



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 89 59

0530.2015137542

**Datum** 16 december 2015  
**Betreft** advies over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis

**Onze referentie**  
2015137542

Geachte heer Van Rijn,

Op 2 juli 2015 heeft Zorginstituut Nederland het afwegingskader voor toegang tot de Wlz aan u aangeboden. Dit afwegingskader legt de wettelijke toegangscriteria uit voor de huidige doelgroepen van de Wet langdurige zorg: mensen met een lichamelijke of verstandelijke, somatische, psychogeriatrische of zintuiglijke beperking of aandoening. Mensen met een psychische stoornis maken hier geen deel van uit. Bij het aanbieden van het afwegingskader hebben we aangekondigd u nader te adviseren over de mogelijke toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.

Ter voorbereiding op dit advies heeft Bureau HHM in opdracht van Zorginstituut Nederland onderzoek uitgevoerd. In dat onderzoek zijn met betrokkenheid van experts, wetenschappers en stakeholders twee vragen beantwoord:

1. Wat zijn de effecten van het onverkort (op gelijke wijze als voor de huidige doelgroepen van de Wlz) toepassen van de huidige Wlz-criteria voor mensen met een psychische stoornis?
2. Uitgaande van de doelstelling van de hervorming van de langdurige zorg en de aard van de doelgroep, welke cliënten met een psychische stoornis zouden dan toegang moeten krijgen tot de Wlz en hoe zijn deze cliënten te herkennen?

In bijgaand rapport kunt u de resultaten van dit onderzoek en ons advies lezen. Uit het onderzoek komen twee mogelijke doelgroepen voor de Wlz naar voren:

1. De groep mensen waarvan vast staat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.
2. De groep waarvan binnen afzienbare tijd (drie tot vijf jaar) geen verbetering wordt verwacht, en gedurende die tijd is aangewezen op permanent toezicht en 24 uur zorg nabij.

In ons advies gaan we ook in op wat nu 'voortgezet verblijf' heet: als een verzekerde vanwege een psychische stoornis is aangewezen op verblijf met behandeling komt deze zorg de eerste drie jaar ten laste van de Zvw, daarna ten laste van de Wlz.

We adviseren u de eerste groep wel toegang tot de Wlz te bieden en de tweede niet. Hieronder beschrijven we per doelgroep de constatering die de onderzoekers over deze doelgroepen hebben gedaan en de overwegingen van het Zorginstituut daarover. We geven ook aan welke wijzigingen in wet- en regelgeving nodig zijn als u zou besluiten de betreffende doelgroep toegang tot de Wlz te geven. Wat betreft voortgezet verblijf adviseren we u de huidige driejaarstermijn te verlaten en ook voor deze groep de bestaande criteria (blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid) te hanteren.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
16 december 2015

Onze referentie  
2015137542

Ons advies beperkt zich tot de vraag of deze doelgroepen toegang moeten hebben tot de Wlz. We gaan er van uit dat degenen die dat krijgen, gebruik kunnen maken van alle leveringsvormen, onder de voorwaarden die daarvoor gelden. Bij alle leveringsvormen is bepaald dat het zorgkantoor op individuele basis toetst dat de zorg verantwoord en doelmatig is.

Een aantal stakeholders heeft gewezen op noodzakelijke vervolgstappen met betrekking tot de uitvoering en bekostiging. We gaan daar in een aparte paragraaf op in.

### **1. Cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij**

Uit het onderzoek komt naar voren dat het in bepaalde gevallen mogelijk is vast te stellen dat er een blijvende noodzaak is van permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat vooral om mensen waarbij een *combinatie* van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking kan leiden tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Hetzelfde geldt voor bepaalde ziektebeelden, zoals Korsakov en Huntington of gerontopsychiatrie. Het is ook mogelijk dat vanwege de behandelgeschiedenis en leefstijl het cognitieve vermogen blijvend zodanig is aangetast, dat die persoon voldoet aan de toegangscriteria. Het gaat ook dan niet om de aandoening zelf, maar om het totaal aan beperkingen die blijvend permanent toezicht of 24-uurs toezicht noodzakelijk maken. Het kan dus ook gaan om alleen een psychische stoornis die tot een blijvende noodzaak van 24 uur zorg nabij leidt.

We schrijven dat dit *kan* gelden, omdat het per persoon verschilt of de aandoening leidt tot een zodanige zorgbehoefte, dat de cliënt voldoet aan de criteria van de Wlz.

Het afwegingskader dat wij op 2 juli jl. hebben uitgebracht, is volgens professionals en experts goed toepasbaar voor deze doelgroep.

#### Overwegingen Zorginstituut Nederland bij deze bevindingen

Het Zorginstituut vindt dat verzekerden waarvan vaststaat dat ze *blijvend* zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij toegang moeten hebben tot de Wlz. Het gaat hier zonder meer om een doelgroep waarop de Wlz zich specifiek richt. Het gaat om een doelgroep met een gelijksoortige zorgbehoefte als de doelgroepen die nu toegang hebben tot de Wlz en dus ook gelijke toegang moeten hebben tot de Wlz.

Behalve het argument van gelijkheid spelen ook inhoudelijke argumenten een rol.

Het gaat er om dat het totaal aan beperkingen (lichamelijk én psychisch) leidt tot de noodzaak van permanent toezicht en 24 uur zorg nabij met een integraal pakket aan zorg. Als de grondslag psychiatrische stoornis als grondslag wordt opgenomen, is de levering van integrale zorg beter mogelijk en vermindert dit grensvlakdiscussies.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
16 december 2015

Onze referentie  
2015137542

Op dit moment blijft de psychiatrische problematiek bij de indicatiestelling buiten beschouwing: als de bestaande grondslagen (somatische aandoeningen en beperkingen, verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke handicaps) op zichzelf geen toegang geven tot de Wlz, krijgt de verzekerde geen toegang, ook niet als de combinatie met psychiatrische problematiek wel blijvend permanent toezicht of 24 zorg nabij noodzakelijk maakt<sup>1</sup>. Zorginhoudelijk is een dergelijke knip tussen psychische problematiek en andere grondslagen gekunsteld en onwenselijk.

Bij de indicatiestelling is het vaak niet goed mogelijk te beoordelen of de problematiek vooral komt door de psychische stoornis of door bijvoorbeeld een verstandelijke beperking. Doordat (na toevoeging van de grondslag psychische stoornis) het totaal aan beperkingen wordt meegenomen bij de indicatiestelling, wordt een integrale beoordeling van de beperkingen mogelijk. Het gaat bij de beoordeling of iemand is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij niet om de achterliggende stoornissen en aandoeningen, maar om het totaalbeeld van de beperkingen en de ernst en blijvendheid van de zorgbehoefte die daaruit voortkomt.

#### Benodigde aanpassingen afwegingskader Wlz

Voor deze doelgroep kan het afwegingskader Wlz goed gebruikt worden. We nemen de aanbeveling van HHM over om de vragen over psychisch functioneren uit te splitsen in een aantal deelvragen, zodat een compleet beeld van de aard en blijvendheid van de psychische stoornis verkregen kan worden.

Bij de instructie over het gebruik van het afwegingskader moet aandacht worden geschonken aan het feit dat psychoses, langdurig gebruik van psychofarmaca, of verslavende middelen blijvend invloed kunnen hebben op het cognitief functioneren.

#### Benodigde aanpassingen Wet langdurige zorg

- Om deze groep verzekerden toegang te bieden tot de Wlz moet de grondslag psychische stoornis toegevoegd worden aan artikel 3.2.1 van de Wlz.
- Aanvullende inhoudelijke criteria in de wet- of regelgeving zijn niet nodig;
- In het afwegingskader moet het item psychische problemen worden uitgesplitst naar de zeven subvragen die in het HHM-rapport staan.

## **2. Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij**

Bij veel psychiatrische problematiek is het niet te voorspellen dat die *blijvend* leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat daarbij

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld een geschil over de toegang tot de Wlz dat Zorginstituut Nederland in de zomer van 2015 behandelde:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/indicatiegeschillen/2015/1510-grondslag-psychiatrische-aandoening-of-beperking-en-toegang-tot-de-wlz/Grondslag+psychiatrische+aandoening+of+beperking+en+toegang+tot+de+Wlz.pdf>

niet zozeer om de vraag of de psychische stoornis blijvend is. Dat is vaak het geval. Het gaat er om of de beperkingen die voortvloeien uit de stoornis, blijvend zijn en maken dat iemand voldoet aan de criteria van de Wlz. Het is bij psychiatrische problematiek vaak niet uit te sluiten dat die uitdooft of zodanig verbetert dat ontwikkeling op het gebied van participatie en zelfredzaamheid mogelijk is.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
16 december 2015

Onze referentie  
2015137542

Uit het onderzoek komt een groep naar voren die als gevolg van de psychische stoornis niet zelfredzaam is en op dit moment behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij ter voorkoming van ernstig nadeel. Deze behoefte aan toezicht en/of zorg nabij zal naar verwachting niet binnen afzienbare termijn (ongeveer drie jaar) verminderen, maar het is mogelijk dat de situatie verbetert en de cliënt op termijn geen behoefte meer zal hebben aan permanent toezicht 24 uur of zorg nabij. Het gaat vooral om mensen die een ernstige psychische stoornis hebben, vaak in combinatie met verslavingsproblematiek én een grote kans op decompensatie én een combinatie van regieverlies, geen ziekte-inzicht, onvoorspelbaar/ontremd gedrag, verwaarlozing en agressief gedrag.

Deze tweede groep voldoet niet aan de huidige toegangscriteria van de Wet langdurige zorg, omdat niet vaststaat dat zij *blijvend* zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

Het afwegingskader dat wij op 2 juli jl. aan hebben uitgebracht, is grotendeels toepasbaar voor de groep mensen met een psychische stoornis die langdurig, maar niet per se blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, maar niet waar het criterium *blijvend* betreft. De mensen in deze doelgroep zijn niet blijvend, maar wel langdurig niet zelfredzaam. Als u besluit dat deze groep toegang moet hebben tot de Wlz, moet de term 'blijvend' worden verbreed tot 'blijvend binnen afzienbare tijd'.

#### Tijdelijke toegang tot de Wlz of niet

Uit het rapport van HHM blijkt dat de experts verschillend denken over de vraag of deze groep toegang moet hebben tot de Wlz of juist niet, mede onder invloed van hun visie op de doelstelling van de Wmo en de Zorgverzekeringswet.

Een aantal experts pleit er voor deze groep tijdelijk toegang te verlenen tot de Wlz, met de mogelijkheid van verlenging, een aantal vindt de Wlz voor deze groep niet de juiste oplossing.

Een aantal experts stelt dat als er geen verbetering wordt verwacht binnen drie tot vijf jaar, toegang tot de Wlz mogelijk zou moeten zijn. Zij vinden dat passen bij de strekking van de Wlz. De Wmo is volgens hen teveel gericht op verbetering, wat kan leiden tot overvragen van cliënten die daar nu eenmaal niet toe in staat zijn. Hetzelfde geldt volgens hen voor de Zvw.

De experts kunnen geen objectieve inhoudelijke criteria formuleren om deze groep af te bakenen. Het is dan ook niet duidelijk hoeveel cliënten tot de tweede doelgroep behoren.

Een aantal experts vindt daarentegen dat de Wlz niet passend is zolang niet vaststaat dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij blijvend is. De Wlz is minder gericht op herstel en verbetering, zodat het gevaar bestaat dat cliënten te kort wordt gedaan. Het doel moet altijd zijn de kansen op verbetering

optimaal te benutten.

#### Niet-inhoudelijke overwegingen

Het oordeel of cliënten tijdelijk toegang zouden moeten hebben tot de Wlz of niet, wordt beïnvloed door niet-inhoudelijke overwegingen. Het gaat vooral om het vertrouwen dat experts al dan niet hebben in de uitvoering van de Wmo door gemeenten. Als dat vertrouwen gering is, ziet men de Wlz als een zekerder regime en andersom.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
16 december 2015

**Onze referentie**  
2015137542

#### **Overwegingen Zorginstituut Nederland bij deze bevindingen**

Het Zorginstituut adviseert u deze tweede groep geen toegang te bieden tot de Wlz. We onderbouwen dit advies hieronder.

Het belangrijkste argument om mensen met een psychische stoornis toegang tot de Wlz te geven, is het gelijkheidsbeginsel. Voor alle huidige cliënten geldt dat zij alleen toegang hebben als vaststaat dat de noodzaak van 24 uur zorg nabij *blijvend* is. Het gelijkheidsbeginsel betekent ook dat mensen die niet blijvend op die zorg zijn aangewezen *geen* toegang tot de Wlz moeten krijgen. Er moeten dan overtuigende argumenten zijn om voor mensen met een psychische stoornis een uitzondering te maken.

Het belangrijkste inhoudelijke argument dat wordt gegeven om deze tweede groep toegang tot de Wlz te geven, is dat mensen die al langdurig, maar zonder succes worden begeleid naar meer zelfredzaamheid, gebaat zijn met enige tijd rust en stabiliteit, en niet gebaat zijn met een omgeving die steeds druk uitoefent om te verbeteren. De Wlz is daarvoor volgens een aantal experts geschikter dan de Wmo. Daartegenover stelt een aantal experts dat de benodigde rust en stabiliteit ook in Beschermd Wonen of in de Zvw kan worden geboden.

We sluiten ons aan bij de visie van de laatste groep experts. Tijdelijk rust en stabiliteit zijn inderdaad soms nodig, maar er is geen reden om aan te nemen dat dat dit niet mogelijk is in het Wmo-domein. Het gaat er om dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. De vraag of de zorg ten laste van de Wmo of de Wlz komt, is geen zorginhoudelijke kwestie: dat gaat vooral over de vraag waar de kosten neerslaan.

De inhoud en kwaliteit van de zorg is niet afhankelijk van degene die de zorg inkoop: zowel gemeenten, zorgkantoren als zorgverzekeraars zijn binnen de bestaande kaders in staat de zorg in te kopen die nodig is en op die manier hun verantwoordelijkheid te nemen. Gemeenten kunnen dezelfde zorg inkopen als zorgkantoren. De veronderstelling dat 'Wmo-zorg' per se anders is dan 'Wlz-zorg' is een misverstand.

Het gaat ons daarom vooral om de praktische gevolgen die aan de orde zijn als deze doelgroep al dan niet toegang krijgt tot de Wlz. Die praktische gevolgen zijn negatief. Het bieden van toegang van deze groep past niet goed bij de doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg, leidt tot afbakeningsproblemen omdat objectieve criteria ontbreken, en het risico bestaat dat de Wlz wordt gezien als eindstation van waaruit participatie niet meer mogelijk is.

We vinden dat het onderbrengen van deze groep in de Wmo een aantal belangrijke voordelen heeft. Als de gemeente integraal verantwoordelijk is voor alle zorg- en dienstverlening aan alle groepen die niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg in de nabijheid, kan de gemeente snel inspelen op

veranderingen in de zorgvraag zonder wisseling van domein met de daarbij gepaard gaande bureaucratie. Daarbij is het ook zo, dat de gemeente dan een prikkel heeft voor preventie en versterken van de infrastructuur. In de Wmo is het ook beter dan in de Wlz mogelijk om rekening te houden met de mogelijkheden van de verzekerde en zijn omgeving en kan gemakkelijker worden afgestemd op zijn preferenties en waarden.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
16 december 2015

**Onze referentie**  
2015137542

Het Zorginstituut onderschrijft wel de constatering van een aantal betrokken partijen, dat er nog fors moet worden geïnvesteerd in de samenhang en afstemming tussen domeinen, kennis over de doelgroep en het ontwikkelen/in stand houden van een passend aanbod.

Hieronder lichten we bovenstaande overwegingen nader toe.

#### *Doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg*

De hervorming van de langdurige zorg (HLZ) is een samenspel van Jeugdwet, Wmo, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. De Wet langdurige zorg is ingesteld voor mensen die blijvend niet meer zelfredzaam zijn<sup>2</sup>, en om de zorg dichterbij de mensen te brengen. Zolang individuele en lokale oplossingen voorzien in de zorgvraag, is dat te verkiezen. De Wlz is in die visie een ultimatum remedium. In de toegangscriteria is dit vertaald in 'een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, ter voorkoming van ernstig nadeel'. Het verbreden van het begrip 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' strookt niet met de doelstelling en systematiek van de HLZ. Bovendien zou, op grond van het gelijkheidsbeginsel, deze nieuwe definitie van blijvend ook voor de andere doelgroepen van de Wlz moeten gelden.

#### *Het ontbreken van objectieve criteria leidt tot afbakeningsproblemen*

We herkennen de conclusie uit het rapport dat objectieve inhoudelijke criteria voor deze groep niet te geven zijn. Uiteraard moeten eerst alle behandelopties zonder succes zijn uitgeprobeerd, maar het is de vraag wanneer vaststaat dat er (voorlopig) geen reële verbetering meer mag worden verwacht.

We kunnen ons voorstellen dat als om die reden voor een termijn gekozen wordt, drie jaar een goede zou zijn. Dat is een termijn die redelijk te overzien is. Na afloop van die termijn moet dan telkens worden bepaald of er perspectief is op verbetering of niet.

We vinden dat een tijdelijke toegang tot de Wlz niet te verkiezen is boven de Wmo en Zvw. Ook de Wmo-voorziening Beschermd Wonen richt zich volgens de wettelijke definitie op het voorkomen van verwaarlozing en maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen. Beschermd Wonen richt zich op mensen met psychische of psychosociale problemen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. De Wmo is volgens de wettelijke definitie niet beperkt tot kortdurende zorg. Gemeenten kunnen ook langdurige zorg en ondersteuning inkopen.

#### *Verandering van instelling*

Als de zorg en begeleiding van een cliënt ten laste komt van een ander domein, kan dat betekenen dat hij ook naar een andere instelling moet verhuizen. Meestal

<sup>2</sup> Memorie van Toelichting bij wetsvoorstel Wlz, p.4

is een dergelijke verandering van omgeving onwenselijk. Voor zover een instelling zowel door de gemeente als het zorgkantoor en zorgverzekeraar is gecontracteerd, doet dat probleem zich niet voor. Maar dan is het de vraag wat de inhoudelijke meerwaarde is als alleen de financiering wijzigt.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
16 december 2015

**Onze referentie**  
2015137542

#### *Onduidelijke domeinafbakening en strategisch gedrag*

Artikel 2.3.5. lid 6 Wmo geeft de gemeente de mogelijkheid een maatwerkvoorziening te weigeren als er redenen zijn om aan te nemen dat de aanvrager aanspraak kan maken op de Wlz. Omdat er geen harde criteria zijn voor de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep, leidt dat gemakkelijk tot onduidelijkheid over de domeinafbakening tussen de Jeugdwet, Zvw, Wlz en de Wmo, en in het ergste geval tot afwentelingsgedrag van gemeenten en zorgverzekeraars.

Ook zorgaanbieders en cliënten kunnen strategisch gedrag gaan vertonen op grond van verschillende tarieven in de onderscheiden domeinen en verschillende eigen bijdragen.

#### *Snel schakelen tussen zorgvormen*

Financiële scheidslijnen leiden altijd tot afbakeningsproblemen. Specifiek voor de GGZ is dat er een overlap is tussen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en de meer reguliere zorg. Snel schakelen tussen verschillende vormen van zorg is eenvoudiger als de zorg en ondersteuning vanuit één domein worden bekostigd. Dat pleit er voor om alle zorg en ondersteuning (OGGZ, extramurale begeleiding en Beschermd Wonen) in één hand te laten.

