de onderzoekspopulatie af te zetten tegen het totaal aantal cliënten in Nederland.

Vervolgens is een berekening gemaakt van de gemiddelde kosten van een Bopz-maatregel. Om deze berekening te maken hebben we, net als bij de berekening van de kosten per Wzd-maatregel, gebruik gemaakt van de gegevens die in de steekproef zijn aangeleverd over de tijdsinzet van bepaalde professionals bij de inzet van een Bopz/Wgbo-maatregel. Op basis hiervan is voor iedere maatregel de gemiddelde tijdsinzet per betrokken professional (bijvoorbeeld verpleegkundige, SO, AVG) bepaald en dit vervolgens vermenigvuldigd met het aantal cliënten met een maatregel. Voor het bepalen van de kosten hebben we het gemiddeld uurloon van een professional bepaald op basis van normgegevens. De gemiddelde kosten per maatregel zijn uiteindelijk bepaald door het totaalbedrag van de personeelsinzet te delen door het aantal cliënten in de onderzoekspopulatie.

De totale kosten van de Wet Bopz worden berekend door het totaal aantal cliënten met een Bopz-maatregel te vermenigvuldigen met de gemiddelde kosten voor de personeelsinzet bij een cliënt met een Bopz-maatregel.

Hieronder is dit grafisch weergegeven:





### **3.4.3 Jaarlijkse macro meerkosten uitvoering Wzd**

Het primaire doel van het onderzoek is om te bepalen wat de meerkosten zijn van de uitvoering van de Wzd ten opzichte van de kosten die reeds voor de invoering werden gemaakt in het kader van de uitvoering van de Wet Bopz. De macromeerkosten voor de uitvoering van de Wzd zijn daarom als volgt gedefinieerd:

Macro meerkosten uitvoering Wzd (per jaar) = Macro kosten uitvoering Wzd (per jaar) – Macro kosten uitvoering Wet Bopz (per jaar).

### **3.5 Validatiesessies**

De (tussentijdse) resultaten van het onderzoek zijn voorgelegd aan een brede groep betrokken partijen tijdens verschillende validatiesessies. In totaal hebben dertien zorgaanbieders, vier branchepartijen (ActiZ, VGN, ZorgthuisNL en VIVIS), twee beroepsverenigingen (Verenso en NVAVG) en zorgverzekeraars/ZN in februari en maart 2021 samen met de NZa de resultaten besproken en bediscussieerd tijdens validatiesessies. De (tussentijdse) resultaten konden zodoende worden getoetst op herkenbaarheid en juistheid. De validatiesessies hebben een brede aanvaarding van de resultaten van dit onderzoek en concrete aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek opgeleverd. Wel zijn de validatiesessies aanleiding geweest om de percentages van de cliënten waarvoor de Wet Bopz van toepassing was, nog eens tegen het licht te houden. Zodoende is de rekenmethode aangepast en is in het onderzoek een realistischer aandeel cliënten waarvoor de Wet Bopz van toepassing was gehanteerd.

## 4 Resultaten

### 4.1 Kosten personeelsinzet Wzd

De zorgaanbieders die voor dit onderzoek gegevens hebben aangeleverd, leveren gezamenlijk zorg aan 50.619 cliënten. Voor 9.451 cliënten volgen zij het Wzd-stappenplan. In onderstaande tabel is dit gespecificeerd weergegeven naar de verschillende Wlz zorgprofielen en leveringsvormen en de wijkverpleging opgenomen. Op basis van de data kon bepaald worden voor welk percentage cliënten het Wzd-stappenplan gevolgd wordt.

Prestaties	Aantal cliënten onderzoekspopulatie	Cliënten waarvoor het Wzd- stappenplan gevolgd wordt	
		Aantal	Percentage (%)
zzp 4-vv en vpt 4-vv	1.409	66	4,7
zzp 5-vv en vpt 5-vv	4.185	1.164	27,8
zzp 7-vv en vpt 7-vv	1.030	464	45,0
zzp lg-1 en vpt lg-1	2	0	0,0
zzp lg-2 en vpt lg-2	44	0	0,0
zzp lg-3 en vpt lg-3	13	1	4,6
zzp lg-4 en vpt lg-4	154	6	4,0
zzp lg-5 en vpt lg-5	38	1	2,8
zzp lg-6 en vpt lg-6	151	13	8,3
zzp lg-7 en vpt lg-7	137	12	8,9
zzp lvg-1 en vpt lvg-1	2	0	0,0
zzp lvg-2 en vpt lvg-2	45	21	47,8
zzp lvg-3 en vpt lvg-3	126	53	42,1
zzp lvg-4 en vpt lvg-4	34	17	49,7
zzp lvg-5 en vpt lvg-5	1	1	100,0
zzp sglvg-1 en vpt sglvg-1	223	174	78,0
zzp vg-1 en vpt vg-1	26	0	0,0
zzp vg-2 en vpt vg-2	196	0	0,0
zzp vg-3 en vpt vg-3	2.192	230	10,5
zzp vg-4 en vpt vg-4	1.593	385	24,2
zzp vg-5 en vpt vg-5	1.715	801	46,7
zzp vg-6 en vpt vg-6	2.996	1.329	44,4
zzp vg-7 en vpt vg-7	3.958	2.842	71,8
zzp vg-8 en vpt vg-8	1.161	594	51,2
zzp zg-aud en vpt zg-aud*	0*	361	41,6
zzp zg-vis en vpt zg-vis*	0*	506	40,7
Mpt (Eén of meerdere prestaties)	7.566	410	5,4
Wijkverpleging	21.622	0	0,0
Totaal	50.619	9.451	