#### *Meenemen voorkeuren cliënt en eigen mogelijkheden verzekerde*

In de aanbiedingsbrief van het afwegingskader Wlz dat we op 2 juli jl. aan u hebben aangeboden, hebben we onze zorg geuit over het feit dat de context van de verzekerden niet kan worden meegenomen bij de indicatiestelling. In de Wmo is het, in tegenstelling tot de Wlz, wel mogelijk om de voorkeuren en de eigen mogelijkheden van de verzekerde en zijn omgeving mee te nemen bij het bepalen van het best passend zorgaanbod. Als de gemeente integraal verantwoordelijk is voor alle zorg en ondersteuning, kan zij optimaal maatwerk leveren. Omdat er in dat geval geen afwenteling op de Wlz mogelijk is, is er ook een prikkel om zoveel mogelijk preventieve maatregelen te nemen.

#### *Extramuraliseringsbeleid*

Binnen de GGZ is de afgelopen jaren fors ingezet op verdere ambulantisering en afbouw van bedden. Volgens de experts begint deze ontwikkeling vruchten af te werpen. De mogelijkheid om de zorg gedurende een bepaalde termijn ten laste van de Wlz te laten komen, kan dit beleid belemmeren.

#### *Precedentwerking*

Het gelijkheidsbeginsel was een belangrijke overweging om de toegang tot de Wlz ook mogelijk te maken voor mensen met een psychische stoornis. Het verbreden van de term 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' kan leiden tot een beroep op het gelijkheidsbeginsel bij andere groepen. Ook bij andere groepen (verstandelijk beperkten, NAH) komt de situatie voor dat een verzekerde voorzienbaar langere tijd is aangewezen op 24 uur zorg nabij, maar dat er nog wel uitzicht is op zodanig herstel of aanleren van functionalliteit dat er niet kan worden gesproken van een blijvende noodzaak van 24 uur zorg nabij.

*Samenhang met het advies van de Commissie Toekomst Beschermd Wonen*  
Bovenstaande overwegingen stroken met het advies dat de Commissie Toekomst Beschermd wonen (Commissie Dannenberg) op 11 november jl. heeft uitgebracht<sup>3</sup>. Zelfbepaling, het aanpassen van de ondersteuning aan de preferenties van de cliënt en het rekening houden met de eigen mogelijkheden van de cliënt is ook volgens deze commissie beter mogelijk in de Wmo dan in de Wlz. De gemeente kan de ondersteuning snel op- en afschalen als de situatie daar om vraagt, zonder overgang tussen domeinen, en is beter in staat om preventieve maatregelen te nemen. De Wlz ziet de commissie als ultimum remedium.

De commissie benoemt daarbij een aantal condities waaraan moet worden voldaan. Het gaat onder andere om het versterken van zelfmanagement, het garanderen van langdurige ondersteuning met flexibiliteit, een continuüm voor ondersteuning bij herstel en participatie, passende huisvesting, samenwerking met zorgverzekeraars en het borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid.

#### Benodigde wijzigingen afwegingskader

Als u besluit deze doelgroep toegang te geven tot de Wlz, kan het afwegingskader goed gebruikt worden om te bepalen of permanent toezicht of 24 uur zorg nabij noodzakelijk is. Wel moet de uitleg van het begrip blijvend gewijzigd worden voor deze groep. We nemen de aanbeveling van HHM over om de vragen over psychisch functioneren uit te splitsen in een aantal deelvragen, zodat een compleet beeld van de aard en blijvendheid van de psychische stoornis verkregen kan worden.

Daarnaast moet worden vastgesteld dat er binnen afzienbare termijn (drie of vijf jaar) geen uitzicht is op verbetering. Experts geven aan dat daarvoor geen objectieve inhoudelijke criteria zijn te geven. Alle bekende behandelopties moeten met de cliënt uitgeprobeerd zijn. Het is een professionele inschatting in hoeverre binnen afzienbare tijd verbetering mogelijk is.

#### Benodigde wijzigingen Wet langdurige zorg

Als u besluit dat deze tweede groep toegang zou moeten krijgen tot de Wlz, zijn verschillende wetswijzigingen nodig:

- de grondslag psychische stoornis moeten worden toegevoegd aan artikel 3.2.1 Wlz;
- de term 'blijvend' moet voor deze groep worden vervangen door 'blijvend binnen afzienbare tijd';
- de geldigheidsduur van de indicatie voor deze groep moet beperkt worden tot telkens drie jaar.

#### **Voortgezet verblijf**

Al hetgeen hierboven is beschreven, is breed toepasbaar: het maakt niet uit of iemand verblijft in verband met een (chronische) behandeling of niet. In Beschermd Wonen krijgt de cliënt zijn behandeling ambulante, maar er zijn ook situaties waarbij iemand langdurig of blijvend moet verblijven in een specifieke setting, omdat alleen daar zijn behandeling succesvol kan zijn om verslechtering te voorkomen dan wel te stabiliseren. We spreken dan van behandeling met verblijf.

<sup>3</sup> Advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen, 11 november 2015, Van beschermd wonen naar een beschermd thuis.



Op dit moment komt behandeling met verblijf de eerste drie jaar ten laste van de Zvw. In bepaalde gevallen duurt het langer dan drie jaar voordat de cliënt kan uitstromen naar thuis of Beschermd Wonen. Dat kan er toe leiden dat een cliënt de zorg achtereenvolgens ten laste van drie domeinen krijgt: drie jaar Zvw, een bepaalde tijd Wlz en dan Wmo.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
16 december 2015

Onze referentie  
2015137542

We vinden dat als vaststaat dat een cliënt *blijvend* is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid en dus voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, hij toegang zou moeten hebben tot de Wlz, ook als hij daarnaast blijvend op intramurale behandeling is aangewezen. We vinden ook dat moet worden voorkomen dat een cliënt zonder inhoudelijke redenen wordt overgedragen tussen domeinen. Dat betekent dat het huidige afkappunt (na drie jaar behandeling en verblijf komt de zorg ten laste van de Wlz) moet worden verlaten. Iemand die behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis valt dan onder de ZVW, totdat vaststaat dat hij blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, al dan niet in combinatie met intramurale behandeling.

#### Benodigde wijzigingen Wet langdurige zorg

Als u besluit de driejaarstermijn voor Zvw-zorg te verlaten, moet artikel 3.2.2. Wlz geschrapt worden.

#### **Uitvoering**

Een aantal partijen wijst op de uitvoeringsaspecten die ons advies met zich meebrengt. Het CIZ zal die voor de indicatiestelling in een uitvoeringstoets in kaart brengen.

De NZa geeft aan dat er nog veel werk is te verzetten om passende prestaties en een effectief budgettair kader vast te stellen. Dat geldt ook voor de groep die blijvend is aangewezen op zorg nabij. We nemen aan dat u daarover zo spoedig mogelijk met de NZa in overleg treedt.

Zorgverzekeraars Nederland noemt een aantal uitvoeringsaspecten die specifiek spelen als het driejaarscriterium bij voortgezet verblijf wordt verlaten. De toeleiding en aanmelding is nog onduidelijk, de onderliggende bekostigingssystematiek is nog uitgewerkt en het risico dat verzekeraars dan lopen is nog onduidelijk. Het heeft ook gevolgen voor de risicoverevening. We zijn het met zorgverzekeraars Nederland eens dat een zorgvuldige implementatie van dit deel van ons advies (voortgezet verblijf) langer duurt dan het advies over de eerste groep (blijvend aangewezen op zorg nabij zonder intramurale behandeling). We adviseren u een realistische tijdsplanning te maken.

#### **Gevolgen voor het gebruik van de Wlz**

In de rapportage worden enkele schattingen gegeven van de mogelijke omvang van de verschillende doelgroepen. Voor de eerste groep gaat het om een bandbreedte van circa 4650 tot 13.800 verzekerden. Voor de tweede groep gaat het volgens de experts over 25% tot 40% van de verzekerden die momenteel in een instelling verblijven met een GGZ B of GGZ C indicatie.

Hoeveel cliënten daadwerkelijk instromen, is afhankelijk van:

- de eigen wensen van de cliënt;
- de mate waarin gemeenten en zorgverzekeraars in samenwerking tot goede zorg komen;

- de mate waarin gemeenten gebruik maken van hun bevoegdheid om cliënten een voorziening te weigeren als ze aanspraak kunnen maken op een Wlz-indicatie;
- de mate van strategisch gedrag van zorgaanbieders en cliënten.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
16 december 2015

**Onze referentie**  
2015137542

### **Bestuurlijke consultatie en Advies Commissie Pakket**

We hebben onze overwegingen en conceptadvies voor bestuurlijke consultatie gestuurd naar de volgende partijen:

Per Saldo	Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)	RIBW Alliantie
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)	Landelijk platform GGZ (LPGGZ)
ActiZ	GGZ Nederland	Nederlands instituut van psychologen (NIP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)	Federatie Opvang	Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Ypsilon	Vereniging gehandicapten Nederland

We hebben deze partijen gevraagd of zij zich kunnen vinden in het voorgenomen advies van Zorginstituut Nederland en of zij hier opmerkingen bij hebben. De precieze vraagstelling van de bestuurlijke consultatie en de reacties van al deze partijen zijn opgenomen als bijlage bij dit advies. Daarbij gaan we ook in op de manier waarop we deze reacties hebben betrokken bij de vaststelling van dit advies.

Op 11 december 2015 is het conceptadvies besproken in de AdviesCommissie Pakket (ACP) van het Zorginstituut. Bij deze vergadering hebben ingesproken:

- Nic Vos de Wael namens LPGGZ
- Paul van Rooij namens GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang, NVVP, NIP en NVO
- Ico Kloppenburg en ambtenaren van de gemeenten Apeldoorn, Amsterdam en Rotterdam namens de Vereniging Nederlandse Gemeenten

De ACP heeft gesproken met de insprekers. De discussie splitste zich toe op de tweede groep cliënten, zijnde de cliënten die langdurig, maar niet blijvend aangewezen zijn op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Vervolgens is de ACP tot het volgende advies gekomen:

De ACP ondersteunt de argumenten van het Zorginstituut om de grondslag GGZ toe te voegen aan de Wet langdurige zorg en daarbij de huidige toegangs criteria te handhaven. De ACP stelt daarbij dat gemeenten de beschikking hebben over een ruim arsenaal voorzieningen en interventies voor mensen met een psychische stoornis. Zij ondersteunen ook de argumenten van het Zorginstituut om de definitie van 'blijvend' niet aan te passen naar 'binnen afzienbare termijn' of 'op afzienbare termijn'<sup>4</sup>. Wel geeft de ACP daarbij een aantal randvoorwaarden aan:

- de ACP hecht grote waarde aan een zorgvuldige indicatiestelling en een hoge interbeoordelaarbetrouwbaarheid

<sup>4</sup> Alternatieve Interpretatie van het begrip 'blijvend' die ter vergadering aan de orde is gekomen.

- de ACP adviseert de staatssecretaris als systeemverantwoordelijke om een onafhankelijke evaluatie van de uitvoering van de WMO voor mensen met een psychische stoornis te doen uitvoeren. Daarbij is het wel van belang de evaluatiecriteria goed te definiëren: een vergelijking met kwaliteit van de uitvoering ten tijde van de AWBZ, voorzover daar gegevens van zijn, is methodologisch lastig en een nulmeting is niet gedaan.
- Daarbij adviseert de ACP u een signaleringsfunctie in het leven te roepen om snel zicht te krijgen op cliënten die tussen de wal en het schip (dreigen te) vallen.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
16 december 2015

Onze referentie  
2015137542

De ACP ondersteunt ook het advies van het Zorginstituut om artikel 3.2.2 uit de Wlz te schrappen, waardoor het medisch noodzakelijk verblijf ook indien dit langer dan drie jaar duurt, onder de Zvw blijft vallen. De ACP tekent daarbij aan dat ook in de Zvw sprake moet zijn van een zorgvuldige indicatiestelling.

## Advies

*De bestuurlijke reacties en het advies van de AdviesCommissie Pakket besproken hebbende, is de Raad van Bestuur tot het volgende advies gekomen.*

We adviseren u:

- Toegang tot de Wlz te bieden aan de mensen met een psychische stoornis, die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 zorg nabij. Hiertoe volstaat het toevoegen van de grondslag psychiatrische stoornis aan artikel 3.2.1 van de Wlz;
- De groep die langdurig, maar niet blijvend, is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij geen toegang te bieden tot de Wlz. Cliënten zijn er niet per se mee gebaat, de doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg komt ermee in het geding en het brengt veel praktische consequenties met zich mee. We constateren daarbij dat er nog veel investering nodig is in de samenhang en afstemming tussen domeinen, kennis over de doelgroep en het ontwikkelen/in stand houden van een passend aanbod.
- We adviseren u de driejaarstermijn in de Zvw te verlaten en ook bij voortgezet verblijf inhoudelijke criteria te hanteren. Verzekerden waarvan vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij hebben dan toegang tot de Wlz. Het moment waarop dat wordt vastgesteld kan eerder, maar ook later zijn dan na drie jaar medisch noodzakelijk verblijf. De uitvoering hiervan en aanpassing van de risicoverevening vergt nog veel voorbereidingen, zodat de implementatie hiervan waarschijnlijk langer duurt dan ons advies over de eerste groep. Wij adviseren u hier rekening mee te houden bij uw planning van de wijzigingen.

*We hechten veel waarde aan zorgvuldige indicatiestelling. In ons advies bij het afwegingskader Wlz, dat wij deze zomer aan het CIZ hebben uitgebracht, hebben wij hier ook aandacht voor gevraagd.*

*Wij adviseren om in alle gevallen geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen, omdat per individuele cliënt beoordeeld moet worden of deze voldoet aan de criteria.*

Hoogachtand,

Arnold Moerkamp  
*Voorzitter Raad van Bestuur*

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
16 december 2015

**Onze referentie**  
2015137542



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

«Organisatie»  
T.a.v. «Tav»  
«Adres»  
«PostcodeWoonplaats»

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket  
Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[Info@zinl.nl](mailto:Info@zinl.nl)  
T +31 (0)20 797 89 59

0530.2015137608

Datum 30 oktober 2015  
Betreft Bestuurlijke consultatie advies toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten

**Onze referentie**  
2015137608

Geacht bestuur,

**Bijlagen**  
2

Op 2 juli 2015 heeft Zorginstituut Nederland het afwegingskader voor toegang tot de Wlz aangeboden aan de staatssecretaris van VWS. Dit afwegingskader legt de wettelijke toegangscriteria uit voor de huidige doelgroepen van de Wet langdurige zorg: mensen met een lichamelijke of verstandelijke, somatische, psychogeriatrische of zintuiglijke beperking of aandoening. Mensen met een psychische stoornis maken hier geen deel van uit. Bij het aanbieden van het afwegingskader hebben we aangekondigd de staatssecretaris nader te adviseren over de mogelijke toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.

We hebben in het voortraject betrokken partijen zo goed mogelijk betrokken. Voordat we een definitief advies uitbrengen, willen we u in de gelegenheid stellen ook bestuurlijk te reageren op het voorgenomen advies.

De consultatievragen die we u willen stellen, vindt u in de kaders in het conceptadvies dat we als bijlage meesturen. Het staat u uiteraard vrij om buiten de gestelde vragen opmerkingen te maken.

U kunt tot uiterlijk 18 november a.s. reageren. U kunt uw reactie per E-mail versturen aan Ineke van der voort en Fons Hopman: [Ivoort@zinl.nl](mailto:Ivoort@zinl.nl) en [Fhopman@zinl.nl](mailto:Fhopman@zinl.nl) of via de post: Postbus 320, 1110 AH Diemen.

Ons conceptadvies wordt in de Advies Commissie Pakket (ACP) besproken op 11 december a.s. U kunt daarbij inspreken. We streven ernaar dat de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het definitieve advies op 16 december a.s. kan vaststellen.

Hoogachtend,

Mw. mr. M. van der Veen-Helder  
Hoofd Pakket



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
Info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

0530 2015137542

Datum 30 oktober 2015  
Betreft *conceptadvies over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis*

Onze referentie  
2015137542

Geachte heer Van Rijn,

Op 2 juli 2015 heeft Zorginstituut Nederland het afwegingskader voor toegang tot de Wlz aan u aangeboden. Dit afwegingskader legt de wettelijke toegangscriteria uit voor de huidige doelgroepen van de Wet langdurige zorg: mensen met een lichamelijke of verstandelijke, somatische, psychogeriatrische of zintuiglijke beperking of aandoening. Mensen met een psychische stoornis maken hier geen deel van uit. Bij het aanbieden van het afwegingskader hebben we aangekondigd u nader te adviseren over de mogelijke toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.

Ter voorbereiding op dit advies heeft Bureau HHM in opdracht van Zorginstituut Nederland onderzoek uitgevoerd. In dat onderzoek zijn met betrokkenheid van experts, wetenschappers en stakeholders twee vragen beantwoord:

1. Wat zijn de effecten van het onverkort (op gelijke wijze als voor de huidige doelgroepen van de Wlz) toepassen van de huidige Wlz-criteria voor mensen met een psychische stoornis?
2. Uitgaande van de doelstelling van de hervorming van de langdurige zorg en de aard van de doelgroep, welke cliënten met een psychische stoornis zouden dan toegang moeten krijgen tot de Wlz en hoe zijn deze cliënten te herkennen?

In bijgaand rapport kunt u de resultaten van dit onderzoek en ons advies lezen. Uit het onderzoek komen twee mogelijke doelgroepen voor de Wlz naar voren:

1. De groep mensen waarvan vast staat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.
2. De groep waarvan binnen afzienbare tijd (drie tot vijf jaar) geen verbetering wordt verwacht, en gedurende die tijd is aangewezen op permanent toezicht en 24 uur zorg nabij.

Hieronder beschrijven we per doelgroep de overwegingen van het Zorginstituut bij de constatering die de onderzoekers over deze doelgroepen hebben gedaan. We geven ook aan welke wijzigingen in wet- en regelgeving nodig zijn als u zou besluiten de betreffende doelgroep toegang tot de Wlz te geven.

### **1. Cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij**

Uit het onderzoek komt naar voren dat het in bepaalde gevallen mogelijk is vast te stellen dat er een blijvende noodzaak is van permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat vooral om mensen waarbij een *combinatie* van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking kan leiden tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Hetzelfde geldt voor bepaalde ziektebeelden, zoals gerontopsychiatrie, Korsakov en Huntington. Het gaat ook dan niet om de aandoening zelf, maar om het totaal aan beperkingen die blijvend permanent toezicht of 24-uurs toezicht noodzakelijk maken.

We schrijven dat dit *kan* gelden, om het per persoon verschilt of de aandoening leidt tot een zodanige zorgbehoefte, dat de cliënt voldoet aan de criteria van de Wlz.

Het afwegingskader dat wij op 2 juli jl. hebben uitgebracht, is goed toepasbaar voor deze doelgroep.

#### Overwegingen Zorginstituut Nederland bij deze bevindingen

Het Zorginstituut vindt dat verzekerden waarvan vaststaat dat ze *blijvend* zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij toegang moeten hebben tot de Wlz. Het gaat hier zonder meer om een doelgroep waarop de Wlz zich specifiek richt. Het gaat om een doelgroep met een gelijksoortige zorgbehoefte als de doelgroepen die nu toegang hebben tot de Wlz en dus ook gelijke toegang moet hebben tot de Wlz.

Behalve het argument van gelijkheid spelen ook inhoudelijke argumenten een rol. Het gaat er om dat het totaal aan beperkingen (lichamelijk én psychisch) leidt tot de noodzaak van permanent toezicht en 24 uur zorg nabij met een integraal pakket aan zorg. Als de grondslag psychiatrische stoornis als grondslag wordt opgenomen, vermindert dit grensvlakdiscussies, en is de levering van integrale zorg beter mogelijk.

Op dit moment blijft de psychiatrische problematiek bij de indicatiestelling buiten beschouwing: als de bestaande grondslagen (somatische aandoeningen en beperkingen, verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke handicaps) op zichzelf geen toegang geven tot de Wlz, krijgt de verzekerde geen toegang, ook niet als de combinatie met psychiatrische problematiek wel permanent toezicht of 24 uur zorg nabij noodzakelijk maakt<sup>1</sup>. Daarbij is het vaak niet goed mogelijk te beoordelen of de problematiek vooral komt door de psychiatrische stoornis of door bijvoorbeeld een verstandelijke beperking. Doordat (na toevoeging van de grondslag psychische stoornis) het totaal aan beperkingen wordt meegenomen bij de indicatiestelling, wordt een integrale beoordeling van de beperkingen mogelijk.

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld een geschil over de toegang tot de Wlz dat Zorginstituut Nederland in de zomer van 2015 behandelde:  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zlnl-documenten/publicaties/indicatiegeschillen/2015/1510-grondslag-psychiatrische-aandoening-of-beperking-en-toegang-tot-de-wlz/Grondslag+psychiatrische+aandoening+of+beperking+en+toegang+tot+de+Wlz.pdf>

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
30 oktober 2015

Onze referentie  
2015137542

### Benodigde aanpassingen afwegingskader Wlz

Voor deze doelgroep kan het afwegingskader Wlz goed gebruikt worden. We nemen de aanbeveling van HHM over om de vragen over psychisch functioneren uit te splitsen in een aantal deelvragen, zodat een compleet beeld van de aard en blijvendheid van de psychische stoornis verkregen kan worden.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
30 oktober 2015

Onze referentie  
2015137542

### Benodigde aanpassingen Wet langdurige zorg

- Om deze groep verzekerden toegang te bieden tot de Wlz moet de grondslag psychische stoornis toegevoegd worden aan artikel 3.2.1 van de Wlz.
- Aanvullende inhoudelijke criteria in de wet- of regelgeving zijn niet nodig;
- In het afwegingskader moet het item psychische problemen worden uitgesplitst naar de zeven subvragen die in het HHM-rapport staan.

Consultatievraag:

Bent u het met het Zorginstituut eens dat deze groep verzekerden toegang moet krijgen tot de Wlz?

Welke opmerkingen en aanvullingen heeft u op dit onderdeel van het advies?

## **2. Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij**

Bij veel psychiatrische problematiek is het niet te voorspellen dat die *blijvend* leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat er daarbij niet om de vraag of de psychische stoornis blijvend is. Dat is vaak het geval. Het gaat er om of de beperkingen die voortvloeden uit de stoornis, blijvend zijn en maken dat iemand voldoet aan de criteria van de Wlz. Het is bij psychiatrische problematiek vaak niet uit te sluiten dat die uitdooft of zodanig verbetert dat ontwikkeling op het gebied van participatie en zelfredzaamheid mogelijk is.

Uit het onderzoek komt een groep naar voren die als gevolg van de psychische stoornis niet zelfredzaam is en op dit moment behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij ter voorkoming van ernstig nadeel. Deze behoefte aan toezicht en/of zorg nabij zal naar verwachting niet binnen afzienbare termijn (ongeveer drie jaar) verminderen, maar het is mogelijk dat de situatie verbetert en de cliënt op termijn geen behoefte meer zal hebben aan permanent toezicht 24 uur of zorg nabij. Het gaat met name om mensen die een ernstige psychische stoornis hebben, vaak in combinatie met verslavingsproblematiek én een grote kans op decompensatie én een combinatie van regieverlies, geen ziekte-inzicht, onvoorspelbaar/ontremd gedrag, verwaarlozing en agressief gedrag.

Deze tweede groep voldoet niet aan de huidige toegangscriteria van de Wet langdurige zorg, omdat niet vaststaat dat zij *blijvend* zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Deze groep zou, afhankelijk van de interpretatie van de doelstellingen van de Wlz, wel tot de doelgroep gerekend kunnen worden.

Uit het rapport van HHM blijkt dat de experts hier verschillende visies op hebben, mede onder invloed van hun visie op de doelstelling van de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Een aantal experts pleit er voor deze groep tijdelijk toegang te verlenen tot de Wlz, met de mogelijkheid van verlenging, een aantal vindt de Wlz voor deze groep niet de juiste oplossing.



Het afwegingskader dat wij op 2 juli jl. aan hebben uitgebracht, is grotendeels toepasbaar voor de groep mensen met een psychische stoornis die langdurig, maar niet per se blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, maar niet waar het het criterium *blijvend* betreft. De mensen in deze doelgroep zijn niet blijvend, maar wel langdurig niet zelfredzaam. Als u besluit dat deze groep toegang moet hebben tot de Wlz, moet de term 'blijvend' worden verbreed tot 'blijvend binnen afzienbare tijd'.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

**Datum**  
30 oktober 2015

**Onze referentie**  
2015137542

#### Tijdelijke toegang tot de Wlz

De experts kunnen geen objectieve inhoudelijke criteria formuleren om deze groep af te bakenen. Het is dan ook niet duidelijk hoeveel cliënten tot de tweede doelgroep behoren. Een aantal experts suggereert te werken met termijnen: zij geven aan dat als er geen verbetering wordt verwacht binnen drie tot vijf jaar, toegang tot de Wlz mogelijk zou moeten zijn. Zij vinden dat passen bij de strekking van de Wlz. De Wmo is volgens hen teveel gericht op verbetering, wat kan leiden tot overvragen van cliënten die daar nu eenmaal niet toe in staat zijn. Hetzelfde geldt volgens hen voor de Zvw.

#### Geen toegang tot de Wlz

Een aantal experts vindt dat de Wlz niet passend is zolang niet vaststaat dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij blijvend is. De Wlz is minder gericht op herstel en verbetering, zodat het gevaar bestaat dat cliënten te kort wordt gedaan. Het doel moet altijd zijn de kansen op verbetering optimaal te benutten.

#### Niet-inhoudelijke overwegingen

Het oordeel of cliënten tijdelijk toegang zouden moeten hebben tot de Wlz of niet, wordt ook beïnvloed door niet-inhoudelijke overwegingen. Het gaat vooral om het vertrouwen dat experts al dan niet hebben in de uitvoering van de Wmo door gemeenten. Als dat vertrouwen gering is, ziet men de Wlz als een zekerder regime.

#### **Overwegingen Zorginstituut Nederland bij deze bevindingen**

We willen ons in dit advies vooral baseren op inhoudelijke argumenten. Het gaat er om dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dat is niet afhankelijk van degene die de zorg inkoop: zowel gemeenten, zorgkantoren als zorgverzekeraars zijn binnen de bestaande kaders in staan de zorg in te kopen die nodig is en op die manier hun verantwoordelijkheid te nemen. Het gaat ons daarom vooral om de praktische gevolgen die aan de orde zijn als deze doelgroep toegang krijgt tot de Wlz.

#### Geen objectieve criteria

We herkennen de conclusie uit het rapport dat objectieve inhoudelijke criteria voor deze groep niet te geven zijn en dat voor deze groep niet met zekerheid gesteld kan worden dat de cliënt blijvend is aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij.

Uiteraard moeten dan eerst alle behandelopties zonder succes zijn uitgeprobeerd, maar het is de vraag wanneer vaststaat dat er (voorlopig) geen reële verbetering meer mag worden verwacht.

We kunnen ons voorstellen dat als om die reden voor een termijn gekozen wordt, drie jaar een goede zou zijn. Dat is een termijn die redelijk te overzien is. Na afloop van die termijn moet dan telkens worden bepaald of er perspectief is op verbetering of niet.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
30 oktober 2015

Onze referentie  
2015137542

Het is de vraag of een tijdelijke toegang tot de Wlz te verkiezen is boven de Wmo en Zvw. Ook de Wmo-voorziening Beschermd wonen richt zich volgens de wettelijke definitie op het voorkomen van verwaarlozing en maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen. Beschermd wonen richt zich op mensen met psychische of psychosociale problemen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. De Wmo is volgens de wettelijke definitie niet beperkt tot kortdurende zorg. Gemeenten kunnen ook langdurige zorg en ondersteuning inkopen.

Het belangrijkste inhoudelijke argument dat wordt gegeven om toegang tot de Wlz te geven, is dat mensen die al langdurig, maar zonder succes worden begeleid naar meer zelfredzaamheid, gebaat zijn met enige tijd rust en stabiliteit. De Wlz is daarvoor volgens een aantal experts geschikter dan de Wmo. Daartegenover stelt een aantal experts dat de benodigde rust en stabiliteit ook in Beschermd Wonen of in de Zvw kan worden geboden.

#### *Doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg*

De hervorming van de langdurige zorg (HLZ) is een samenspel van Jeugdwet, Wmo, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. De Wet langdurige zorg is ingesteld voor mensen die blijvend niet meer zelfredzaam zijn<sup>2</sup>, en de zorg dichterbij de mensen te brengen. Zolang individuele en lokale oplossingen voorzien in de zorgvraag, is dat te verkiezen. De Wlz is in die visie een ultimum remedium. In de toegangscriteria is dit vertaald in 'een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, ter voorkoming van ernstig nadeel'. Het is de vraag in hoeverre het verbreden van het begrip 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' strookt met de doelstelling en systematiek van de HLZ.

#### *Verandering van Instelling*

Als de zorg en begeleiding van een cliënt ten laste komt van een ander domein, kan dat betekenen dat hij ook naar een andere instelling moet verhuizen. Meestal is dat onwenselijk. Voor zover een instelling zowel door de gemeente als het zorgkantoor en zorgverzekeraar is gecontracteerd, doet dat probleem zich niet voor. Maar dan is het de vraag wat de inhoudelijke meerwaarde is om alleen de financiering te wijzigen.

#### *Onduidelijke domeinafbakening en strategisch gedrag*

Artikel 2.3.5. lid 6 Wmo geeft de gemeente de mogelijkheid een maatwerkvoorziening te weigeren als er redenen zijn om aan te nemen dat de aanvrager aanspraak kan maken op de Wlz. Omdat er geen harde criteria zijn voor de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep, leidt dat gemakkelijk tot onduidelijkheid over de domeinafbakening tussen de Jeugdwet, Zvw, Wlz en de Wmo, en in het ergste geval tot afwentelingsgedrag van gemeenten en zorgverzekeraars.

<sup>2</sup> Memorie van Toelichting bij wetsvoorstel Wlz, p.4

We kunnen ons voorstellen dat als om die reden voor een termijn gekozen wordt, drie jaar een goede zou zijn. Dat is een termijn die redelijk te overzien is. Na afloop van die termijn moet dan telkens worden bepaald of er perspectief is op verbetering of niet.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
30 oktober 2015

Onze referentie  
2015137542

Het is de vraag of een tijdelijke toegang tot de Wlz te verkiezen is boven de Wmo en Zvw. Ook de Wmo-voorziening Beschermd wonen richt zich volgens de wettelijke definitie op het voorkomen van verwaarlozing en maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen. Beschermd wonen richt zich op mensen met psychische of psychosociale problemen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. De Wmo is volgens de wettelijke definitie niet beperkt tot kortdurende zorg. Gemeenten kunnen ook langdurige zorg en ondersteuning inkopen.

Het belangrijkste inhoudelijke argument dat wordt gegeven om toegang tot de Wlz te geven, is dat mensen die al langdurig, maar zonder succes worden begeleid naar meer zelfredzaamheid, gebaat zijn met enige tijd rust en stabiliteit. De Wlz is daarvoor volgens een aantal experts geschikter dan de Wmo. Daartegenover stelt een aantal experts dat de benodigde rust en stabiliteit ook in Beschermd Wonen of in de Zvw kan worden geboden.

#### *Doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg*

De hervorming van de langdurige zorg (HLZ) is een samenspel van Jeugdwet, Wmo, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. De Wet langdurige zorg is ingesteld voor mensen die blijvend niet meer zelfredzaam zijn<sup>2</sup>, en de zorg dichterbij de mensen te brengen. Zolang individuele en lokale oplossingen voorzien in de zorgvraag, is dat te verkiezen. De Wlz is in die visie een ultimum remedium. In de toegangscriteria is dit vertaald in 'een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, ter voorkoming van ernstig nadeel'. Het is de vraag in hoeverre het verbreden van het begrip 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' strookt met de doelstelling en systematiek van de HLZ.

#### *Verandering van instelling*

Als de zorg en begeleiding van een cliënt ten laste komt van een ander domein, kan dat betekenen dat hij ook naar een andere instelling moet verhuizen. Meestal is dat onwenselijk. Voor zover een instelling zowel door de gemeente als het zorgkantoor en zorgverzekeraar is gecontracteerd, doet dat probleem zich niet voor. Maar dan is het de vraag wat de inhoudelijke meerwaarde is om alleen de financiering te wijzigen.

#### *Onduidelijke domeinafbakening en strategisch gedrag*

Artikel 2.3.5. lid 6 Wmo geeft de gemeente de mogelijkheid een maatwerkvoorziening te weigeren als er redenen zijn om aan te nemen dat de aanvrager aanspraak kan maken op de Wlz. Omdat er geen harde criteria zijn voor de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep, leidt dat gemakkelijk tot onduidelijkheid over de domeinafbakening tussen de Jeugdwet, Zvw, Wlz en de Wmo, en in het ergste geval tot afwentelingsgedrag van gemeenten en zorgverzekeraars.

<sup>2</sup> Memorie van Toelichting bij wetsvoorstel Wlz, p.4

Ook zorgaanbieders en cliënten kunnen strategisch gedrag gaan vertonen op grond van verschillende tarieven in de onderscheiden domeinen en verschillende eigen bijdragen.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
30 oktober 2015

Onze referentie  
2015137542

#### *Extramuraliseringsbeleid*

Binnen de GGZ is de afgelopen jaren fors ingezet op verdere ambulantisering en afbouw van bedden. Volgens de experts begint deze ontwikkeling vruchten af te werpen. De mogelijkheid om de zorg gedurende een bepaalde termijn ten laste van de Wlz te laten komen, kan dit beleid belemmeren.

#### *Precedentwerking*

Het verbreden van de term 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' kan ook leiden tot een beroep op het gelijkheidsbeginsel bij andere groepen. Daarbij speelt ook dat het in de langdurige zorg vaak gaat om combinaties van problemen, waarvan niet zondermeer te bepalen is dat de problematiek voortkomt uit een psychiatrisch probleem of bijvoorbeeld een verstandelijke handicap of een psychogeriatrisch probleem.

#### Benodigde wijzigingen afwegingskader

Als u besluit deze doelgroep toegang te geven tot de Wlz kan het afwegingskader goed gebruikt worden om te bepalen of permanent toezicht of 24 uur zorg nabij noodzakelijk is. Wel moet de uitleg van het begrip blijvend gewijzigd worden voor deze groep. We nemen de aanbeveling van HHM over om de vragen over psychisch functioneren uit te splitsen in een aantal deelvragen, zodat een compleet beeld van de aard en blijvendheid van de psychische stoornis verkregen kan worden.

Daarnaast moet worden vastgesteld dat er binnen afzienbare termijn (drie of vijf jaar) geen uitzicht is op verbetering. Experts geven aan dat daarvoor geen objectieve inhoudelijke criteria zijn te geven. Alle bekende behandelopties moeten met de cliënt uitgetoetst zijn. Het is een professionele inschatting in hoeverre binnen afzienbare tijd verbetering mogelijk is.

#### Benodigde wijzigingen Wet langdurige zorg

Als u besluit dat deze tweede groep toegang zou moeten krijgen tot de Wlz, zijn verschillende wetswijzigingen nodig:

- de grondslag psychische stoornis moeten worden toegevoegd aan artikel 3.2.1 Wlz;
- de term 'blijvend' moet voor deze groep worden vervangen door 'blijvend binnen afzienbare tijd';
- de geldigheidsduur van de indicatie voor deze groep moet beperkt worden tot telkens drie jaar.

#### Consultatievragen:

In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz?

We noemen een aantal risico's en aandachtspunten die daarbij spelen. In hoeverre herkent u zich daarin? Zijn er nog andere aandachtspunten?

Heeft u verder opmerkingen over dit deel van het advies?

### **Voortgezet verblijf**

Al hetgeen hierboven is beschreven, is breed toepasbaar; het maakt niet uit of iemand verblijft in verband met een (chronische) behandeling of niet. In Beschermd Wonen krijgt de cliënt zijn behandeling ambulante, maar er zijn ook situaties waarbij iemand langdurig of blijvend moet verblijven in een specifieke setting omdat alleen daar zijn behandeling succesvol kan zijn om verslechtering te voorkomen dan wel te stabiliseren. We spreken dan van behandeling met verblijf. Op dit moment komt behandeling met verblijf de eerste drie jaar ten laste van de Zvw. In bepaalde gevallen duurt het langer dan drie jaar voordat de cliënt kan uitstromen naar thuis of Beschermd Wonen. Dat kan er toe leiden dat een cliënt de zorg achtereenvolgens ten laste van drie domeinen krijgt: drie jaar Zvw, een bepaalde tijd Wlz en dan Wmo.

We vinden dat als vaststaat dat een cliënt *blijvend* is aangewezen op verblijf met behandeling, hij toegang zou moeten hebben tot de Wlz. We vinden ook dat moet worden voorkomen dat een cliënt niet zonder inhoudelijke redenen wordt overgedragen tussen domeinen. Dat betekent dat het huidige afkappunt (na drie jaar behandeling en verblijf komt de zorg ten laste van de Wlz) moet worden verlaten. Iemand die behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis komt valt dan onder de ZVW, totdat vaststaat dat behandeling en verblijf blijvend noodzakelijk is.

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Datum  
30 oktober 2015

Onze referentie  
2015137542

Consultatievraag:

Bent u het eens met dit standpunt? Welke uitvoeringsproblemen ziet u hierbij?

### **Gevolgen voor het gebruik van de Wlz**

In de rapportage worden enkele schattingen gegeven van de mogelijke omvang van de verschillende doelgroepen. Voor de eerste groep gaat het om een bandbreedte van circa 4650 tot 13.800 verzekerden. Voor de tweede groep gaat het volgens de experts over 25% tot 40% van de verzekerden die momenteel in een instelling verblijven met een GGZ B of GGZ C indicatie.

Hoeveel cliënten daadwerkelijk instromen, is afhankelijk van:

- de eigen wensen van de cliënt;
- de mate waarin gemeenten en zorgverzekeraars in samenwerking tot goede zorg komen;
- de mate waarin gemeenten gebruik maken van hun bevoegdheid om cliënten een voorziening te weigeren als ze aanspraak kunnen maken op een Wlz-indicatie;
- de mate van strategisch gedrag van zorgaanbieders en cliënten.

### **Advies**

We adviseren u:

- *In ieder geval toegang tot de Wlz te regelen voor die groep, die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 zorg nabij. Hiertoe volstaat het toevoegen van de grondslag psychiatrische stoornis aan artikel 3.2.1 van de Wlz;*
- *Daarnaast te overwegen of, en zo ja hoe, u de tweede doelgroep toegang verleent.*

*Wij adviseren om in alle gevallen geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen, omdat per individuele cliënt beoordeeld moet worden of deze voldoet aan de criteria.*

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
30 oktober 2015

**Onze referentie**  
2015137542

Consultatievraag:  
Wat is uw visie op dit advies?