\* zie paragraaf 3.3.1

Na analyse van de algemene gegevens, het aantal maatregelen, de duur van de maatregelen en de personeelsinzet per cliënt per Wzd-maatregel, konden we berekenen wat de gemiddelde kosten per cliënt zijn om de Wzd uit te voeren.

Prestaties	Gemiddelde kosten per maatregel per cliënt (€)	Gemiddeld aantal maatregelen per cliënt	Gemiddelde kosten per cliënt (€)
zzp 4-vv en vpt 4-vv	719,51	1,32	949,71
zzp 5-vv en vpt 5-vv	852,74	1,42	1.206,90
zzp 7-vv en vpt 7-vv	953,32	1,58	1.502,69
zzp lg-1 en vpt lg-1	0	0	0
zzp lg-2 en vpt lg-2	0	0	0
zzp lg-3 en vpt lg-3	1601,66	1,67	2.669,43
zzp lg-4 en vpt lg-4	1601,66	0,98	1.562,60
zzp lg-5 en vpt lg-5	1601,66	2,86	4.576,17
zzp lg-6 en vpt lg-6	1601,66	1,75	2.807,69
zzp lg-7 en vpt lg-7	1601,66	1,40	2.241,01
zzp lvg-1 en vpt lvg-1	0	0	0
zzp lvg-2 en vpt lvg-2	1.400,56	1,02	1.433,20
zzp lvg-3 en vpt lvg-3	1.613,28	2,34	3.767,36
zzp lvg-4 en vpt lvg-4	1.621,68	3,02	4.896,74
zzp lvg-5 en vpt lvg-5	0*	0	0
zzp sglvg-1 en vpt sglvg-1	1.627,55	5,75	9.352,57
zzp vg-1 en vpt vg-1	0	0	0
zzp vg-2 en vpt vg-2	0	0	0
zzp vg-3 en vpt vg-3	1.345,23	2,01	2.699,11
zzp vg-4 en vpt vg-4	1.317,71	1,57	2.062,61
zzp vg-5 en vpt vg-5	1.361,74	2,39	3.261,35
zzp vg-6 en vpt vg-6	1.427,36	2,32	3.316,02
zzp vg-7 en vpt vg-7	1.478,00	2,69	3.981,56
zzp vg-8 en vpt vg-8	1.414,09	1,68	2.381,24
zzp zg-aud en vpt zg-aud	1422,97	2,33	3.317,53
zzp zg-vis en vpt zg-vis	1422,97	2,33	3.317,53
Mpt (Eén of meerdere prestaties)	1.423,81	1,98	2.822,67
Wijkverpleging	0	0	0

Vervolgens is berekend wat de geraamde kosten zijn voor de onderzoekspopulatie. Op basis van de Vektis-declaratiecijfers 2019 zijn de kosten geëxtrapoleerd voor de gehele Wlz-populatie in de hieronder weergegeven Wlz-zorgprofielen en leveringsvormen, en de wijkverpleging.

Prestaties	Aantal cliënten totale populatie	Cliënten waarvoor het Wzd-stappenplan gevolgd wordt (%)	Cliënten waarvoor het Wzd-stappenplan gevolgd wordt (n)	Gemiddelde kosten per cliënt (€)	Totale geraamde kosten Wzd per reeks (€)
zzp 4-vv en vpt 4-vv	25.431	4,7	1.183	949,71	1.123.301
zzp 5-vv en vpt 5-vv	62.953	27,8	17.516	1.206,90	21.139.591
zzp 7-vv en vpt 7-vv	10.946	45,0	4.927	1.502,69	7.403.080
zzp lg-1 en vpt lg-1	102	0,0	0	0	0
zzp lg-2 en vpt lg-2	81	0,0	0	0	0
zzp lg-3 en vpt lg-3	299	4,6	14	2.669,43	36.838
zzp lg-4 en vpt lg-4	2.552	4,0	102	1.562,60	159.251
zzp lg-5 en vpt lg-5	567	2,8	16	4.576,17	71.695
zzp lg-6 en vpt lg-6	3.271	8,3	272	2.807,69	763.302
zzp lg-7 en vpt lg-7	1.056	8,9	94	2.241,01	209.876
zzp lvg-1 en vpt lvg-1	NA	0,0	0	0	0
zzp lvg-2 en vpt lvg-2	318	47,8	152	1.433,20	217.740
zzp lvg-3 en vpt lvg-3	723	42,1	305	3.767,36	1.147.887
zzp lvg-4 en vpt lvg-4	210	49,7	104	4.896,74	510.830
zzp lvg-5 en vpt lvg-5	20	100	20	0	0
zzp sglvg-1 en vpt sglvg-1	252	78,0	196	9.352,57	1.833.690
zzp vg-1 en vpt vg-1	202	0,0	0	0	0
zzp vg-2 en vpt vg-2	1.389	0,0	0	0	0
zzp vg-3 en vpt vg-3	13.082	10,5	1.374	2.699,11	3.709.131
zzp vg-4 en vpt vg-4	8.399	24,2	2.031	2.062,61	4.189.368
zzp vg-5 en vpt vg-5	8.134	46,7	3.801	3.261,35	12.397.146
zzp vg-6 en vpt vg-6	17.080	44,4	7.579	3.316,02	25.132.074
zzp vg-7 en vpt vg-7	13.722	71,8	9.888	3.981,56	39.369.530
zzp vg-8 en vpt vg-8	5.316	51,2	2.719	2.381,24	6.474.860
zzp zg-aud en vpt zg-aud	866	41,6	361	3.317,53	1.196.334
zzp zg-vis en vpt zg-vis	1.244	40,7	506	3.317,53	1.677.939
Mpt (Eén of meerdere prestaties)	32.351	5,4	1.752	2.822,67	4.945.868
Wijkverpleging	586.509	0,0	0	0	0
Totaal	797.075		54.912		133.709.333

In totaal bedragen de geraamde kosten voor de personeelsinzet van de Wzd in de Wlz € 133,7 miljoen euro per jaar.

## 4.2 Kosten personeelsinzet Wet Bopz

Om de meerkosten te berekenen, hebben we ook uitgevraagd op hoeveel cliënten de Wet Bopz van toepassing was en naar de personeelsinzet per jaar per betrokkene in de situatie ten tijde van de Wet Bopz.

Op basis van de aangeleverde data was differentiatie naar zorgprofiel niet mogelijk. De gemiddelde kosten voor een cliënt ten tijde van de Wet Bopz per domein konden wel worden berekend. Deze geraamde kosten bedragen € 755,42 in de Wlz. Voor een uitgebreide toelichting op de berekening verwijzen we u naar paragraaf 3.4.2.

Prestaties	Aantal cliënten onderzoeks-populatie	Aantal cliënten waarvoor de Wet Bopz ingezet werd		Aantal cliënten totale populatie waarvoor de Wet Bopz ingezet werd	Totale geraamde kosten Wet Bopz per reeks (€)
		Aantal	Percentage (%)		
zzp 4-vv en vpt 4-vv	1.409	150	10,7	2.707	2.045.181
zzp 5-vv en vpt 5-vv	4.185	1.401	33,5	21.075	15.920.218
zzp 7-vv en vpt 7-vv	1.030	406	39,4	4.315	3.259.376
zzp lg-1 en vpt lg-1	2	NA	NA	NA	NA
zzp lg-2 en vpt lg-2	44	NA	NA	NA	NA
zzp lg-3 en vpt lg-3	13	NA	NA	NA	NA
zzp lg-4 en vpt lg-4	154	NA	NA	NA	NA
zzp lg-5 en vpt lg-5	38	NA	NA	NA	NA
zzp lg-6 en vpt lg-6	151	NA	NA	NA	NA
zzp lg-7 en vpt lg-7	137	NA	NA	NA	NA
zzp lvg-1 en vpt lvg-1	2	0	0,0	0	0
zzp lvg-2 en vpt lvg-2	45	0	0	0	0
zzp lvg-3 en vpt lvg-3	126	0	0	0	0
zzp lvg-4 en vpt lvg-4	34	5	14,7	31	23.329
zzp lvg-5 en vpt lvg-5	1	0	0,0	0	0
zzp sglvg-1 en vpt sglvg-1	223	170	76,2	192	145.122
zzp vg-1 en vpt vg-1	26	0	0,0	0	0
zzp vg-2 en vpt vg-2	196	0	0,0	0	0
zzp vg-3 en vpt vg-3	2.192	51	2,3	304	0
zzp vg-4 en vpt vg-4	1.593	72	4,5	380	286.772
zzp vg-5 en vpt vg-5	1.715	340	19,8	1.613	1.218.174
zzp vg-6 en vpt vg-6	2.996	302	10,1	1.722	1.300.597
zzp vg-7 en vpt vg-7	3.958	1.482	37,4	5.157	3.895.470
zzp vg-8 en vpt vg-8	1.161	275	23,7	1.259	951.209
zzp zg-aud en vpt zg-aud	0*	0	15,9	137	103.764
zzp zg-vis en vpt zg-vis	0*	0	15,9	197	149.057
Mpt (Eén of meerdere prestaties)	7.566	NA	NA	NA	NA
Wijkverpleging	21.622	0	0	0	0
Totaal	50.619	4.654		39.088	29.298.269

De geraamde kosten voor de personele uitvoering van de Wet Bopz bedroegen zo'n € 29,3 miljoen per jaar in de Wlz. Voor de Wijkverpleging (Zvw) gold de Wet Bopz niet en voor deze cliënten is inderdaad geen personeelsinzet in het kader van de Wet Bopz opgegeven. Wel gold voor 25 van de 12.751 cliënten dat er onvrijwillige zorg werd ingezet op grond van de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo). Op basis van de data konden er echter geen kosten voor deze 'Wgbo-maatregelen' berekend worden.