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp  
Voorzitter Raad van Bestuur

CONCEPT

## Toegang Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis

Enschede, 22 oktober 2015  
PJ/15/1750/twlz2

drs. Peter Bakker  
dr. Patrick Jansen

## Inhoudsopgave

1.	Vraagstelling .....	3
2.	Aanpak .....	4
3.	Cliënten met psychische stoornis en de Wlz-criteria .....	6
3.1	Korte schets Wlz-afwegingskader .....	6
3.2	Effecten toepassing Wlz-afwegingskader op GGZ .....	7
3.3	Mogelijke cliënten met een psychische stoornis in de Wlz.....	9
4.	Conclusie .....	13
Bijlage 1.	Overzicht leden expertgroep, wetenschappers en projectgroep .....	15
Bijlage 2.	Wlz-afwegingskader .....	17
Bijlage 3.	Omschrijving cliëntgroepen met blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid.....	18



## 1. Vraagstelling

De Wet langdurige zorg (Wlz) stelt dat iemand toegang heeft als hij een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Medio 2015 heeft bureau HHM in opdracht van het Zorginstituut en CIZ het 'Wlz-afwegingskader' opgeleverd. Gebaseerd op onderzoek onder professionals, wetenschappers en cliënten naar een gestructureerde manier om vast te stellen of iemand voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz.

Het afwegingskader biedt een gestructureerde vragenlijst om te beoordelen of een verzekerde voldoet aan de Wlz-criteria. Het CIZ wil dit gaan gebruiken bij de indicatiestelling in 2016 en voor het Zorginstituut is het bruikbaar voor het beoordelen van Indicatiegeschillen. Hiermee is een belangrijk instrument voor een rechtmatige uitvoering van de Wlz gereed. Daarbij hebben we bij de ontwikkeling van dit kader geconstateerd dat diverse aspecten uit het afwegingskader ook relevant zijn voor een eventuele Wlz-afweging voor verzekerden met een psychische stoornis<sup>1</sup>.

Aangezien de staatssecretaris het voornemen heeft om ook verzekerden met een psychische stoornis toegang te geven tot de Wlz, heeft het Zorginstituut bureau HHM opdracht gegeven om nader onderzoek te doen naar de toepasbaarheid van de wettelijke criteria voor mensen met een psychische stoornis. Daarbij staan twee vragen centraal:

1. Wat zijn de effecten van het onverkort toepassen van de huidige Wlz-criteria voor mensen met een psychische stoornis (zowel inhoudelijk als kwantitatief)?
2. Uitgaande van de doelstelling van de hervorming in de langdurige zorg en de aard van de doelgroep, welke cliënten zouden dan toegang moeten krijgen tot de Wlz en hoe zijn deze cliënten te herkennen?

Dit onderzoek richt zich alleen op de toegang tot de Wlz en niet op zorgprofielen. In deze rapportage beschrijven we de aanpak die we hebben gehanteerd om deze vragen te beantwoorden en tot welke antwoorden dit heeft geleid.

---

<sup>1</sup> In deze rapportage hanteren we de term 'psychische stoornis' conform de omschrijving die is gehanteerd in het Zvw kompas van het Zorginstituut. Het begrip psychische stoornis sluit - in vergelijking tot psychiatrische aandoening - beter aan bij de terminologie van de internationaal gebruikte DSM-classificatie. Psychische stoornissen worden gegroepeerd met behulp van de DSM-classificatie.

## 2. Aanpak

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben we diverse bijeenkomsten georganiseerd met experts en wetenschappers.

### GGZ-expertgroep

We hebben een expertgroep samengesteld met professionals vanuit de zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, het CIZ, het Zorginstituut en cliëntenvertegenwoordigers met GGZ-deskundigheid. Om antwoord te krijgen op de eerste onderzoeksvraag bespraken we met hen de te verwachten effecten van het toepassen van het ontwikkelde Wlz-afwegingskader op verzekerden met een psychische stoornis. Welke cliënten voldoen aan de Wlz-criteria? Met de expertgroep bekeken we ook of het mogelijk is om een schatting te maken van de omvang van de groep cliënten die op basis van de Wlz-criteria toegang krijgt tot de Wlz (zoveel mogelijk uitgesplitst naar ZZP).

Om een antwoord te krijgen op de tweede vraag over welke cliënten toegang zouden moeten krijgen tot de Wlz, wanneer wordt uitgegaan van de doelstelling van de hervorming langdurige zorg, organiseerden we enkele bijeenkomsten met de GGZ-expertgroep. Tijdens deze bijeenkomsten zijn we uitgegaan van de essentie van de Wlz en hebben we die vergeleken met de essentie van de Wmo en de Zvw. Op die manier kregen we meer grip op de cliëntengroep(en) die toegang zouden moeten krijgen tot de Wlz. Daarnaast zijn we op zoek gegaan naar eventueel aanvullende criteria voor de cliënten met een psychische stoornis. Tevens hebben we geprobeerd een inschatting te maken van de effecten van het toepassen van aanvullende criteria: welke GGZ-clianten komen in aanmerking voor de Wlz (naar aard en omvang).

Momenteel loopt een aantal andere trajecten die raken aan de vraagstelling over de beoogde doelgroep. Zo zijn veel gemeenten momenteel volop bezig het GGZ-beschermd wonen vorm te geven binnen de Wmo. Daarbij wordt ook ervaring opgedaan met het kader dat Phrenos/AEF heeft ontwikkeld voor de afweging beschermd wonen / ambulante ondersteuning. Daarnaast volgt de Commissie Toekomst Beschermd Wonen zich onder andere over de visie over beschermd wonen. Tot slot loopt in opdracht van het Zorginstituut een onderzoek naar medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ. Gedurende voortliggend onderzoek hebben we afstemming gezocht met deze trajecten en relevante punten die daarbij naar voren zijn gekomen, ingebracht in de expertgroepen.

### Wetenschappers

Naast de bijeenkomsten met de experts hebben we ook een bijeenkomst georganiseerd met een aantal wetenschappers. Het betreft wetenschappers met expertise op het gebied van de langdurige intramurale GGZ. Met deze personen hebben we beide hoofdvragen besproken en gezocht naar aanvullende criteria die relevant zijn voor het bepalen van de toegang van cliënten met een psychische stoornis in de Wlz.

### Stakeholders

Gedurende het gehele traject zijn ook de stakeholders betrokken geweest. Het gaat hierbij om de volgende partijen: GGZ-Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang,

NIP, NVvP, ActiZ, Landelijk Platform GGz, ZN, VNG, VWS en NZa. Deze partijen hebben de deelnemers voor de expertgroep aangedragen, relevante informatie aangeleverd en zijn daarnaast tijdens twee bijeenkomsten geïnformeerd over de voortgang en resultaten van het onderzoek.

#### Projectgroep

Tijdens het onderzoek hebben enkele overleggen plaatsgevonden tussen de onderzoekers en de projectgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ. Tijdens deze bijeenkomsten zijn op constructieve wijze inhoudelijke onderwerpen besproken. Mede op basis van concrete en suggesties van de leden van de projectgroep is voorliggende rapportage tot stand gekomen.

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de leden van de expertgroep, de wetenschappers en projectgroep.

### 3. Cliënten met psychische stoornis en de Wlz-criteria

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de vragen welke cliënten met een psychische stoornis voldoen aan de Wlz-criteria en welke cliënten met een psychische stoornis - op basis van de doelstelling van de hervorming langdurige zorg - toegang zouden moeten krijgen tot de Wlz. Voor een goed beeld van de werking van het Wlz-afwegingskader begint dit hoofdstuk met een korte beschrijving van dit afwegingskader.

#### 3.1 Korte schets Wlz-afwegingskader

In bijlage 2 hebben we het stroomschema van het Wlz-afwegingskader opgenomen. Hiermee is het mogelijk om de afweging voor de toegang tot de Wlz gestructureerd en transparant te maken, doordat de volgende aspecten zorgvuldig worden vastgesteld:

- de aandoening of handicap,
- de aanwezigheid van uitzonderingssituaties,
- het functioneren van de verzekerde,
- het optreden van ernstig nadeel voor de verzekerde,
- een blijvende behoefte van de verzekerde aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Om te bepalen of iemand voldoet aan de Wlz-criteria is het allereerst van belang dat is vastgesteld dat sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of een zintuiglijke handicap. Een psychische stoornis is (vooralsnog) geen grond voor toegang tot de Wlz, tenzij het recht van de verzekerde op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is, omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt. Die maximumduur is momenteel vastgesteld op 3 jaar. Daarnaast moet worden bepaald of sprake is van enkele andere uitzonderingssituatie op grond waarvan direct kan worden bepaald of de verzekerde wel of niet moet worden beoordeeld aan de hand van de Wlz-criteria (het betreft palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg of LVG-behandeling voor 18+).

Wanneer geen sprake is van een uitzonderingssituatie geeft het Wlz-afwegingskader inzicht in het functioneren van de verzekerde. Voor het vaststellen van een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, is het noodzakelijk om te inventariseren wat de onmogelijkheden (stoomissen en beperkingen) van verzekerden zijn. Daarbij besteedt het Wlz-afwegingskader aandacht aan de volgende aspecten: cognitief functioneren, fysiek functioneren, ADL-vaardigheden, oriëntatie, gedragsmatig functioneren en psychisch functioneren.

De stoomissen en beperkingen worden zorgvuldig beoordeeld om te kunnen bepalen of ernstig nadeel kan optreden en iemand blijvend behoefte heeft aan toezicht of nabijheid. Hierbij is het van belang is om te weten of er risico op gevaar is, de verzekerde het gevaar kan inschatten en of de verzekerde in staat is om hulp in te roepen. Vanuit het risico op gevaar dient te worden bepaald of ernstig nadeel ontstaat. Ernstig nadeel heeft betrekking op: maatschappelijk te gronde richten,

ernstige mate van verwaarlozing, ernstig lichamenteijk letsel en ernstige schade in ontwikkeling.

Op basis van een zorgvuldige afweging van voorgaande gegevens beslist de CIZ-onderzoeker of blijvend behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

#### Permanent toezicht

Bij permanent toezicht is sprake van onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het doel van deze vorm van toezicht is om dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheids-situatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren. Hierdoor kan tijdig worden ingegrepen en escalatie van onveilige, gevaarlijke, (levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor de verzekerde worden voorkomen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) misgaan.

#### 24 uur per dag zorg in de nabijheid

Bij zorg en toezicht dat 24 uur per dag in de nabijheid nodig is, bestaat geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.

#### Blijvend

Een essentieel Wlz-criterium is dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid een blijvend karakter heeft. Conform de wettekst is blijvend gedefinieerd als 'van niet voorbijgaande aard'. Omdat voor cliënten met een psychische stoornis niet altijd is vast te stellen dat een cliënt op basis van de psychische stoornis een blijvende behoefte heeft aan toezicht of nabijheid, is in de rapportage over het Wlz-afwegingskader geadviseerd om voor de GGZ-clieuten nader onderzoek te doen om tot een passende omschrijving van het begrip 'blijvend' te komen.

#### Psychiatrische behandeling in de Wlz

Verzekerden met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamenteijke of zintuiglijke handicap en daarnaast een psychische stoornis, kunnen toegang krijgen met het Wlz-afwegingskader. Die aanspraak is dan gebaseerd op het feit dat de somatische of psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke, lichamenteijke of zintuiglijke handicap maakt dat permanent toezicht of 24 uur zorg nabij nodig is. Als de verzekerde verblijft en wordt behandeld op grond van de Wlz, is de psychiatrische behandeling voor de psychische stoornis integraal onderdeel van de Wlz als deze samenhangt met de aandoening of handicap waarvoor hij toegang heeft tot de Wlz.

### 3.2 Effecten toepassing Wlz-afwegingskader op GGZ

Wanneer het hebben van een psychische stoornis ook toegang geeft tot de Wlz, krijgen - volgens de experts en wetenschappers - ook andere verzekerden op basis

van het Wlz-afwegingskader toegang tot de Wlz. Het gaat om de categorie verzekerden waarbij de combinatie van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap leidt tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. De andere aandoeningen of handicaps leiden afzonderlijk niet tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid, maar de combinatie met de psychische stoornis maken dat deze cliënten blijvend (van niet voorbijgaande aard) permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben.

De combinatie van de psychische stoornis met de andere aandoeningen of handicaps, leidt ertoe dat de verzekerde fysiek en/of cognitief blijvend:

- niet in staat is of geen initiatief neemt om ADL- en HDL-taken uit te voeren,
- niet in staat is of geen initiatief neemt om de dag te structureren en/of activiteiten uit te voeren, en
- niet in staat is om een hulpvraag te verwoorden of op relevante momenten hulp in te roepen.

Hierdoor kunnen blijvende gevaren optreden. Deze cliënten zijn namelijk niet in staat om de gevaren goed in te schatten en/of adequate hulp in te roepen. Hierdoor bestaat het risico dat deze cliënten zich maatschappelijk te gronde richten, verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel oplopen en/of schade oplopen in hun ontwikkeling.

Tijdens de bijeenkomsten met de experts en wetenschappers zijn enkele voorbeelden genoemd van type cliënten met een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid: EPA-clieënten met andere aandoeningen of handicaps, cliënten met het syndroom van Korsakov en cliënten binnen de geronto-psychiatrie (als toelichting hebben we in bijlage 2 een nadere beschrijving van deze cliënten opgenomen). Hierbij is het van belang om te realiseren dat het slechts enkele voorbeelden zijn (dus geen limitatieve opsomming) en dat niet elke cliënt binnen deze typologieën blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uren zorg nabij. Van de andere kant bezien sluit het niet uit dat cliënten met andere ziektebeelden voldoen aan de Wlz-criteria.

Voor deze cliënten waarbij kan worden vastgesteld dat ze blijvend behoefte hebben aan toezicht of nabijheid en kan het Wlz-afwegingskader ongewijzigd worden toegepast.

#### Omvang doelgroep

De omvang van deze groep is volgens de experts niet eenvoudig vast te stellen. De experts verwachten dat de cliënten binnen deze groep met name vergelijkbaar zijn met de zorgvragen die zijn beschreven in ZZP4, ZZP6 en ZZP7 (zowel uit de B- als C-reeks). Schattingen van het aantal cliënten per ZZP dat voldoet aan de kenmerken van deze groep lopen fors uiteen: 30% tot 100% in ZZP4; 50% tot 100% in ZZP6 en 40% tot 100% in ZZP7. Op basis van gegevens die over de ZZP's beschikbaar zijn schatten we deze groep op circa 4.650 tot 13.800 van de circa 47.000 cliënten met een ZZP-indicatie<sup>2</sup>. De diversiteit in genoemde percentages wordt veroorzaakt door het verschil in referentiekader van de experts en het verschil in opvatting over de mate waarin het mogelijk is om bij een cliënt vast te stellen dat hij blijvend behoefte

<sup>2</sup> CIZ rapportage Aanspraak op AWBZ-zorg, ZZP-GGZ-B en GGZ-C; peilmoment 1 januari 2015.

heeft aan toezicht of nabijheid. De experts konden (vanwege de grote diversiteit in de praktijk) geen schatting geven van de mate waarin verzekerden die ambulante zorg ontvangen voldoen aan de Wlz-criteria.

### 3.3 Mogelijke cliënten met een psychische stoornis in de Wlz

Om de vraag te beantwoorden welke cliënten toegang zouden moeten krijgen tot de Wlz, wanneer we uitgaan van de doelstelling van de hervormingen in de langdurige zorg en de aard van de doelgroep, hebben we met de experts en wetenschappers gekeken naar de essentie van de drie zorgwetten:

- Zvw, gericht op geneeskundige zorg.
- Wmo, beschrijft alle voorzieningen die de gemeente moet treffen om burgers te ondersteunen bij zelfredzaamheid en participatie.
- Wlz, bedoeld voor mensen die levenslang en levensbreed zorg nodig hebben en een blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht.

#### Zvw

De Zvw dekt de geneeskundige zorg. Dat omvat ook het medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg. Redenen voor een medische noodzaak kunnen liggen in het instellen op medicatie, observatie, of omdat de cliënt een gevaar vormt. Het Zorginstituut komt in het najaar van 2015 met een duiding waarin de medische noodzaak van verblijf in de GGZ nader is uitgewerkt.

#### Wmo

De Wmo verplicht gemeenten om voorzieningen te treffen die mensen compenseren voor hun gebrek aan zelfredzaamheid en hen te stimuleren tot maatschappelijk herstel. Daartoe behoort ook het beschermd wonen: wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.

#### Wlz

Een belangrijke voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op de Wlz is dat sprake moet zijn van een blijvend risico op gevaar of ernstig nadeel. Volgens de experts en wetenschappers is het echter bij veel mensen met een psychische stoornis op voorhand niet mogelijk om te bepalen of de problematiek blijvend is. Het is mogelijk dat de psychische stoornis zodanig herstelt of afvlakt dat niet blijvend sprake is van risico op gevaar of ernstig nadeel. Deze verzekerden kunnen dus geen aanspraak maken op zorg vanuit de Wlz.

#### Clientkenmerken

Uitgaande van de doelstelling van de hervorming in de langdurige zorg en de aard van de doelgroep, is volgens een aantal experts en wetenschappers echter wel een categorie verzekerden aan te wijzen die in aanmerking komt voor toegang tot de Wlz.

Allereerst betreft het de verzekerden die in de vorige paragraaf zijn beschreven: verzekerden waarbij de combinatie van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend (van niet voorbijgaande aard) leidt tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid.

Daarnaast gaat het om verzekerden die voldoen aan de volgende kenmerken:

- een ernstige psychische stoornis (vaak in combinatie met verslavingsproblematiek, maar geen combinatie met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap), en
- een grote kans op decompensatie met daardoor een langdurige terugval in functioneren, en
- een combinatie van: regieverlies, geen ziekte-inzicht, niet in staat om de dag te structureren onvoorspelbaar/ontremd gedrag, verwaarlozing en (verbaal) agressief gedrag, waardoor sprake is van
- een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, met
- de verwachting dat deze behoefte niet binnen afzienbare tijd (drie jaar) verdwijnt.

#### Visie experts

Alle experts zijn het erover eens dat cliënten met een combinatie van een psychische stoornis en een andere aandoening of handicap in aanmerking moeten kunnen komen voor de Wlz. Met betrekking tot de tweede groep (binnen afzienbare tijd blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid) verschillen de meningen tussen de experts.

Volgens een aantal experts zou deze tweede groep toegang moeten krijgen tot de Wlz, omdat deze cliënten behoefte hebben integrale zorg en toezicht of nabijheid. Hoewel het binnen de Zvw ook mogelijk is om langdurig verblijf te bieden is dit voor deze groep niet (meer) passend vanaf het moment dat aannemelijk is dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid niet binnen afzienbare tijd verdwijnt. Een termijn van drie jaar wordt gezien als een bruikbare afbakening van het begrip 'binnen afzienbare tijd'.<sup>3</sup>

Volgens deze experts is de Wmo ook niet passend omdat het beschermd wonen binnen de Wmo meer is gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie. Voor de genoemde doelgroep is het niet realistisch dat dit doel binnen afzienbare tijd is te behalen. Voor deze doelgroep is het waarschijnlijk dat blijvend behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Omdat de kans op herstel of het afvlakken van de problematiek niet is uit te sluiten, stelt men voor deze groep cliënten een Wlz-indicatie van bepaalde tijd voor, maximaal drie jaar.