Omdat er ook geen incidentele en structurele kosten voor de in- en uitvoering van de Wzd in de wijkverpleging Zvw zijn opgegeven, raden we vervolgonderzoek naar deze sector aan. De sector wijkverpleging is door de invoering van de Wzd met een geheel nieuwe situatie geconfronteerd waarvan de implementatie en uitvoering nog onvolledig is. De kosten kunnen daarom aan de hand van dit onderzoek op dit moment nog niet worden bepaald. Om de leesbaarheid te vergroten, zullen we de wijkverpleging Zvw in de rest van de resultaten buiten beschouwing laten.

### 4.3 Meerkosten personeelsinzet Wzd

Op basis van deze gegevens zijn de geraamde macromeerkosten berekend.

Prestaties	Totale kosten Wzd per reeks (€)	Totale kosten Wet Bopz per reeks (€)	Totale geraamde macromeerkosten (€)
Vv (zzp en vpt)	29.665.972	21.224.775	8.441.197
Lg (zzp en vpt)	1.240.962	NA	1.240.962
Lvg (zzp en vpt)	1.876.457	23.329	1.853.129
Sglvg (zzp en vpt)	1.833.690	145.122	1.688.568
Vg (zzp en vpt)	91.272.109	7,652.222	83.619.887
Zg (zzpt en vpt)	2.874.273	252.821	2.621.453
Mpt (Eén of meerdere prestaties)	4.945.868	NA	4.945.868
Totaal	133.709.331	29.298.269	104.411.064

De meerkosten van de personele uitvoering van de Wzd in de Wlz bedragen ruim € 104,4 miljoen per jaar.

Dit is exclusief de opgegeven eenmalige en structurele ICT-kosten en opleidingskosten. Deze kosten komen terug in paragraaf 4.4.

### 4.4 ICT- en opleidingskosten

In de data-uitvraag is gevraagd naar de eenmalige en structurele ICT- en opleidingskosten.

#### 4.4.1 ICT-kosten

25 zorgaanbieders hebben aangegeven dat er aanpassingen zijn gedaan (of nog worden gedaan) aan de ICT-systemen. Hiervan hebben zestien zorgaanbieders aangegeven dat er éénmalige kosten zijn, vijftien daarvan hebben de hoogte van deze kosten kunnen duiden. De overige elf zorgaanbieders hebben aangegeven deze kosten nog niet te kunnen opgeven, omdat nog niet bekend is wat de totale kosten zullen zijn.

Dertien zorgaanbieders hebben aangegeven dat er structurele kosten verbonden zijn aan de invoering van de Wzd, tien daarvan hebben kosten opgegeven. De overige zorgaanbieders kunnen nog geen opgave doen van de kosten.

Om de geraamde structurele en incidentele macrokosten te bepalen, zijn we uitgegaan van de opgegeven kosten en hebben we deze afgezet tegen het totaal aantal opgegeven cliënten van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders die geen kosten hebben opgegeven, zijn buiten de berekeningen gelaten. Het totaal van de eenmalige kosten bedraagt € 141.555,-. Het totaal aantal cliënten van deze zorgaanbieders is 33.711.

Op basis van de data konden we specificeren naar verschillende categorieën. Op basis van extrapolatie van de onderzoekspopulatie naar de totale populatie berekenen we de eenmalige ICT-kosten op ruim € 1,5 miljoen.

<b>Incidentele ICT-kosten</b>	vv (zzp en vpt)	ghz (zzp en vpt)	mpt	totaal
Opgegeven kosten (€)	43.064	63.090	35.401	141.555
Aantal cliënten onderzoekspopulatie	4.316	11.999	6.129	33.711
Aantal cliënten totale populatie	99.330	78.885	32.351	210.566
Kosten (€)	991.100	407.799	186.858	1.585.757

De structurele ICT-kosten zijn op dezelfde manier berekend als de eenmalige ICT-kosten. De structurele ICT-kosten bedragen ruim € 800.000 per jaar.

<b>Structurele ICT-kosten</b>	vv (zzp en vpt)	ghz (zzp en vpt)	mpt	totaal
Opgegeven kosten (€)	10.390	30.742	18.851	59.983
Aantal cliënten onderzoekspopulatie	2.836	6.809	5.270	26.275
Aantal cliënten totale populatie	99.330	78.885	32.351	210.566
Kosten (€)	363.904	350.174	115.720	829.798

#### 4.4.2 Opleidingskosten

Er zijn 23 unieke zorgaanbieders die aangeven opleidingskosten te maken in het kader van de (implementatie van de) Wzd. Achttien daarvan hebben eenmalige kosten opgegeven en zeventien zorgaanbieders hebben structurele opleidingskosten opgegeven.

Het totaal van de opgegeven eenmalige opleidingskosten bedraagt € 1.536.247,-. Dit betreft kosten voor 38.573 cliënten. Voor het berekenen van de kosten zijn we zowel voor de eenmalige als de structurele kosten uitgegaan van de totale kosten afgezet tegen het totaal aantal cliënten bij deze zorgaanbieders. Vervolgens zijn deze verdeeld op basis van de procentuele verdeling in de sectoren.

In totaal bedragen de totale eenmalige opleidingskosten ruim € 15 miljoen.

<b>Incidentele opleidingskosten</b>	vv (zzp en vpt)	ghz (zzp en vpt)	mpt	totaal
Opgegeven kosten (€)	429.673	653.664	452.910	1.536.247
Aantal cliënten onderzoekspopulatie	4.358	15.538	7.235	38.573
Aantal cliënten totale populatie	99.330	78.885	32.351	210.566
Kosten (€)	9.793.357	3.262.810	2.025.166	15.081.333

Middels dezelfde methode berekenen we de structurele opleidingskosten op ruim € 5,7 miljoen.

<b>Structurele opleidingskosten</b>	vv (zzp en vpt)	ghz (zzp en vpt)	mpt	Totaal
Opgegeven kosten (€)	124.604	305.191	206.856	636.651
Aantal cliënten onderzoekspopulatie	3.865	14.321	7.210	41.705
Aantal cliënten totale populatie	99.330	78.885	32.351	210.566
Kosten (€)	3.202.311	1.652.839	928.154	5.783.304

#### 4.5 Totale macromeerkosten Wzd

Op basis van de resultaten in de paragrafen 4.1 tot en met 4.4 berekenen wij de jaarlijkse macromeerkosten van de Wzd op ruim € 111 miljoen en de incidentele macromeerkosten op ruim € 16,6 miljoen.

<b>Structurele kosten</b>	vv (zzp en vpt)	ghz (zzp en vpt)	Mpt	Totaal (€)
Kosten personeelsinzet Wzd	29.665.972	99.097.492	4.945.868	133.709.333
Kosten personeelsinzet Wet Bopz	21.224.774	8.073.495	0	29.298.269
Meerkosten personeelsinzet Wzd	8.441.197	91.023.997	4.945.868	104.411.063
Structurele ICT-kosten	363.904	350.174	115.720	829.798
Structurele opleidingskosten	3.202.311	1.652.839	928.154	5.783.304
Totale meerkosten Wzd per jaar	12.007.412	93.027.010	5.989.742	111.024.164
<b>Incidentele kosten</b>	vv (zzp en vpt)	ghz (zzp en vpt)	Mpt	Totaal
Incidentele ICT-kosten	991.100	407.799	186.858	1.585.757
Incidentele opleidingskosten	9.793.357	3.262.810	2.025.166	15.081.333
Totale incidentele kosten Wzd	10.784.457	3.670.609	2.212.024	16.667.090

We zien een duidelijk verschil in budgettair effect tussen de vv- en de ghz-sector. Tijdens de validatiesessies is dit verschil door de aanwezige partijen nader geduid. Zij geven aan dat in de vv-sector de kosten van de personeelsinzet vermoedelijk nog voorzichtig zijn ingeschat en ze dat de kosten van de personeelsinzet voor de Wzd nog zullen toenemen. Bij een toekomstige data-uitvraag zal blijken of de kosten van personeelsinzet voor de Wzd inderdaad hoger zijn dan circa € 30 miljoen, die nu als uitkomst uit de data komt. Ook geven zij aan dat de aandelen cliënten, waarvoor de Wet Bopz van toepassing was, te hoog is ingeschat.

Brancheorganisaties en partijen in de vv-sector geven aan dat de meerkosten in het kader van de Wzd te laag zijn ingeschat. Vooral doordat de kosten in het kader van de Wet Bopz volgens deze partijen te hoog zijn geraamd. Dit zou volgens hen ook de relatief lage meerkosten van Wzd en het verschil in (meer)kosten met de ghz-sector verklaren. Aangedragen alternatieven, zoals gebruik maken van het aantal meldingen over dwangbehandelingen, middelen en maatregelen bij de IGJ, voor een bepaling van de kosten Bopz zijn wel nader geanalyseerd, maar geven naar ons oordeel geen betrouwbaarder inschatting dan de gehanteerde methode.



## 5 Conclusie en discussie

### 5.1 Conclusie

In de voorgaande hoofdstukken van dit rapport zijn het onderzoek naar de financiële impact van de invoering van de Wet zorg en dwang en de resultaten daarvan beschreven.