Volgens een aantal andere experts is de Wlz niet passend voor deze groep verzekerden, omdat niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan toezicht of

<sup>3</sup> Volgens de experts en de wetenschappers zijn er geen 'harde' criteria beschikbaar om te bepalen of iemands behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid verdwijnt. Het is een professionele beoordeling op individueel niveau of een cliënt binnen afzienbare tijd uitzicht heeft op een zodanig herstel dat 24-uurs toezicht of zorg nabij niet meer noodzakelijk is. De term 'binnen afzienbare tijd' is niet anders te definiëren dan met een concrete termijn. Sommige experts bevelen aan om de opvattingen van een psychiater mee te laten wegen bij de indicatiestelling.



nabijheid blijvend is. Met andere woorden, er zijn op de lange termijn nog ontwikkelingen mogelijk op het gebied van zelfredzaamheid en/of participatie. Omdat niet kan worden uitgesloten dat iemand zich nog zal ontwikkelen is volgens deze experts de Wmo of Zvw beter passend dan de Wlz.

#### Aanpassingen

Zoals reeds in de vorige paragraaf is aangegeven is het voor de eerste groep niet nodig om het Wlz-afwegingskader aan te passen. Deze verzekerden voldoen aan de huidige Wlz-criteria. Als de tweede categorie verzekerden wel toegang moet kunnen krijgen tot de Wlz is aanpassing van de Wlz-criteria en het Wlz-afwegingskader noodzakelijk met betrekking tot de term 'blijvend'. Blijvend moet dan gedefinieerd worden als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Het is niet noodzakelijk het afwegingskader op andere punten te wijzigen. Het 'vaststellen van ernstig nadeel' kan op dezelfde manier plaatsvinden als voor de andere doelgroepen. Om bij de afweging zorgvuldig aandacht te besteden aan de psychische stoornissen stellen we wel voor om voor het 'vaststellen van het functioneren' vraag 45 over de psychische problemen uit te splitsen naar zeven afzonderlijke vragen (hallucinaties, wanen, irreële angsten, hechtingsproblemen, depressie, achterdocht en decorumverlies).

#### Omvang doelgroep

De omvang van de eerste groep (waarbij kan worden vastgesteld dat de behoefte aan toezicht of nabijheid blijvend is) komt overeen met de omvang die in de vorige paragraaf is aangegeven, namelijk circa 4.650 tot 13.800 van de circa 47.000 cliënten met een ZP-Indicatie. De experts konden geen schatting geven van de mate waarin verzekerden die ambulante zorg ontvangen voldoen aan de Wlz-criteria.

De omvang van de tweede groep is volgens de experts moeilijk in te schatten, omdat deze wordt gekleurd door een grote groep gehospitaliseerde cliënten en de omvang mede afhankelijk is van de wijze waarop partijen in de domeinen van de Zvw en Wmo acteren. Deze experts verwachten dat de omvang van de doelgroep de komende jaren wel kleiner wordt. Binnen de GGZ is de afgelopen jaren namelijk een ontwikkeling ingezet gericht op verdere ambulantisering en afbouw van bedden (zie bijvoorbeeld de fact-teams). Deze ontwikkeling begint volgens de experts zijn vruchten af te werpen. De verblijfsduur van cliënten in de klinieken neemt af en veel cliënten die voorheen beschermd woonden in een RIBW, wonen nu zelfstandig met ambulante begeleiding. Een deel van de 'oude' cliëntenpopulatie is echter zodanig gehospitaliseerd, dat er geen vooruitzichten zijn op herstel. Deze 'oude' cliëntenpopulatie komt op basis van de twee hiervoor beschreven cliëntengroepen in aanmerking voor zorg ten laste van de Wlz. De nieuwe instroom van cliënten die voldoen aan de hierboven genoemde kenmerken is volgens de experts echter gering.

Al deze mogelijke ontwikkelingen maken het heel moeilijk om een betrouwbare voorspelling te doen voor de omvang van de tweede groep. Op basis van een ruwe schatting van enkele experts kan de omvang van deze groep variëren tussen de 25% en 40% van de cliënten die momenteel in een instelling verblijven met een GGZ ZP-Indicatie.

Zoals hiervoor aangegeven, stelt een aantal andere experts (met name gemeenten) dat verzekerden, waarbij niet is uit te sluiten is dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid na drie of meer jaar verdwijnt, adequaat binnen het beschermd wonen vanuit de Wmo opgevangen kunnen worden (het past binnen de wettelijke omschrijving van de Wmo dat beschermd wonen onder andere is gericht op het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen). Zij verwachten dat door het aanpassen van de definitie van blijvend in 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd' de instroom in de Wlz substantieel zal zijn, omdat dit in de praktijk niet objectief kan worden vastgesteld.

#### 4. Conclusie

Op basis van het hiervoor beschreven onderzoek hebben we inzicht gekregen in twee groepen verzekerden met een psychische stoornis in relatie tot de Wlz:

- verzekerden met een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid en
- verzekerden die binnen afzienbare tijd een blijvende behoefte hebben aan toezicht of nabijheid.

##### Blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid

Op grond van het onderzoek concluderen we dat een deel van de verzekerden met een psychische stoornis voldoet aan de huidige Wlz-criteria. Het gaat om de categorie verzekerden waarbij sprake is van een combinatie van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De andere aandoeningen of handicaps leiden afzonderlijk niet tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid, maar de combinatie met de psychische stoornis maakt dat deze verzekerden blijvend (van niet voorbijgaande aard) permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben.

Voor deze verzekerden is het Wlz-afwegingskader onverkort toepasbaar. Dit betekent dat toelating tot de Wlz op basis van een inhoudelijke overweging plaatsvindt en het voor deze groep verzekerden ook mogelijk moet zijn om toegang tot de Wlz te krijgen zonder dat daar een behandelperiode van 3 jaar in een GGZ-instelling aan voorafgaat (artikel 3.2.2 van de Wlz is dan niet langer van toepassing). Om tot een zorgvuldige afweging te komen of een verzekerde met een psychische stoornis blijvend behoefte heeft aan toezicht of nabijheid van zorg is het van groot belang dat er uitgebreide (medische) informatie beschikbaar is over (het verleden van) de verzekerde (dit geldt overigens voor elke verzekerde die met het Wlz-afwegingskader wordt beoordeeld).

Aan een scherpe afbakening met de Zvw draagt een heldere omschrijving van 'het medisch noodzakelijk verblijf ten laste van de Zvw' bij. Met betrekking tot dit aspect stellen we voor aan te sluiten op de resultaten van het traject van het Zorginstituut dat in het najaar van 2015 komt met een nadere duiding van de medische noodzaak van verblijf in de GGZ.

##### Binnen afzienbare tijd blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid

Naast de vorige groep is een groep verzekerden te duiden die op enig moment behoefte heeft aan toezicht of nabijheid, maar waarbij de kans op herstel of het afvlakken van de psychische stoornis niet is uit te sluiten. Binnen afzienbare tijd (drie jaar) is er blijvend behoefte aan toezicht of nabijheid.

Niet alle experts zijn het erover eens dat deze groep toegang moet kunnen krijgen tot de Wlz. Tijdens de discussies in de bijeenkomsten over deze groep zijn naast inhoudelijke vragen ook opmerkingen gemaakt met betrekking tot het vertrouwen en beschikbare financiële middelen: Zijn gemeenten wel in staat om de juiste zorg te contracteren? Beschikken gemeenten wel over voldoende middelen om de kwalitatief noodzakelijke zorg te financieren? Deze vragen maken duidelijk dat de Wlz-toegang voor verzekerden met een psychische stoornis niet alleen gaat om het beantwoorden van een afbakeningsvraag, maar ook van een vertrouwensvraag en financieringsvraag.

Als wordt besloten om deze categorie verzekerden toegang te geven tot de Wlz is aanpassing van de Wlz-criteria en het Wlz-afwegingskader noodzakelijk met betrekking tot de term 'blijvend'. Blijvend moet dan gedefinieerd worden als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd', waarbij afzienbaar als drie jaar wordt gedefinieerd. Omdat de kans op herstel of het afvlakken van de problematiek niet is uit te sluiten, dient de indicatie voor deze groep voor maximaal drie jaar worden afgegeven.

#### Effecten

Alle experts zijn het erover eens dat verzekerden met een combinatie van een psychische stoornis en een andere aandoening of handicap voldoen aan de Wlz-criteria. Vanwege verschillende referentiekaders en opvattingen over de mate waarin het mogelijk is om aan te geven dat iemand blijvend behoefte heeft aan toezicht of nabijheid, geven de experts aan dat de omvang van deze groep moeilijk is in te schatten. Op basis van gegevens die over de ZP's beschikbaar zijn schatten we deze groep op circa 4.650 tot 13.800 verzekerden met een ZP-indicatie. De experts konden (vanwege de grote diversiteit in de praktijk) geen schatting geven van de mate waarin verzekerden die ambulante zorg ontvangen voldoen aan de Wlz-criteria.

Over de groep verzekerden die binnen afzienbare tijd een blijvende behoefte hebben aan toezicht of nabijheid bestaat geen consensus. De omvang van deze groep is volgens de experts moeilijk in te schatten, omdat deze wordt gekleurd door een grote groep gehospitaliseerde verzekerden en de omvang mede afhankelijk is van de wijze waarop partijen de komende jaren in de domeinen van de Zvw en Wmo acteren. Op basis van een ruwe schatting van enkele experts kan de omvang van deze groep variëren tussen de 25% en 40% van de verzekerden die momenteel in een instelling verblijven met een GGZ ZP-B of C-indicatie.

Alle aantallen en percentages die we hiervoor hebben genoemd, moeten worden beschouwd als een ruwe schatting. De effecten worden immers sterk beïnvloed door het huidige aantal verzekerden dat gehospitaliseerd is en de wijze waarop betrokken partijen in de toekomst binnen de Zvw en Wmo acteren.

Bijlage 1. Overzicht leden expertgroep, wetenschappers en projectgroep

Expertgroep

Organisatie	Contactpersoon
VGZ	Roeland van Overbeek
Parnassia	Anita Ockhorst
Parnassia	Jolanda Wierenga
VNG	Anja Richt
Per Saldo	Marjan Schuring
Kwintes	Jan Willem van Zuthem
Platform GGZ	Gee de Wilde
Platform GGZ	Ria Trinks
CIZ	Theo Hoolsema
ActIZ	Herma Oosterom
NVvP	Mariëlle Ploumen
Gemeente Amsterdam	Joost Kwadijk-Concincion
Gemeente Rotterdam	Stef van de Weerd
Gemeente Amsterdam	Roos Buntjer
Gemeente Apeldoorn	Antonie de Vlieger
HVO Querido	Hester Stokkel
Zorginstituut Nederland	Lise Rijnierse
NIP	Paul Betgem
Ypsilon/LpGGZ	Bert Stavenuiter
Ypsilon/LpGGZ	Frits Dorleijn
Gemeente Den Haag	Nynke van Zorge
Gemeente Den Haag	Ruud Rottier
Gemeente Den Haag	Ariedick Schoorl

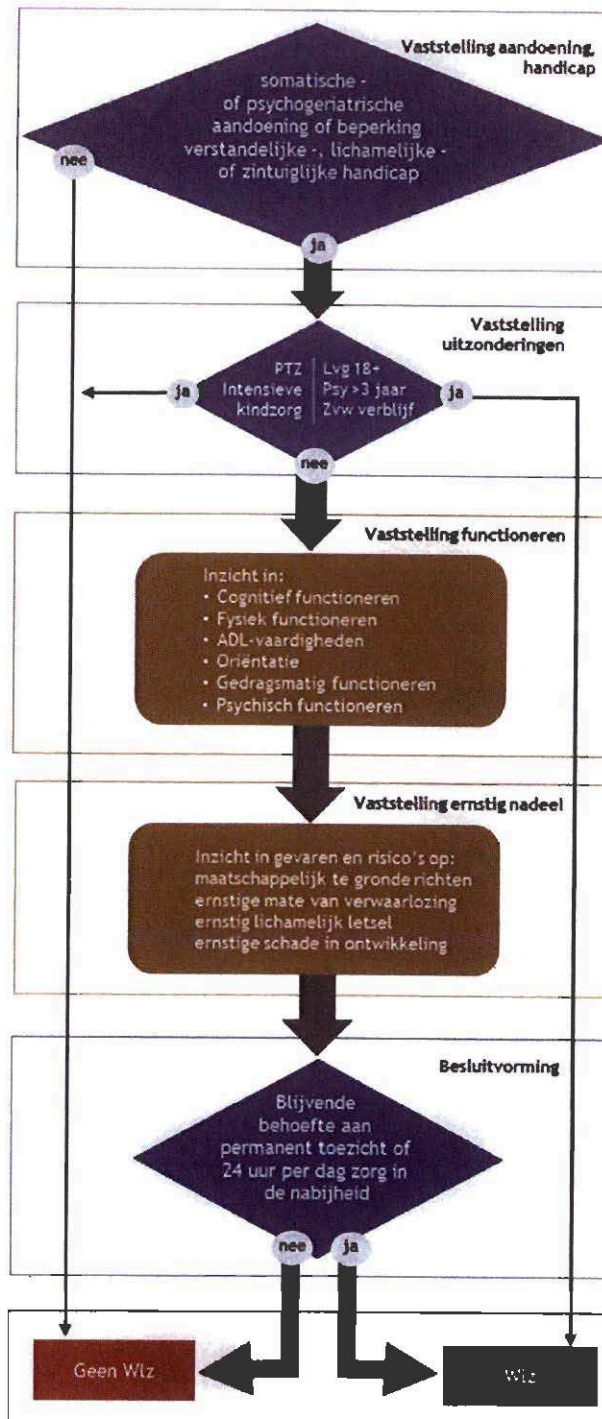
Wetenschappers

Organisatie	Contactpersoon
Universiteit van Maastricht en Mondriaan	Philippe Delespaul
Hanzehogeschool Groningen	Charlotte de Heer - Wunderink
Trimbos Instituut	Frank van Hoof
Universiteit van Tilburg	Jaap van Weeghel
UMC Utrecht	Wiepke Cahn

Projectgroep

Organisatie	Contactpersoon
CIZ	Aletta Willems
CIZ	Bart-Willem Lenders
Zorginstituut Nederland	Fons Hopman
Zorginstituut Nederland	Ineke van der Voort
Bureau HHM	Patrick Jansen

Bijlage 2. Wlz-afwegingskader



## Bijlage 3. Omschrijving cliëntgroepen met blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid

Tijdens de bijeenkomsten met experts en wetenschappers zijn enkele voorbeelden genoemd van type cliënten met een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid: EPA-clieñten met andere aandoeningen of handicaps, cliënten met het syndroom van Korsakov en cliënten binnen de geronto-psychiatrie. Deze bijlage bevat een nadere beschrijving van deze cliënten opgenomen. Hierbij is het wel van belang om te realiseren dat het slechts enkele voorbeelden zijn (dus geen limitatieve opsomming) en dat niet elke cliënt binnen deze typologieën blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uren zorg nabij. Van de andere kant bezien sluit het niet uit dat cliënten met andere ziektebeelden toegang kunnen krijgen tot de Wlz.

De combinatie van de psychische stoornis met de andere aandoeningen of handicaps, leidt ertoe dat deze cliënten fysiek en/of cognitief blijvend:

- niet in staat zijn of geen initiatief nemen om ADL- en HDL-taken uit te voeren,
- niet in staat zijn of geen initiatief nemen om de dag te structureren en/of activiteiten uit te voeren, en
- niet in staat zijn om een hulpvraag te verwoorden of op relevante momenten hulp in te roepen.

Hierdoor kunnen blijvende gevaren optreden. Deze cliënten zijn namelijk niet in staat om de gevaren goed in te schatten en/of adequate hulp in te roepen. Hierdoor bestaat het risico dat deze cliënten zich maatschappelijk te gronde richten, verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel oplopen en/of schade oplopen in hun ontwikkeling.

Clieñten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en co-morbiditeit andere grondslagen  
*Diagnosen/problemen/kenmerken*

De cliëntengroep EPA met co-morbiditeit bestaat uit volwassenen met langdurige ernstige psychische stoornis, die:

- al dan niet verslaafd (dubbel diagnose) zijn,
- al dan niet (licht) verstandelijk beperkt (niet op de voorgrond) zijn,
- en/of al dan niet lichamelijke klachten en ziekten hebben (clieñten kunnen als gevolg van medicatiegebruik, aandoening of leefstijl lichamelijke klachten en ziekten ontwikkelen).

En waarbij klinische behandeling (medisch noodzakelijk verblijf) niet op de voorgrond staat.

Door (ernstige) disfunctioneren en beschadiging van de hersenen ten gevolge van ziekte, leefstijl, medicatie en/of verstaving heeft deze cliëntengroep o.a. de volgende kenmerken op gebied van gedrag, sociaal en/of maatschappelijk functioneren, praktische handelingen en leervermogen:

- Cliënt heeft geen potentieel tot ontwikkeling naar zelfstandig functioneren in een eigen woning. Dit blijkt uit de beperkte vooruitgang, die er in de afgelopen jaren is geweest en de cliënt heeft hier berusting in. Er ontbreekt de wil of de kunde om geheel zelfstandig te kunnen functioneren in een eigen woning.
- Door agressie of het veroorzaken van overlast is 24-uren begeleiding en toezicht nodig, welke niet is op te lossen door de cliënt individueel te laten wonen. Overlast in brede zin bevat ook zelfverwaarlozing.
- Risico op decompensatie is groot, blijkt uit langdurig en veelvuldige klinische opnames in het verleden, wisselingen in intensiteit en ernst van de klachten.
- Cliënt is niet in staat / neemt geen initiatief om ADL-/HDL-taken uit te voeren.
- Cliënt is niet in staat tot / neemt geen initiatief voor het structureren van de dag en het uitvoeren van activiteiten en handelingen (tijd, planning en organisatie).
- Cliënt kan de hulpvraag niet verwoorden en/of uitstellen.



- Gebrek aan sociale vaardigheden. Steunend netwerk ontbreekt veelal en cliënt heeft moeite met het opbouwen en onderhouden van een steunend netwerk.

### *Type ondersteuning*

Het aanbod is een combinatie van wonen en begeleiding, waarbij begeleiding op alle leefgebieden gegeven wordt en/of wordt overgenomen. Het bieden van een veilige leefomgeving en een zo normaal mogelijke woonsituatie passend bij de cliënt. Het gaat om 24-uurs begeleiding in de woonvormen met toezicht.

Cliënten hebben een arts (GGD-arts, huisarts en/of behandelaar; psychiater/SPV-er). Samenwerkingsafspraken tussen behandeling en begeleiding zijn gemaakt in (raam)overeenkomsten en individuele cliëntafspraken (als signaleringsplan).

Doel van de begeleiding is stabilisatie, bescherming en kwaliteit van leven. Er wordt gesproken van stabilisatie als de cliënt vermoedelijk geen grote ontwikkeling (naar zelfstandig functioneren in een eigen woning) meer doormaakt en naar verwachting hetzelfde zorgaanbod blijft houden. Afhankelijk van de individuele hulpvraag en afgestemd met de cliënt, ligt de nadruk van de begeleiding op:

- het (leren) omgaan met de kwetsbaarheid (en zo nodig gedragsregulering, begrenzen van gedrag) waarbij er bescherming wordt geboden (tegen zichzelf en/of anderen).
- het behouden van de vaardigheden, die de cliënt heeft opgebouwd en mogelijk verbeteren van de situatie.
- het voorkomen dat cliënt achteruit gaat of opgenomen moet worden.

### *Geronto-psychiatrie*

#### *Diagnosen/problemen/kenmerken*

Het gaat het om cliënten met een psychische stoornis met een leeftijd van (meestal) boven de 55 jaar en met lichamelijke aandoeningen mede als gevolg de ouderdom. De psychische stoornis kan zowel zijn veroorzaakt door NAH, neurologische ziektebeelden als psychiatrische ziektebeelden.