Voorafgaand aan het onderzoek zijn de volgende doelstellingen gesteld:

1. De resultaten van de normatieve verkenning van de financiële impact van de Wzd op het budgettair kader Wlz.
2. Inzicht of de kosten gemoeid met de uitvoering van de Wzd-activiteiten kunnen worden bekostigd middels de bestaande (integrale) prestaties en tarieven binnen de Wlz en Zvw.
3. De oplossingen voor de in punt 2 gevonden inzichten vormgeven of aanpassen in NZa beleidsregels, zodat Wzd-wetgeving kan worden bekostigd (Wlz en Zvw).

Dit rapport vormt de basis voor het opstellen van een passende bekostiging die recht doet aan de inzet, die uitvoering van de Wet zorg en dwang vraagt. De financiële impact op macroniveau en het budgettair kader Wlz is in kaart gebracht. Daarmee beantwoordt dit rapport nog niet aan doelstelling 2 en 3. Aan de hand van deze resultaten kan de vervolgstap, het formuleren van oplossingen voor de bekostiging en aanpassingen in de regelgeving, worden gezet. Deze vervolgstappen worden de aankomende tijd samen met het veld verder uitgewerkt. Uiterlijk in juli 2021 zal de RvB van de NZa hierover besluiten. De de aanpassingen van de prestaties en tarieven gaan per 1 januari 2022 in.

#### 5.1.1 Geraamde kosten

De in- en uitvoering van de Wzd gaat, zoals blijkt uit de resultaten van ons onderzoek, gepaard met meerkosten ten opzichte van de situatie vóór de inwerkingtreding van de Wzd.

De structurele meerkosten bedragen € 111 miljoen per jaar. Dit bedrag is opgebouwd uit de kosten voor de personele inzet voor de uitvoering van de Wzd (€ 133,7 miljoen) minus de kosten voor personele inzet ten tijde van de wet Bopz (€ 29,3 miljoen). Dit resulteert in meerkosten voor personele inzet van € 104,4 miljoen. De resterende 6,6 miljoen euro volgt uit geraamde structurele ICT- en opleidingskosten.

Daarnaast zijn er ook incidentele ICT- en opleidingskosten naar voren gekomen in ons onderzoek. Deze incidentele kosten zijn geraamd op € 16,6 miljoen.

De hierboven beschreven kosten zijn door de deelnemers van de validatiesessies gevalideerd en herkend.

Verder zien we verschillen tussen sectoren onderling, zoals de vv- en ghz-sector. Een mogelijke oorzaak hiervan is een te lage inschatting van de Wzd-kosten en een te hoge inschatting van de Wet Bopz kosten voor de vv-sector.

### 5.2 Discussie

#### 5.2.1 Reflectie op methode

Op basis van de wettekst van de Wzd en het stappenplan Wzd is er een uitgebreide vragenlijst ontwikkeld. De respons biedt voldoende informatie om de kosten te berekenen voor onze onderzoekspopulatie en deze te extrapoleren naar de gehele populatie in de Wlz. De deelnemers zijn echter niet willekeurig gekozen, maar aangereikt via de brancheorganisaties. De brancheorganisaties hebben deze leden in februari/maart 2020 voorgedragen als zorgorganisaties, die al intensief bezig waren met de Wzd of op korte termijn met de implementatie van de Wzd zouden beginnen. Hierdoor dreigt het risico van *selection bias*, namelijk dat we alleen hebben gekeken naar de voorlopers en/of naar zorgaanbieders waar de Wzd meer wordt ingezet dan bij andere zorgaanbieders. We hebben deze *selection bias* proberen te ondervangen door het onderzoek bij een redelijk aantal (64) zorgaanbieders uit te zetten. Daarnaast bleek bij het ontvangen van de data dat niet alle voorgedragen zorgaanbieders de Wzd (volledig) geïmplementeerd hadden.

Verder hebben we zorgaanbieders in de data-uitvraag gevraagd om een schatting te maken van de Wzd inzet in een volledig kalenderjaar. De opgave van deze data hebben zorgaanbieders zelf moeten berekenen, omdat op moment van uitvragen de Wzd nog niet een volledig kalenderjaar van kracht was. Ook hebben we zorgaanbieders gevraagd een schatting te maken van inzet en kosten 'als de Wzd volledig geïmplementeerd was'. Deze schattingen kunnen de ontvangen data en daarmee de resultaten beïnvloeden. We hebben dit effect getracht te ondervangen door het maken van boxplots, waarin de spreiding tussen zorgaanbieders duidelijk werd. Deze boxplots gaven ons en de deelnemers van de validatiesessies geen reden om bepaalde data te excluseren.