Binnen de geronto-psychiatrie is een onderscheid te maken in twee grote groepen:

- mensen die al eerder in hun leven te maken hebben gekregen met een psychische stoornis en die op oudere leeftijd nog steeds problemen hebben van een intussen chronisch beeld of bij wie de problemen weer opleven.
- mensen die hier op oudere leeftijd voor de eerste keer mee worden geconfronteerd.

Cliënt kenmerken zijn hoge prevalentie van syndromen met (bijkomende) cognitieve stoornissen; lichamelijke co-morbiditeit; functionele veranderingen/ functieverlies; levensfaseproblemen (derde en vierde levensfase). Er is sprake van kwetsbaarheid op diverse levensdomeinen, zoals zorgmijding, financiën, sociaal netwerk, sociale contacten. Er is een grote interindividuele variatie.

### *Type ondersteuning*

Het gedrag en de sociale interacties zijn beïnvloedbaar in een (socio)therapeutisch milieu dat specifiek past bij de doelgroep (nadruk op een voorspelbare structuur).

De somatische klachten zijn zodanig van aard dat (dagelijks) behoefte is aan verpleging en verzorging. Daarnaast bestaat de noodzaak van multidisciplinaire samenwerking, ook met medische disciplines

## Cliënten met Korsakov

### *Diagnosen/problemen/kenmerken*

Mensen met Korsakov hebben een geheugenstoornis. Ze kunnen niet goed informatie opslaan en terughalen, zijn daarom vaak gedesoriënteerd in plaats en tijd. De geheugenstoornis is echter niet de belangrijkste factor die de uiteindelijke prognose bepaalt, dat is de chronische centraal executieve functiestoornis. Deze veroorzaakt problemen met het initiëren, plannen, organiseren en stoppen van gedrag. Mensen met Korsakov kunnen hun leven niet meer organiseren, structureren, kunnen niet meer flexibel op veranderende omstandigheden inspelen en eenmaal begonnen taken niet meer naar behoren afronden. Ze halen de volgorde van de afzonderlijke stappen door elkaar of blijven er halverwege in hangen. Daardoor mislukken zelfs eenvoudige handelingen en ontstaat er 'chaos'.

Vanwege onder andere de nicotineverslaving, de zelfverwaarlozing en het zware alcoholgebruik in het verleden is de biologische leeftijd van cliënten met Korsakov veel hoger dan hun kalenderleeftijd.

### *Type ondersteuning*

De somatische en psychiatrische co-morbiditeit van de cliënten vereisen een multidisciplinaire behandeling; het syndroom van Korsakov blijft echter het hoofdprobleem die begeleiding, actieve interventie en 24 uur per dag zorg nabij vereist. De blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid is nodig omdat de persoon onder andere vanwege het gebrek aan ziekte-inzicht niet zelf in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen. Bovendien heeft hij vanwege de centraal executieve functiestoornissen zware regieproblemen en daardoor voortdurend begeleiding of overname van taken nodig.

De ondersteuning van een Korsakov-cliënt gebeurt in twee fasen, gericht op stabilisering. In de eerste fase wordt naar een stabiele situatie toegewerkt. In deze fase worden voeding, medicatie, beweging en een goed dagprogramma afgestemd op de cliënt, met de focus op het voorkomen van over- en onderstimulatie. Als de cliënt een optimale lichamelijke en geestelijke conditie bereikt heeft, is de tweede fase vervolgens gericht op stabilisatie, het vasthouden van deze optimale lichamelijke en geestelijke conditie. Terugkeren naar een thuissituatie is niet haalbaar.

## **Bilage: Overzicht bestuurlijke reacties en gevolgen daarvan voor het rapport**

We hebben een concept van ons advies voor bestuurlijke consultatie gestuurd naar de volgende partijen:

- Per Saldo
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Actiz
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- GGZ Nederland
- Federatie Opvang
- RIBW Alliantie
- Landelijk Platform GGZ (LPGGZ)
- Nederlands Instituut van psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Zorgverzekeraars Nederland
- Ypsilon
- Vereniging Gehandicapten Nederland

Daarbij hebben we de volgende vragen gesteld:

Over het advies over de groep die langdurig is aangewezen op permanent toezicht of zorg in de nabijheid:

- Bent u het met het Zorginstituut eens dat de groep verzekerden met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij toegang moet krijgen tot de Wlz?
- Welke opmerkingen en aanvullingen heeft u op dit deel van het advies?

Over het advies over de groep die langdurig maar niet blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid:

- In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz?
- Heeft u verder opmerkingen over dit deel van het advies?
- We noemen een aantal risico's en aandachtspunten die daarbij spelen. In hoeverre herkent u zich daarin? Zijn er nog andere aandachtspunten?

Over het advies de driejaarstermijn in de Zvw te verlaten:

- Bent u het eens met dit standpunt?
- Welke uitvoeringsproblemen ziet u daarbij?

Over het totale advies:

- Wat is uw visie op dit advies?

Hieronder vatten we de binnengekomen reacties samen en geven aan op elke manier we daarmee zijn omgegaan. De bestuurlijke reacties zelf zijn als bijlagen toegevoegd.

### **Per Saldo**

Per Saldo is het eens met het feit dat de doelgroep die blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij<sup>1</sup> toegang moet krijgen tot de Wlz. Daarbij moeten inhoudelijke criteria gelden, niet de indeling van de huidige ZZP's. Periodieke herindicatie is voor deze groep niet nodig. We zijn het eens met deze constatering. Het is een bevestiging van ons conceptadvies.

De groep die langdurig, maar niet blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij moet volgens

<sup>1</sup> Korthedshalve gebruiken we in dit document de term '24 uur zorg nabij' in plaats van 'permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid'.

Per Saldo ook toegang tot de Wlz krijgen. De redenen daarvan zijn dat de Wmo zou zijn gericht op verbetering, wat leidt tot overvraging. In ons conceptadvies zijn we op dat argument al ingegaan. De stelling dat de Wmo op verbetering is gericht, volgt niet uit de wet zelf.

Een tweede reden dat deze groep toegang moet hebben tot de Wlz, is dat gemeenten hun zaken nog niet goed op orde zouden hebben. We vinden dat geen valide argument. Voor zover dat het geval is, geldt dat ook voor andere doelgroepen. We gaan er van uit dat gemeenten de hen toebedeelde taken naar behoren uitvoeren.

Per Saldo geeft aan dat de behandeltijd van psychiatrische problematiek kan worden verkort, en ambulantisering de standaard wordt. We begrijpen de reactie van Per Saldo zo, dat zij een probleem ziet voor mensen die in de huidige setting zijn gehospitaliseerd. Dit is inderdaad een groep die aandacht verdient. Voor zover iemand zodanig is gehospitaliseerd dat duidelijk is dat hij blijvend zal zijn aangewezen op zorg nabij, valt hij onder de eerste doelgroep. Als er nog uitzicht is op participatie en zelfredzaamheid, mag hem de kans daartoe niet worden ontnomen.

Volgens Per Saldo moet de huidige groep verzekerden een stem krijgen in de vraag of men onder de Wmo of de Wlz wil vallen. Belangrijker dan het domein waarin de zorg is bekostigd, is de aard van de zorg. Een op de persoonlijke omstandigheden afgestemd zorgaanbod is beter mogelijk als alle zorg in het gemeentelijk domein is geregeld. In een voorziening (ic Wmo) is het ook mogelijk rekening te houden met de context en eigen mogelijkheden van de verzekerde. We hebben dat in de tekst verduidelijkt.

Het risico dat andere doelgroepen, zoals (licht) verstandelijk gehandicapten of mensen met een NAH met een beroep op het gelijkheidsbeginsel toegang tot de Wlz eisen, is volgens Per Saldo ongegrond. We constateren dat deze passage van het rapport onduidelijk is. Per Saldo leest dit anders dan we hebben bedoeld. We hebben de tekst verduidelijkt.

Toegang tot de Wlz is voor de tweede groep volgens Per Saldo ook noodzakelijk, omdat een wisseling van domein teveel onrust zou veroorzaken. We kunnen dat niet volgen: deze doelgroep komt nu ten laste van de Wmo, zodat toegang tot de Wlz juist een wisseling van domein zou zijn.

Per Saldo stelt dat de criteria voor de toegang tot de Wlz van de tweede groep nader moeten worden vastgesteld. Uit het onderzoek is echter gebleken dat die criteria er niet zijn.

De wens van Per Saldo dat de preferentie van de cliënt bepalend moet zijn of hij zijn zorg vanuit de Wmo of de Wlz ontvangt, verhoudt zich niet met het verzekeringskarakter van de Wlz en het wettelijke systeem.

#### Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ)

Het CIZ onderschrijft het standpunt dat de groep die blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij toegang moet hebben tot de Wlz. Het constateert dat als er geen brede consensus is over de vraag hoe de blijvendheid van de zorgbehoefte kan worden vastgesteld, dit kan leiden tot verschillen in de toegang tot de Wlz. Het CIZ ziet in het onderzoek aanknopingspunten om de blijvendheid te beoordelen. Het gaat om het totaal aan beperkingen, niet alleen om de beperkingen vanwege de psychische problematiek. Dat onderzoek wijkt niet af van het onderzoek dat plaatsvindt op basis van een andere aandoening.

Hoewel dit geen onderwerp van dit advies is, gaat het CIZ ook in op het vaststellen van het best passende zorgzwaartepakket. Terecht stelt het daarbij dat dit niet per se een pakket uit de GGZ reeks betreft. Afhankelijk van de problematiek kan een pakket uit welke reeks dan ook de best passende zijn. Het Zorginstituut heeft dit standpunt al eerder bij indicatiegeschillen ingenomen, en de CRvB heeft dit standpunt bekrachtigd.

Het CIZ vindt het niet bij het karakter van de Wlz passen dat verzekerden waarvan niet

vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij, toegang krijgen tot de Wlz. Het is ook niet te verdedigen dat andere groepen geen tijdelijke toegang zouden krijgen. Een belangrijke overweging is de vraag wat de verzekerde zelf als passende oplossing ziet. Als individuele en lokale oplossingen (samen met het eigen netwerk) volstaan, verdient dat de voorkeur.

We delen deze visie met het CIZ. We constateren daarbij dat Individueel maatwerk, waarbij ook het netwerk van de verzekerde een rol speelt, veel beter mogelijk is als alle zorg en ondersteuning in het gemeentelijk domein is geregeld, dan als er een knip is tussen Wmo en Wlz. Afgezien van mogelijk afwentelingsgedrag, waarop we in het conceptrapport zijn ingegaan, is het in het gemeentelijk domein (in tegenstelling tot de Wlz) mogelijk de eigen mogelijkheden van de verzekerde en zijn omgeving mee te nemen. We hebben dit als aparte overweging in het rapport opgenomen.

#### Actiz

Actiz vraagt om een oplossing voor de periode tot 2017. De driejaarstermijn voor de Zvw moet worden verlaten. Het Zorginstituut is het op zich eens met de stelling dat de driejaarstermijn moet worden vervangen door een inhoudelijke beoordeling, maar aanpassing daarvan vereist wetswijziging.

Actiz stelt de vraag of een verzekerde die geen combinatie van problemen heeft, maar wel voldoet aan de criteria van de Wlz, toegang heeft. Het antwoord is ja: het voldoen aan de toegangsvereisten is bepalend. Er moet minimaal één grondslag zijn.

Tenslotte vraagt Actiz aandacht voor de bekostiging van de diagnostische fase van Korsakov in de Zvw.

#### Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

De NVvP vindt dat het afwegingskader dat het Zorginstituut op 2 juli jl. heeft vastgesteld, ook van toepassing kan zijn op mensen met een psychiatrisch probleem, en onderschrijft dat mensen met een blijvende behoefte aan 24 uur zorg nabij toegang tot de Wlz moeten hebben.

Ook de groep die langdurig maar niet blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij zou toegang tot de Wlz moeten hebben. Dat strookt volgens de NVvP met de doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg. Mensen met een psychische aandoening moeten gelijk worden behandeld als mensen met een somatische aandoening. Gelijke behandeling van mensen met psychische beperkingen en mensen met lichamelijke beperkingen betekent volgens ons dat de groep die *niet* blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij geen toegang moet hebben tot de Wlz. We kunnen de conclusie die de NVvP trekt, dat die groep wel toegang moet hebben tot de Wlz niet volgen.

De NVvP geeft aan dat de rust en stabiliteit die kan worden geboden in de Wlz doorstroming naar de Wmo kan bevorderen. In het advies gaan we op dit argument, dat ook door andere partijen wordt genoemd, uitgebreid in.

De risico's die het Zorginstituut ziet, zoals onduidelijke criteria, afwentelingsgedrag, strategisch gedrag etc. vindt het NVvP irreëel, maar het geeft niet aan welke criteria onderscheidend zouden zijn bij de driejaarlijkse beoordeling.

De NVvP onderschrijft dat de driejaarsgrens in de Zvw verlaten moet worden, maar vraagt zich daarbij af hoe dat zit met jeugdigen. We hebben het advies op dat punt verduidelijkt: net als bij kinderen met een andere grondslag, heeft (als de grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd) een jeugdige aanspraak op de Wlz op het moment dat vaststaat dat hij blijvend is aangewezen op 24-uur zorg nabij. Waarbij we opmerken, dat juist bij kinderen met psychische problemen die conclusie niet te snel getrokken mag worden.

#### Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa benadert de vraag vanuit zijn taak passende prestaties te formuleren, en onderscheidt drie groepen: de groep die langdurig, maar niet blijvend op 24 uur zorg nabij is aangewezen, de groep met comorbiditeit die blijvend op 24 uur zorg is aangewezen, en de groep met 'alleen' een psychische stoornis waarvoor dat geldt. De NZa vraagt of de toegang alleen geldt voor mensen met comorbiditeit of ook voor mensen met 'alleen' een psychische stoornis. Het laatste is het geval. We hebben dat in het advies verduidelijkt.

De NZa wil voorzichtig zijn met het geven van toegang aan de groep die tijdelijk op 24 uur zorg nabij is aangewezen, omdat objectieve criteria ontbreken.

Voor de groep met 'alleen' een psychische stoornis vraagt de NZa zich af of het afwegingskader voldoende toepasbaar is, en pleit voor een pilot. In de expertgroepen, en ook in de bestuurlijke reacties, stellen professionals dat het afwegingskader ook voor deze groep goed toepasbaar is. We hebben bij de vaststelling van het afwegingskader op 2 juli jl. al geconstateerd dat ook voor de bestaande doelgroepen doorontwikkeling van het afwegingskader nodig is. We zien geen reden waarom voor de groep met psychische problemen een uitzondering moet worden gemaakt.

De NZa vraagt of de groep die toegang krijgt tot de Wlz alleen intramurale zorg kan krijgen of ook gebruik kan maken van de andere leveringsvormen. We zien niet in waarom voor deze groep een beperking zou moeten bestaan voor het gebruik van bepaalde leveringsvormen. Bij elke leveringsvorm mis bepaald dat het zorgkantoor toetst of de zorg doelmatig en verantwoord is.

De NZa stelt dat hij zich kan voorstellen dat eerst meer inzicht wordt verkregen over de meerwaarde die verschillende leveringsvormen voor deze doelgroep kunnen hebben. We volgen dat niet. Het is in principe aan de verzekerde om te bepalen van welke leveringsvorm hij gebruik wil maken. Het zorgkantoor moet daarin meegaan, maar toetst op individueel niveau wel of de zorg verantwoord of doelmatig is. Welke leveringsvorm 'meerwaarde' heeft, is dus allereerst overgelaten aan de preferentie van de verzekerde.

De NZa geeft aan dat hij nog veel werk moet verzetten om een passende bekostiging te realiseren.

De NZa wijst er tenslotte op dat als de huidige driejaarsgrens voor de Zvw wordt verlaten, de wet moet worden aangepast. We hebben dit in het advies toegevoegd.

#### Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)

De VNG vindt dat de toegang tot de Wlz beperkt moet blijven tot de groep die blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij. De VNG verwijst daarbij naar de Commissie Toekomst Beschermd Wonen. Er moet een omslag plaatsvinden waarbij de zorg en ondersteuning naar de cliënten wordt gebracht in plaats van andersom. Ze legt ook een verband met het dossier verwarde personen: als de hele range van zorg en ondersteuning voor psychiatrische cliënten in één domein (ic de Wmo) is ondergebracht, biedt dat de beste kansen op continuïteit. Scheidslijnen tussen financiële bronnen maken die ontwikkeling minder makkelijk. Het Zorginstituut is het daarmee eens. We hebben de tekst in het advies daarop aangepast.

Dat geldt vooral voor de tweede groep, waarvan niet vaststaat dat die blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij. Signalering van terugval en snel aanvullende zorg kunnen inschakelen is volgens de VNG essentieel.

De VNG is het eens met het advies de driejaarstermijn voor de Zvw te laten vervallen.

#### Brancheorganisaties en Landelijk Platform GGZ (GGZ-Nederland, Federatie Opvang, RIBW-Alliantie, LPGGZ)

De brancheorganisaties van zorgaanbieders in de GGZ en het Landelijk Platform GGZ hebben

een gezamenlijke reactie ingebracht. Ypsilon heeft te kennen gegeven zich hierbij aan te sluiten. Zij constateren dat de zorg in vijf verschillende wetten is geregeld, en dat elke overgang tussen domeinen gepaard gaat met het risico op discontinuïteit van zorg en ondersteuning. Een heldere afbakening van domeinen is noodzakelijk, maar ook een goede samenwerking en aansluiting ertussen. Het uitgangspunt is dat partijen willen blijven werken aan herstel en kwaliteit van leven, hoe ziek of gehandicapt iemand ook is. Nieuwe begeleidings- en behandelmethoden helpen om mensen zo zelfstandig mogelijk te laten leven. Het ministerie van VWS heeft systeemverantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en samenhang van de zorg en ondersteuning te borgen.

De in de Landelijke Werkafspraken langdurige GGZ voorgenomen afspraken over samenwerking tussen partijen en continuïteit van zorg zijn nog nauwelijks van de grond gekomen.

Voorkomen moet worden dat de langdurige GGZ een eindstation is, van waaruit participatie niet meer mogelijk is.

Partijen zijn het eens met het advies om de groep die blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij toegang te verlenen tot de Wlz. Daarbij benoemen ze expliciet de groep mensen die blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij vanwege behandelgeschiedenis en leefstijl. Voor zover vaststaat dat die zorgbehoefte *blijvend* is, voldoen ze inderdaad aan de toegangscriteria. We hebben dat in de tekst verduidelijkt.

Partijen zijn het eens met het opnemen van de door HHM voorgestelde extra vragen in het afwegingskader, maar vinden het ook noodzakelijk dat het item 'cognitief functioneren' in het afwegingskader wordt aangepast en dat expliciet gevraagd wordt naar de mate van verminderd cognitief functioneren ten gevolge van psychoses, langdurig gebruik van psychofarmaca, of verslavende middelen.

Het is inderdaad belangrijk dat de CIZ-onderzoekers zich realiseren dat psychoses, langdurig gebruik van psychofarmaca, of verslavende middelen invloed kunnen hebben op het cognitief functioneren. We stellen voor om dit op te nemen bij de instructies voor het invullen van de vragen ter vaststelling van het cognitief functioneren.

We vinden het niet logisch om deze toevoeging in de vraagstelling zelf op te nemen. Dit vanwege het uitgangspunt dat het niet uitmaakt *waardoor* er beperkingen in het cognitief functioneren bestaan; het gaat er om *dat* er beperkingen zijn. Daarom is in de huidige formulering van de vragen ter vaststelling van het functioneren ook nergens iets opgenomen over de eventuele oorzaak. Bij cognitief functioneren zou dat bijvoorbeeld ook NAH, dementie of een verstandelijke beperking kunnen zijn.

Het risico bestaat dat gemeenten vanwege de voorliggendheid van de Wlz ten opzichte van de Wmo mensen eerst naar het CIZ verwijst. Wij zien dat risico ook, en hebben dat eerder gesignaleerd. We onderschrijven de opmerking van partijen dat er landelijke afspraken nodig zijn die voorkomen dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. We hebben de noodzaak van samenhang en afstemming tussen domeinen explicieter in de tekst opgenomen.

Op dit moment zien partijen het meeste perspectief voor cliënten in de Wlz, maar zij herkennen de overwegingen van het Zorginstituut over het ontbreken van objectieve criteria, afbakeningsproblemen en strategisch gedrag. Dat zou voorkomen worden door inzet van klinische expertise en onderzoek. Het zorginstituut heeft dat vertrouwen niet. Bij gebrek aan objectieve criteria zal een klinisch expert (moeten) terugvallen op een eigen invulling van de criteria. Het risico is groot dat verschillende experts tot verschillende uitkomsten komen.

Partijen ontkennen dat een tijdelijke toegang tot de Wlz ambulantisering zou belemmeren. De ambulantisering wordt op dit moment belemmerd door een gebrek aan samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en woningcorporaties. Volgens hen loopt deze (tweede) groep een groot risico op afwenteling, sociale uitsluiting en zorgmijding. De Wmo, Participatiewet en Zorgverzekeringswet bieden mogelijkheden, maar de noodzakelijke stappen om daartoe te komen, zijn nog niet gezet, waardoor deze groep nog niet profiteert van de Hervorming van

de Langdurige Zorg.

We begrijpen het betoog van partijen zo, dat zij menen dat het positioneren van deze groep in de Wmo/Participatiewet/Zorgverzekeringswet weliswaar mogelijk is, maar dat daarvoor nog een aantal essentiële randvoorwaarden moeten worden ingevuld. Dat strookt met wat bijvoorbeeld de VNG stelt. We zijn het met deze constatering eens. Wil de Hervorming van de Langdurige Zorg slagen, dan zijn forse investeringen nodig in samenhang en afstemming tussen domeinen, kennis over de doelgroep, en het ontwikkelen/in stand houden van een passend aanbod. We hebben die notie explicieter in het advies opgenomen.

Deze partijen zijn het eens met het advies de driejaarstermijn in de Zvw te verlaten, maar vragen daarbij aandacht voor de continuïteit in zorg bij de overgang naar een ander domein. Zij eindigen met enkele opmerkingen over de wenselijkheid van persoonsvolgende bekostiging, de verzekeraarbaarheid van langdurig klinisch verblijf die buiten de reikwijdte van ons advies vallen.

*Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen (NVO)*

Het NIP en de NVO reageren gezamenlijk. Ze zijn het eens met het advies om mensen met een psychische stoornis waarvan vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij, toegang te geven tot de Wlz. Mensen met een psychische stoornis moeten gelijk worden behandeld als mensen met een somatische aandoening. Ze vragen of het advies ook geldt voor jeugdigen. We zijn daarop bij de reactie op de inbreng van de NVvP ingegaan.

Het NIP en NVO vinden dat ook de tweede groep, die langdurig maar niet blijvend is aangewezen op 24 uur zorg nabij, toegang moet krijgen tot de Wlz. Zij baseren dat op het gelijkheidsbeginsel, en het feit dat de (tijdelijke) zorgbehoefte niet anders is dan de langdurige. We volgen dat niet. Andere groepen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen waarvan de blijvendheid niet vast staat, hebben geen toegang tot de Wlz. Ook niet als hun zorgbehoefte hetzelfde is als van de groep met een blijvende zorgvraag. Ze wijzen er op dat het Zorginstituut in de voorbereiding van het afwegingskader van 2 juli jl. heeft overwogen de term 'blijvend' te vervangen door 'binnen afzienbare tijd', en vinden dat nog steeds een acceptabele oplossing. We hebben bij de vaststelling van het afwegingskader heel bewust dat voornemen verlaten. Het zou de toegang tot de Wlz zodanig verbreden, dat het karakter van de Wlz zou worden aangetast.

Er zijn geen cijfers bekend over de aantallen die bij een bredere toegang in de Wlz zouden stromen. NIP en NVO stellen voor dit te onderzoeken. Ons besluit de term 'blijvend' niet aan te willen passen, is niet gebaseerd op aantallen, maar op het karakter van de Wlz.

Het gaat, zoals NIP en NVO ook stellen, uiteindelijk om de manier waarop de zorg geboden wordt. Als dat in de Wmo en Wlz op een kwalitatief goede manier is, is de bekostiging secundair.

NIP en NVO benadrukken de onwenselijkheid dat gemeenten mensen naar de Wlz verwijst, als zij met mantelzorg, Wmo en Zvw kunnen volstaan. We hebben dit risico al eerder benoemd. Als de groep met een tijdelijke zorgvraag toegang krijgt tot de Wlz, neemt dat risico alleen maar toe. Daarbij speelt dat de gemeente wél rekening kan houden met de omgeving en de eigen mogelijkheden van cliënten. Als de gemeente integraal verantwoordelijk is voor de zorg en ondersteuning van mensen met psychische problematiek, is dat ook een prikkel tot preventie. We zijn daar bij onze reactie op de inbreng van het CIZ uitgebreider op in gegaan. NIP en NVO stemmen in met het advies de driejaarstermijn in de Zvw te verlaten.

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

ZN is het eens met het advies mensen met een psychische stoornis die blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij. Zij vinden dat SMART moet worden beschreven om welke combinaties van stoornissen met aandoeningen/beperkingen het gaat. Die suggestie nemen we niet over. Het gaat niet om de achterliggend stoornissen, maar om het totaalbeeld van de beperkingen. Dat totaalbeeld is heel verschillend per persoon. Uiteindelijk is de blijvende behoefte aan 24 uur zorg nabij bepalend.



Voor wat betreft de groep die langdurig maar niet blijvend op 24 zorg nabij is aangewezen, herkent ZN de risico's die we benoemen. Een tijdelijke toegang strookt niet met de uitgangspunten van de Wlz. Als tijdelijke toegang wordt geboden zou dat alleen kunnen op grond van objectieve criteria.

ZN is het eens met het voorstel de driejaarstermijn in de Zvw te verlaten voor zover het situaties betreft waarvan eerder duidelijk is dat het gaat om een blijvende behoefte aan 24 uur zorg nabij. Voor zover na drie jaar nog niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan 24 uur zorg nabij blijvend is, vindt ZN dat die zorg niet ten laste van een risicodragende zorgverzekering kan komen.

Verder wijst ZN op een aantal uitvoerings- en bekostigingsproblemen. Er zijn volgens ZN objectieve normen nodig, en die zouden ontbreken. Het gaat hier echter over de groep die *blijvend* is aangewezen op zorg nabij. Professionals zien geen grote problemen die groep te onderscheiden. Het ontbreken van objectieve normen geldt vooral bij de tweede groep. Maar dat is hier niet relevant.

#### *Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)*

De VGN vindt het terecht dat de grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd. Zo is een integrale beoordeling mogelijk. De huidige toegangscriteria moeten verder ongewijzigd blijven om ongewenste groei van de Wlz te voorkomen.

De VGN is het met ons eens dat de Wmo en de Zvw voldoende ruimte bieden om de benodigde zorg en ondersteuning te bieden aan verzekerden die langdurig maar niet blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij. Het verbreden van het criterium 'blijvend' naar blijvend binnen afzienbare tijd' strookt volgens de VGN niet met de doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg. Het leidt ook tot onduidelijke domeinafbakening en strategisch gedrag van financiers, zorgaanbieders en cliënten. Ook de VGN maakt zich zorgen over de mogelijke precedentwerking die een verbreding van het begrip 'blijvend' heeft.

De VGN begrijpt ons conceptadvies zo, dat verzekerden met voortgezet verblijf niet zouden hoeven te voldoen aan het criterium dat zij moeten zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. We hebben het in de tekst inderdaad over 'behandeling met verblijf'. In de praktijk is het zo dat die groep altijd wel is aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij. Maar het is zuiverder dat dan ook te benoemen. We hebben dat in de tekst aangepast.

De VGN vraagt tenslotte in het advies de financiële gevolgen van de budgetverdeling over de verschillende stelsels mee te nemen. Dat valt echter buiten de reikwijdte van dit advies.

## Conceptadvies over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis

### Ad 1. Cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij

"Uit het onderzoek komt naar voren dat het in bepaalde gevallen mogelijk is vast te stellen dat er een blijvende noodzaak is van permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat vooral om mensen waarbij een combinatie van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking kan leiden tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Hetzelfde geldt voor bepaalde ziektebeelden, zoals gerontopsychiatrie, Korsakov en Huntington. Het gaat ook dan niet om de aandoening zelf, maar om het totaal aan beperkingen die blijvend permanent toezicht of 24-uurs toezicht noodzakelijk maken.

Op dit moment blijft de psychiatrische problematiek bij de Indicatiestelling buiten beschouwing: als de bestaande grondslagen (somatische aandoeningen en beperkingen, verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke handicaps) op zichzelf geen toegang geven tot de Wlz, krijgt de verzekerde geen toegang, ook niet als de combinatie met psychiatrische problematiek wel permanent toezicht of 24 zorg nabij noodzakelijk maakt. Daarbij is het vaak niet goed mogelijk te beoordelen of de problematiek vooral komt door de psychiatrische stoornis of door bijvoorbeeld een verstandelijke beperking. Doordat (na toevoeging van de grondslag psychische stoornis) het totaal aan beperkingen wordt meegenomen bij de Indicatiestelling, wordt een integrale beoordeling van de beperkingen mogelijk."

**Commentaar: Per Saldo ziet als belangrijk winstpunt van deze benadering dat er integraal naar de mens en zijn behoefte wordt gekeken in plaats van naar grondslagen.**

#### Consultatievraag:

Bent u het met het Zorginstituut eens dat de groep verzekerden met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij toegang moet krijgen tot de Wlz?

- Ja, dit is een groep waarover geen discussie bestaat, omdat deze groep binnen volledig binnen de inhoudelijke toegangscriteria van de WLZ valt en er daarom geen argument is om deze groep niet toe te laten tot de WLZ vanuit het oogpunt gelijke behandeling.
- Daarbij is deze groep gebaat bij stabiliteit en zekerheid, omzetten naar een andere systematiek geeft hen onnodig veel onzekerheid.
- Bij een combinatie van verschillende grondslagen doet dit voorstel recht aan het uitgangspunt "de mens boven het systeem", omdat er uitgegaan wordt van behoefte i.p.v. dominantie van een grondslag.

Welke opmerkingen en aanvullingen heeft u op dit onderdeel van het advies?

- Het vergt nog wel een nadere omschrijving wie er wel of niet tot deze groep horen. Daarbij is in de expertgroep opgemerkt dat het in algemene zin goed is dit te laten leiden door inhoudelijke criteria en niet door dit te laten bepalen door (de nummers van de) bestaande GGZ-zwaartepakketten. Het is gewenst dat dit maatwerk is, het hangt namelijk af van individuele kenmerken en omstandigheden
- Wellicht ten overvloede: Bij de groep waarvan is vastgesteld dat zij blijvend aangewezen zijn op permanent toezicht is het niet noodzakelijk om dit periodiek te toetsen

## **2. Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij**

"Bij veel psychiatrische problematiek is het niet te voorspellen dat die blijvend leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat er daarbij niet om de vraag of de psychische stoornis blijvend is. Dat is vaak het geval. Het gaat er om of de beperkingen die voortvloeien uit de stoornis, blijvend zijn en maken dat iemand voldoet aan de criteria van de Wlz. Het is bij psychiatrische problematiek vaak niet uit te sluiten dat die uitdooft of zodanig verbetert dat ontwikkeling op het gebied van participatie en zelfredzaamheid mogelijk is.

Uit het onderzoek komt een groep naar voren die als gevolg van de psychische stoornis niet zelfredzaam is en op dit moment behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij ter voorkoming van ernstig nadeel. Deze behoefte aan toezicht en/of zorg nabij zal naar verwachting niet binnen afzienbare termijn (ongeveer drie jaar) verminderen, maar het is mogelijk dat de situatie verbetert en de cliënt op termijn geen behoefte meer zal hebben aan permanent toezicht 24 uur of zorg nabij. Het gaat met name om mensen die een ernstige psychische stoornis hebben, vaak in combinatie met verslavingsproblematiek én een grote kans op decompensatie én een combinatie van regieverlies, geen ziekte-inzicht, onvoorspelbaar/ontremd gedrag, verwaarlozing en agressief gedrag.

Deze tweede groep voldoet niet aan de huidige toegangscriteria van de Wet langdurige zorg, omdat niet vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. De experts kunnen geen objectieve inhoudelijke criteria formuleren om deze groep af te bakenen. Het is dan ook niet duidelijk hoeveel cliënten tot de tweede doelgroep behoren. Een aantal experts suggereert te werken met termijnen: Tijdelijke toegang tot de Wlz

De experts kunnen geen objectieve inhoudelijke criteria formuleren om deze groep af te bakenen. Het is dan ook niet duidelijk hoeveel cliënten tot de tweede doelgroep behoren. Een aantal experts suggereert te werken met termijnen: zij geven aan dat als er geen verbetering wordt verwacht binnen drie tot vijf jaar, toegang tot de Wlz mogelijk zou moeten zijn. Zij vinden dat passen bij de strekking van de Wlz. De Wmo is volgens hen teveel gericht op verbetering, wat kan leiden tot overvragen van cliënten die daar nu eenmaal niet toe in staat zijn. Hetzelfde geldt volgens hen voor de Zvw. Hetzelfde geldt volgens hen voor de Zvw."

**Commentaar: Per Saldo onderschrijft de opvatting dat de toegang tot de Wlz mogelijk zou moeten zijn omdat de Wmo gericht is op verbetering, wat kan leiden tot overvragen van cliënten die daar nu eenmaal niet toe in staat zijn. Voor sommige mensen uit de doelgroep is rust en zekerheid juist heel belangrijk bij de kwaliteit van leven. Niemand moet tot participatie worden gedwongen. Dit argument sluit aan bij het inhoudelijke argument dat in deze notitie wordt gegeven om toegang tot de Wlz te geven:**

**"Het belangrijkste inhoudelijke argument dat wordt gegeven om toegang tot de Wlz te geven, is dat mensen die al langdurig, maar zonder succes worden begeleid naar meer zelfredzaamheid, gebaat zijn met enige tijd rust en stabiliteit. De Wlz is daarvoor volgens een aantal experts geschikter dan de Wmo. Daartegenover stelt een aantal experts dat de benodigde rust en stabiliteit ook in Beschermd Wonen of in de Zvw kan worden geboden." Die rust kan inderdaad ook in andere wetten worden gevonden, maar daar is nog zoveel nog niet goed geregeld of geïmplementeerd, dat de WLZ op dit moment die rust en zekerheid beter kan garanderen.**

"Binnen de GGZ is de afgelopen jaren fors ingezet op verdere ambulantisering en afbouw van bedden. Volgens de experts begint deze ontwikkeling vruchten af te werpen. De mogelijkheid om de zorg gedurende een bepaalde termijn ten laste van de Wlz te laten komen, kan dit beleid belemmeren."

**Commentaar: Per Saldo heeft vanuit experts uit de expertgroep begrepen dat dankzij zorgvernieuwing in de GGZ de behandel tijd in de toekomst kan worden verkort en ambulantisering de standaard wordt. Daardoor zal instroom naar de WLZ in de toekomst vanzelf afnemen. Dit pleit er juist voor om voor de huidige groep met een psychische beperking die onder de AWBZ de WLZ ruim open te stellen, waarbij de zorgvrager ook zelf een belangrijke stem moet krijgen in de vraag of men onder de Wmo of de WLZ wil vallen.**

"Het verbreden van de term 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' kan ook leiden tot een beroep op het gelijkheidsbeginsel bij andere groepen. Daarbij speelt ook dat het in de langdurige zorg vaak gaat om combinaties van problemen, waarvan niet zondermeer te bepalen is dat de problematiek voortkomt uit een psychiatrisch probleem of bijvoorbeeld een verstandelijke handicap of een psychogeriatrisch probleem."

**Commentaar: Per Saldo vindt dit geen sterk argument, omdat van de doelgroepen met een andere dan een psychische beperking wel is vast te stellen dat de beperking blijvend is en zij daarom al toegang hebben tot de WLZ.**

**Consultatievragen:**

In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz?

Ja, Per Saldo vindt dit noodzakelijk.

**Onderbouwing:**

- Vanuit het gelijkheidsbeginsel: deze groep wijkt inhoudelijk niet wezenlijk af van de groepen die nu wel toegang hebben tot de WLZ, m.u.v. het punt dat het denkbaar is (maar niet waarschijnlijk) dat het wijzigt, maar dat is eenvoudig te ondervangen door dit periodiek te toetsen zoals wordt voorgesteld.
- Voor deze groep geldt ook dat zij gebaat zijn bij stabiliteit en zekerheid, omzetten naar een andere systematiek geeft hen onnodig veel onzekerheid. Budgethouders hebben vaak lang moeten zoeken naar een passende woonvorm waar zij zich prettig voelen, en als het niet nodig is, is het beter deze stabiele situatie niet te verstoren.

Heeft u verder opmerkingen over dit deel van het advies?

• Het uitgangspunt voor afbakening van deze doelgroep is dat de behoefte aan toezicht en/of zorg nabij naar verwachting niet binnen afzienbare termijn (ongeveer drie jaar) zal verminderen.

Dit betekent dat voor het gros van deze doelgroep er waarschijnlijk geen verbetering op zal treden en het "risico" dat iemand ten onrechte nog in de WLZ blijft zitten niet heel groot is. En doordat eens per 3-5 jaar wordt gekeken of de criteria nog van toepassing zijn, kan dit risico volledig worden ondervangen.

Daarbij merken wij op dat de wens van degene die de zorg nodig heeft een belangrijke factor dient te zijn.

We noemen een aantal risico's en aandachtspunten die daarbij spelen. In hoeverre herkent u zich daarin? Zijn er nog andere aandachtspunten?

1. Het risico dat het zorgvernieuwing in de zorg in de weg zit is niet groot; als zorgvernieuwing goed werkt zal de instroom naar de Wlz vanzelf afnemen (zie bovenstaand commentaar)
2. Risico van precedentwerking naar andere groepen; het is onduidelijk voor welke groepen dit van toepassing kan zijn (zie bovenstaand commentaar)

### **Voortgezet verblijf**

Voor toegang tot de WLZ maakt het niet uit of iemand verblijft in verband met een (chronische) behandeling of niet. In Beschermd Wonen krijgt de cliënt zijn behandeling ambulant, maar er zijn ook situaties waarbij iemand langdurig of blijvend moet verblijven in een specifieke setting omdat alleen daar zijn behandeling succesvol kan zijn om verslechtering te voorkomen dan wel te stabiliseren. We spreken dan van behandeling met verblijf.

Op dit moment komt behandeling met verblijf de eerste drie jaar ten laste van de Zvw. In bepaalde gevallen duurt het langer dan drie jaar voordat de cliënt kan uitstromen naar thuis of Beschermd Wonen. Dat kan er toe leiden dat een cliënt de zorg achtereenvolgens ten laste van drie domeinen krijgt: drie jaar Zvw, een bepaalde tijd Wlz en dan Wmo.