Ten slotte hebben we onze data-uitvraag gepubliceerd in oktober 2020. Daarmee kreeg de data-uitvraag een definitief karakter en konden we geen inhoudelijke aanpassingen meer doen. Dit leidde ertoe dat er bepaalde kosten niet specifiek hebben uitgevraagd, waar dat wel wenselijk was geweest. Een voorbeeld hiervan zijn de kosten voor het Khonraad-systeem. Het Khonraad-systeem is een informatiesysteem, waarin verschillende betrokkenen vanuit verschillende domeinen samenwerken en informatie uitwisselen. Het Khonraad-systeem is niet verplicht, maar aangezien vrijwel iedere zorgaanbieder via dit systeem werkt, is een zorgaanbieder wel min of meer genoodzaakt met dit systeem te werken. De kosten voor dit Khonraad-systeem vormen volgens veldpartijen een disproportionele last. Met een verstrekte rekensom, waarin wordt uitgegaan van 15 samenwerkende partijen met 45 SO's en 60 IBS-beoordelingen, wordt duidelijk dat een IBS-beoordeling € 440 kost. Hier komen nog incidentele kosten bij.

Hoewel in de data-uitvraag is gevraagd naar de structurele en incidentele ICT-kosten, is niet specifiek gevraagd naar de kosten voor dit Khonraad-systeem. Bij een volgende data-uitvraag zou dit wel moeten worden uitgevraagd, om zo een goed beeld te krijgen van de ICT-kosten.

### **5.2.2 Reflectie op onderzoeksveld**

Het onderzoeksveld is op diverse vlakken verschillend. Allereerst verschilt de mate waarin de Wzd in de organisatie geïmplementeerd is. Dit verschil is terug te zien tussen intramurale zorg (vv en ghz) waar de implementatie verder gevorderd is dan in de extramurale zorg (mpt en wijkverpleging), maar ook binnen de intramurale zorg verschilt hoe ver men gevorderd is met de implementatie. De implementatie in 2020 heeft bij een groot deel van de zorgaanbieders ook vertraging opgelopen door de coronapandemie. Ondanks dat wij de data-uitvraag hebben uitgesteld van maart/april 2020 naar oktober/november 2020, heeft dit niet voldoende tijd geboden om te komen tot volledige implementatie. Dit samen verklaart een groot deel van de spreiding in de data tussen zorgaanbieders en de verschillen tussen sectoren.

Daarnaast is het voor veel aanbieders lastig gebleken om de gevraagde data uit hun systeem te kunnen halen. De EPD's zijn (nog) niet ingericht op registratie van maatregelen en inzet van professionals in het kader van de Wzd. Niet altijd kon gevraagde data daarom worden geleverd en moest meer worden teruggevallen op schattingen of, zoals bij de dataselectie bleek, het niet aanleveren van bepaalde data.

Verder bleek dat zorgaanbieders het aantal en het aandeel cliënten, waarvoor de Wet Bopz van toepassing was, in eerste instantie te hoog hadden ingevoerd. Tijdens de data-analyse hadden we hier al onze vragen bij en dit is ook voorgelegd aan de deelnemers van de validatiesessies. Zij gaven inderdaad aan dat er te hoge aantallen en aandelen cliënten, waarvoor de Wet Bopz van toepassing was, zijn aangeleverd. Op basis hiervan hebben we het aandeel cliënten, waarvoor de Wet Bopz van toepassing was, berekend door het aantal cliënten waarvoor de Wet Bopz van toepassing was, te delen door het aantal cliënten van de totale onderzoekspopulatie. Op basis hiervan hebben we meer realistische percentages kunnen berekenen. Uit onze data blijkt echter nog steeds dat er voor een fors aantal cliënten de Wet Bopz werd ingezet. In de consultatieronde werd geadviseerd om bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) aangeleverde data over [dwangbehandelingen, middelen en maatregelen](#) aan te sluiten. Wij hebben dit onderzocht en geconcludeerd dat het aantal meldingen geen geschikte maat is. De Bopz-maatregelen werden 'voor het leven' afgegeven, waardoor de cijfers van een bepaald jaar enkel de nieuwe aanmeldingen weergeven. Om het aantal cliënten met een Bopz-maatregel te kunnen berekenen hebben we naast het aantal nieuwe aanmeldingen in een jaar ook (cumulatieve) data nodig over de voorgaande jaren en is inzicht in de uitstroom nodig. Deze gegevens zijn niet voorhanden. Bovendien geven verschillende partijen aan dat in deze gegevens zeer waarschijnlijk sprake is van onderrapportage, waardoor deze gegevens geen goed beeld van de praktijk geven. Zelfs als we beschikking zouden hebben over de juiste data, is nog onduidelijk welke personeelsinzet en kosten daarbij horen.

Voor het onderzoek naar de meerkosten blijven wij de daarom methode hanteren zoals beschreven in het rapport. Op basis van deze gegevens kan op dit moment niet worden vastgesteld dat de macro meerkosten meer zouden moeten bedragen dan de op dit moment opgenomen raming van € 111 miljoen.

## 6 Aanbevelingen

### 6.1 Bekostigingsopties

De resultaten uit dit onderzoek zullen nog vertaald moeten worden in de bekostiging. Met deskundigen, zorgaanbieders, zorgkantoren en brancheorganisaties wordt de komende maanden verder gewerkt aan het aanpassen van de bekostiging. Om dit vorm te geven is uiteraard allereerst besluitvorming vanuit het Ministerie van VWS nodig over deze geraamde macromeerkosten. Voor de structurele bedragen denken wij vooralsnog aan een ophoging van maximum tarieven zpz, vpt en mpt. Waarbij uiteraard naar het verschil in geraamde kosten tussen de verschillende leveringsvormen (prestaties en doelgroepen) wordt gekeken.

Er zal voor alle kosten, structureel en incidenteel, een passende bekostiging gezocht worden. Naast de ophoging van maximumtarieven is ook een eventuele toeslag een mogelijkheid die verkend zal worden.

### 6.2 Vervolgonderzoek

De belangrijkste aanbeveling voor vervolgonderzoek doen wij voor de Wijkverpleging (Zvw). Uit onze data blijkt dat voor geen van de patiënten in de Wijkverpleging de Wzd wordt ingezet. De deelnemers van de validatiesessies geven aan dat de zorgmedewerkers in de sector zich onvoldoende bekwaam achten en dat door de opstelling van de huisartsen er een zorgverantwoordelijke ontbreekt. Ook is er geen sprake van een multidisciplinaire overlegstructuur (mdo), waarin maatregelen geëvalueerd kunnen worden, zoals dat in de intramurale setting wel al georganiseerd is.

Onze bevinding sluit aan bij het [Rapport peiling Wet zorg en dwang](#) van Alzheimer Nederland en bij de [Rapportage opzet monitor Wet zorg en dwang](#) van KPMG. KPMG concludeert dat de Wzd 'ambulant nog weinig wordt toegepast' (KPMG, 2020, p.7). KPMG noemt als oorzaken:

- Het ontbreken van randvoorwaarden zoals het vinden van Wzd functionarissen en extern deskundigen, het bekostigen van (de organisatie van) zorg (en specifiek voor pgb houders) en het organiseren van toezicht.
- Niet inzetten van het stappenplan als middel om onvrijwillige zorg te voorkomen. Een veelgehoord geluid is dat zorgaanbieders vanuit hun visie geen onvrijwillige zorg willen toepassen en daardoor ook het stappenplan niet doorlopen. Hiermee ontstaat het risico dat wordt doorverwezen naar intramurale aanbieders waar dat niet nodig zou zijn of dit niet de wens van de cliënt is. Dit is contrasterend met het doel van de wet, namelijk om meer ingrijpende maatregelen te voorkomen.

De deelnemers van de validatiesessies benoemen treffend dat de Wzd in de ambulante setting nog weinig wordt toegepast, maar dat dat wel zou moeten. Zodoende verwachten ze dat in de ambulante setting de macromeerkosten nog zullen toenemen.

Met betrekking tot de Wlz zijn van bepaalde zorgprofielen of leveringsvormen geen of onvoldoende data aangeleverd en/of konden op basis van de beschikbare data geen conclusie worden getrokken. Zo zijn naderhand de cliënten met een zg-indicatie geïncludeerd. We raden aan om in vervolgonderzoek deze profielen specifiek uit te vragen, zodat voor de cliënten met een zg-indicatie specifieke data worden aangeleverd.

Verder raden we aan om in een vervolgonderzoek specifiek de kosten van het Khonraad-systeem uit te vragen, zodat de kosten daarvan specifiek inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Ook raden de deelnemers van de validatiesessies ons aan om bij vervolgonderzoek de kosten van gedwongen verblijf en de kosten van de externe advisering expliciet uit te vragen.

Los van de bekostiging benoemen partijen dat het vinden en vasthouden van voldoende gekwalificeerd personeel ook een uitdaging is. Er was al bekend dat er een krapte is in het aanbod van onder meer SO's en AVG's. Partijen geven aan dat de wet meer inzet van deze beroepen vraagt en tegelijkertijd het werk onaantrekkelijker maakt. We raden een grondige monitoring van het personeelstekort aan en een kwalitatief onderzoek naar de invloed van de Wzd op het werk van SO's en AVG's.

Ten slotte benoemen we dat er bij vervolgonderzoek rekening gehouden dient te worden met [voorgenomen wetwijzigingen](#).

## 7 Bijlagen

### 7.1 Bijlage 1 Functionarissen en gehanteerde FWG-schaal

Functionaris	FWG-schaal
SO	75-80
AVG	75-80
Orthopedagoog-generalist	65
GZ-psycholoog	65-70
Verzorgende (niveau 2)	25
Verzorgende (niveau 3)	30
Verzorgende individuele gezondheidszorg	35
(Wijk)verpleegkundige (niveau 4)	40-45
(Wijk)verpleegkundige (niveau 5)	50-55
Verpleegkundig specialist	60
Agogisch medewerker ggz	40-45
Begeleider ghz	35
Persoon met getuigschrift centraal register beroepsonderwijs	40-45
Persoon met getuigschrift centraal register hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek	60
Pedagogisch wetenschapper	65-70