We vinden dat als vaststaat dat een cliënt blijvend is aangewezen op verblijf met behandeling, hij toegang zou moeten hebben tot de Wlz. We vinden ook dat moet worden voorkomen dat een cliënt niet zonder inhoudelijke redenen wordt overgedragen tussen domeinen. Dat betekent dat het huidige afkappunt (na drie jaar behandeling en verblijf komt de zorg ten laste van de Wlz) moet worden verlaten. Iemand die behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis komt valt dan onder de ZVW, totdat vaststaat dat behandeling en verblijf blijvend noodzakelijk is.

Consultatievraag:

Bent u het eens met dit standpunt?

Ja, de overdracht na 3 jaar is een kunstmatig overdrachtmoment dat niet is gestoeld op inhoudelijke argumenten

Welke uitvoeringsproblemen ziet u hierbij?

Onbekend, daar heeft Per Saldo geen zicht op.

"Het advies

We adviseren u:

- In ieder geval toegang tot de Wlz te regelen voor die groep, die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 zorg nabij. Hiertoe volstaat het toevoegen van de grondslag psychiatrische stoornis aan artikel 3.2.1 van de Wlz;
- Daarnaast te overwegen of, en zo ja hoe, u de tweede doelgroep toegang verleent.

Wij adviseren om in alle gevallen geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen, omdat per individuele cliënt beoordeeld moet worden of deze voldoet aan de criteria."

Consultatievraag:

Wat is uw visie op dit advies?

Per Saldo is het er mee eens om in ieder geval toegang tot de Wlz te regelen voor die groep, die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uurszorg nabij. Hiertoe volstaat het toevoegen van de grondslag psychiatrische stoornis aan artikel 3.2.1 van de Wlz;

Het advies om daarnaast te overwegen of, en zo ja hoe, u de tweede doelgroep toegang verleent, is eigenlijk geen advies omdat de vraag onbeantwoord blijft. Per Saldo wil dat deze groep toegang krijgt tot de WLZ, waarbij periodieke toetsing er voor zorgt dat niemand onbedoeld in de WLZ "blijft hangen". De nadere criteria voor vaststellen van deze groep zullen wel verder moeten worden uitgewerkt.



Zorginstituut Nederland

**Hoofdkantoor**  
Princenhof Park 3  
3972 NG Driebergen  
Postbus 232  
3970 AE Driebergen  
KvK nr. 62253778

T 088 - 789 67 00  
F 088 - 789 67 01  
E [info@ciz.nl](mailto:info@ciz.nl)  
[www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)

Datum 17 november 2015  
Ons kenmerk RvB-U-015.078  
Betreft bestuurlijke consultatie  
advies toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten

Geachte mevrouw van der V-H,

Graag maken wij van uw uitnodiging gebruik om te reageren op het advies over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Het CIZ is als lid van de projectgroep nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het onderzoek, de voortgang er van en het resultaat. Niettemin is het voor het CIZ als zelfstandig bestuursorgaan en verantwoordelijk voor de Indiciestelling voor de Wlz, van belang om de mogelijke uitvoeringsconsequenties van het onderzoek onder uw aandacht te brengen.

Wil het CIZ haar poortwachtersrol adequaat kunnen uitvoeren, dan moet de toegang tot de Wlz voor verzekerden die hierop zijn aangewezen helder zijn omschreven. In het onderzoek dat nu ter consultatie voorligt is onder andere door het (GGZ)-werkveld en wetenschappers gezocht naar kenmerken op grond waarvan verzekerden met een psychische stoornis toegang zouden kunnen krijgen tot de Wlz. Daaruit komen twee mogelijke doelgroepen naar voren. De beschrijving van deze doelgroepen is onderwerp van uw bestuurlijke consultatie. In onze reactie op het onderzoek volgen we de door u gestelde consultatievragen. Omdat uw vragen een sterk inhoudelijk karakter hebben, sluiten we in de beantwoording van de vragen daarop aan. U treft een inhoudelijke verdieping aan in de bijlage.

De consultatievragen zijn sterk op het stelsel gericht en op de wijziging in wet- en regelgeving die noodzakelijk is als zou worden besloten (een deel van de) GGZ-doelgroep toegang te geven tot de Wlz. We constateren dat er een cliëntgroep is die wel levenslang en levensbreed zorg en ondersteuning nodig heeft, maar nu nog niet onder het Wlz-regime valt. In de logica van de opbouw van het nieuwe stelsel hoort die groep daar wel onder en kan de Wlz voor deze groep een passend wetgevend kader bieden. We constateren echter wel dat er binnen het werkveld van de GGZ verschillen in opvatting zijn over of en hoe de blijvendheid van de zorgbehoefte als gevolg van een psychische stoornis kan worden vastgesteld. Dat gegeven compliceert de uitvoering en zou kunnen leiden niet wenselijke verschillen in de toegang tot verzekerde zorg. Het CIZ moet daarbij niet in de positie komen te moeten fungeren als arbiter.

Bovenstaande betekent tevens dat de cliëntgroep die tijdelijk op deze zorg is aangewezen, logischerwijs niet onder het Wlz-regime past. Dat is in lijn met de oorspronkelijke doelstellingen van de Wlz. Bij deze tweede groep is een belangrijke overweging wat cliënten zelf als een passend aanbod zien. Als individuele en lokale oplossingen volstaan en voorwaarden als de nabijheid van een netwerk voor deze cliënten beter georganiseerd kunnen worden in het lokale domein dan in het Wlz-domein, dan is eerste te verkiezen. Indiciestelling is daarop volgend.



De huidige afbakening van drie jaar zorg vanwege de Zorgverzekeringswet alvorens er een Wlz-aanspraak kan zijn, lijkt tamelijk arbitrair. Ofwel het gaat om verzekerden die dermate instabiel zijn en het verblijf vanwege geneeskundige zorg nog noodzakelijk is, ofwel er is vrij snel duidelijk dat er een blijvende zorgbehoefte is waardoor verzekerde niet eerst drie jaar binnen de Zvw hoeft te blijven, ofwel er is verbetering mogelijk en vanuit de WMO kan er een samenhangend pakket worden geboden. Mits er voldoende handvatten zijn in de praktijk en consensus in het veld, kan het CIZ deze beoordeling maken.

Mochten mede op basis van uw advies cliënten met een psychische stoornis en een blijvende zorgbehoefte toegang krijgen tot de Wlz, dan zal het CIZ in een uitvoeringstoets de Impact op processen en systemen in kaart brengen.

Met vriendelijke groet,

mr. J.H. Ouwehand  
vice- voorzitter Raad van Bestuur

## BIJLAGE bij brief RvB-U-015.078

### Inhoudelijk verdieping CIZ op de bestuurlijke consultatie over het advies toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten

#### Consultatievraag 1

Bent u het eens met het Zorginstituut dat verzekerden met een combinatie van een psychische stoornis met een andere grondslag waarvan vast staat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht op 24 uur zorg nabij toegang moeten krijgen tot de Wlz?

Welke opmerkingen en aanvullingen heeft u op dit onderdeel van het advies.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er een groep verzekerden is met een psychische stoornis en met een gelijksoortige zorgbehoefte als de doelgroepen die nu wel toegang hebben tot de Wlz. Deze groep is nu uitgesloten van toegang tot de Wlz. Om redenen van gelijkheid en op basis van het inhoudelijke argument dat het totaal aan beperkingen leidt tot de noodzaak van 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht, zou deze groep wel toegang moeten krijgen tot de Wlz.

In beginsel kunnen wij uw argumentatie onderschrijven. Wel geeft het ons aanleiding tot de volgende opmerkingen.

#### 1 *De vaststelling van het blijvende karakter van de zorg*

Wij constateren dat er in het GGZ-veld een terughoudendheid bestaat om vast te stellen dat een cliënt op basis van de psychische stoornis een blijvende behoefte heeft aan 24 uur zorg in de nabijheid. Er kan immers altijd verbetering optreden. Toegang tot de Wlz zou dan eerder invaliderend zijn, dan gericht zijn op rehabilitatie en verbetering. De prognose en de motivering van de blijvende zorgbehoefte als gevolg van de psychische stoornis is aan de behandelaar, waarbij het CIZ de prognose onderzoekt en eventueel verifieert bij de behandelaar. Van belang is of er in het veld een breed gedragen opvatting is hoe de blijvendheid van de zorgbehoefte moet worden beoordeeld. Als die consensus er niet is, kan dat leiden tot verschillen in de toegang voor verzekerden met een psychische stoornis. In het onderzoek wordt vermeld dat experts geen inschatting kunnen geven van de omvang van de potentiële doelgroep, mede vanwege verschil in referentiekader en verschil in opvatting over de mate waarin het mogelijk is om bij een cliënt het blijvende karakter van de zorgbehoefte vast te stellen. Dat is een risico bij implementatie en een risico voor de cliënt indien dit verschil in toegang tot verzekerde zorg tot gevolg heeft.

Het onderzoek geeft aanknopingspunten voor het vaststellen van het blijvende karakter van de zorgbehoefte en beschrijft aanvullende criteria voor een groep verzekerden waarbij het totaal aan beperkingen blijvend permanent toezicht of 24 uur zorg nabij noodzakelijk maken. Deze aanvullende criteria zijn vanuit de huidige praktijk herkenbaar. Waar we nog op willen wijzen is uw constatering dat het totaal aan beperkingen leidt tot een blijvende zorgbehoefte en daarmee toegang tot de Wlz en dat het niet om de aandoening, de psychische stoornis, zelf gaat. In artikel 3.2.1. van de Wlz is het recht op zorg beschreven voor verzekerden die *vanwege een aandoening of beperking of handicap* een blijvende behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Daarmee is de aanwezigheid van een psychische stoornis het criterium voor toegang tot de Wlz en moet vervolgens worden beoordeeld of deze leidt tot een blijvende zorgbehoefte. Dat onderzoek wijkt overigens niet af van het onderzoek dat plaatsvindt op basis van een andere aandoening.

#### 2 *Het vaststellen van een best passend zorgprofiel*

In de langdurige zorg gaat het vaak om een combinatie van ziektes of aandoeningen die elkaar beïnvloeden en ieder voor zich kunnen leiden tot toegang tot de Wlz, zonder dat er een 'dominante' grondslag kan worden bepaald. U geeft aan dat niet zondermeer te bepalen is dat de problematiek voortkomt uit een psychiatrisch probleem of bijvoorbeeld het gevolg is van een PG-aandoening of een verstandelijke beperking. Ook een somatische aandoening kan leiden tot een psychiatrisch beeld. Deze constatering onderschrijven wij.



Hoewel geen onderwerp van onderzoek, willen we u in deze reactie wijzen op de taak van het CIZ om een best passend zorgprofiel vast te stellen. Ook al is de toegang tot de Wlz geborgd, dan is het best passende zorgprofiel nog niet bepaald. Doordat de psychische stoornis het 'vehikel' is voor toegang tot de Wlz, wordt de suggestie gewekt dat voor deze cliëntgroep altijd een zorgprofiel in de GGZ-reeks zal worden geïndiceerd. Voor de cliëntgroepen die in de bijlage worden genoemd als voorbeelden van cliëntgroepen met toegang tot de Wlz (zoals cliënten met het syndroom van Korsakov, de gerontopsychiatrie) constateren wij dat er afhankelijk van het stadium van de aandoeningen en de leeftijd ook passende profielen in een andere reeks mogelijk zijn, bijvoorbeeld somatiek of PG. Kijkend naar de inschatting die is gemaakt van de mogelijke omvang van de cliëntgroep zou het gaan om naar schatting 25% tot 40% van de verzekerden met een GGZ-B of C indicatie. De verdeling van de potentiële GGZ-cliantgroep over uitsluitend de zorgprofielen in de GGZ geeft aan dat wordt verondersteld dat alleen GGZ-profielen passend zijn voor deze cliëntgroep. Dat beeld vraagt om een nuancering zoals we hierboven hebben aangegeven.

Omdat er in de huidige situatie alleen profielen zijn voor de GGZ-B groep, zullen bij overname van het advies om verzekerden met een psychische stoornis tot de Wlz toe te laten nieuwe GGZ-profielen moeten worden ontwikkeld, dan wel moeten de GGZ-C profielen zoals we deze onder de AWBZ kenden, geïntroduceerd worden.

Concluderend geven wij u het volgende mee.

Het uitgangspunt dat een doelgroep met een gelijksoortige zorgbehoefte waarvan vaststaat dat ze blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht toegang moeten hebben tot de Wlz, kunnen wij onderschrijven. Onze zorg zit in het verschil in referentiekader tussen professionals over of en hoe het blijvende karakter van de zorgbehoefte als gevolg van een psychische stoornis kan worden vastgesteld. Daarnaast, maar dat is een afgeleid punt, bij de veronderstelling dat het toevoegen van de psychische stoornis automatisch leidt tot een zorgprofiel binnen de GGZ-reeks. Tot slot is het ontbreken van een cijfermatige inschatting van de doelgroep een risico.

Mocht u adviseren om cliënten met een psychische stoornis en een blijvende zorgbehoefte toegang te geven, zal het CIZ op basis van een uitvoeringstoets de impact op processen en systemen in kaart brengen. Daarin kan ook uw aanbeveling om het afwegingskader Wlz uit te breiden met zeven deelvragen over het psychisch functioneren worden meegenomen.

## Consultatievraag 2

In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz?

Herkent u zich in de risico's en aandachtspunten? Heeft u verder opmerkingen over dit deel van het advies.

Het CIZ is van mening dat met het tijdelijk toegang geven tot de Wlz en de term blijvend te vervangen door 'blijvend binnen afzienbare tijd' het principe dat de Wlz is beoogd voor verzekerden met een zorgbehoefte van niet voorbijgaande aard (blijvend), wordt verlaten. Het is tevens niet te rechtvaardigen dat er op basis van een psychische stoornis wel tijdelijk toegang is tot de Wlz en tijdelijk een zorgprofiel kan worden toegekend, terwijl dat bij andere groepen verzekerden niet mogelijk is.

Bij de tweede groep is een belangrijke overweging wat cliënten zelf als een passend aanbod zien en waar hij het best op zijn plaats is. Als individuele en lokale oplossingen volstaan en voorwaarden als de nabijheid van een netwerk voor deze cliënten beter georganiseerd kunnen worden in het lokale domein dan in het Wlz-domein, dan is eerste te verkiezen. Indicatiestelling is daarop volgend.

U geeft in uw conceptadvies een aantal risico's aan bij het toegang geven tot de Wlz voor deze doelgroep. Deze delen wij. Uitgaande van de doelstelling van de Hervorming van de Langdurige zorg is het de vraag of het toegang bieden van deze groep tot de Wlz leidt tot de beoogde transformatie in het sociale domein. Een onduidelijke domeinafbakening zou kunnen leiden tot een mogelijk onwenselijk of onbedoeld beroep op de Wlz.

### Consultatievraag 3

Bent u het eens met het standpunt ten aanzien van voortgezet verblijf dat indien behandeling en verblijf nodig is in verband met de psychische stoornis dit Zvw-zorg betreft en het huidige afkappunt dat deze zorg na drie jaar onder de Wlz valt moet komen te vervallen?

Welke uitvoeringsproblemen zie u hierbij?

De keuze om de financieringsvorm van de zorg en behandeling vanwege een psychische stoornis van één naar drie jaar te verschuiven, is mogelijk ingegeven door de gedachte dat dit een groep verzekerden betreft waarvan na drie jaar duidelijk is dat het om verzekerden gaat met een blijvende zorgbehoefte. De 3-jaars grens lijkt vanuit inhoudelijk oogpunt echter tamelijk willekeurig, omdat ofwel de 'tijdelijk blijvende' zorgbehoefte niet kan worden geobjectiveerd dan wel dat na drie jaar herstel niet mag worden uitgesloten. Het is op grond daarvan denkbaar dat de 3-jaars grens vervalt. Ofwel het gaat om verzekerden die dermate instabiel zijn en het verblijf vanwege geneeskundige zorg nog noodzakelijk is, ofwel er is vrij snel duidelijk dat er een blijvende zorgbehoefte is waardoor verzekerde niet eerst drie jaar binnen de Zvw hoeft te blijven, ofwel er is verbetering mogelijk en vanuit de WMO kan er een samenhangend pakket worden geboden.

Een 3-jaars termijn voor de indicatiestelling is ook tamelijk willekeurig. Als het gaat om blijvende zorg, dan is er geen noodzaak voor een tijdelijke toegang tot de Wlz. De vraag is of er in het GGZ-veld een brede consensus is welke criteria inhoud geven aan de beoordeling van de blijvendheid van de zorgbehoefte en daarmee aan de vaststelling van de toegang tot de Wlz. Als experts geen objectieve en inhoudelijke criteria hebben om deze groep af te bakenen en het blijvend karakter van de zorgbehoefte niet kunnen vaststellen, dan kan het CIZ het deskundigenoordeel niet meenemen in de afweging en in de onderbouwing van het besluit. Ook tegen het licht van mogelijke bezwaren tegen de CIZ beslissing tot het niet voortzetten van een tijdelijke Wlz-indicatie bij het verstrijken van de 3-jaars termijn is dit niet wenselijk.

Tot slot

U adviseert om de toegang tot de Wlz te regelen voor de groep die vanwege en een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. U geeft daarbij aan geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen omdat de toegang beoordeeld dient te worden bij iedere cliënt afzonderlijk. Dit laatste punt onderschrijven wij volmondig. De toegang tot de Wlz geschiedt door een individuele beoordeling, niet doordat verzekerde behoort tot een doelgroep.

Ten aanzien van de onderscheiden cliëntgroepen is onze opvatting dat we twijfels hebben bij het toegang verlenen van de tweede doelgroep gelet op het loslaten van het uitgangspunt dat zorg in het kader van de Wlz in beginsel blijvend moet zijn. Tevens ontbreekt de onderbouwing waarom 'blijvend van niet voorbijgaande aard' alleen voor de verzekerden met een psychische stoornis zou moeten gelden.



organisatie van zorgondernemers

Zorginstituut Nederland

**Onderwerp** bestuurlijke consultatie advies toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten

**datum**  
17 november 2015

**ons kenmerk**  
H00/15u.0847

Geachte heer M,

Onlangs heeft ActiZ van u het voorgenomen advies ontvangen over de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) van mensen met een psychische stoornis. Voordat het Zorginstituut een definitief advies uitbrengt is er gelegenheid te reageren op het advies. ActiZ stelt deze consultatie zeer op prijs en maakt dan ook graag gebruik van de geboden mogelijkheid.

**doorkiesnummer**

**pagina**  
1/3

Alvorens in te gaan op de vier door u gestelde consultatievragen geven wij een algemene reactie.

#### **Algemene reactie**

Het is een goede zaak dat de toegang tot de Wlz van mensen met een psychische stoornis wordt opgepakt. Het bureau HHM is er weer in geslaagd een gedegen onderzoeksrapport op te leveren. De vertaling van overheidsbeleid op basis van het voorliggende advies zal op zijn vroegst per 1 januari 2017 beslag kunnen krijgen. Tot die tijd is een psychische stoornis geen grondslag in de Wlz. Dat leidt nu in de praktijk tot problemen, zo blijkt uit signalen van onze leden, waardoor mensen (nog) niet kunnen instromen en de geëigende zorg in de Wlz kunnen ontvangen. Wij vragen u daar aandacht voor te vragen in uw advies aan VWS om te komen tot (tussen)oplossingen, ook voor de periode tot 1 januari 2017.

**Postadres** Postbus 8258, 3503 RC Utrecht | **Bezoekadres** Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht |

T (030) 273 93 93 | F (030) 273 97 87 | E [info@actiz.nl](mailto:info@actiz.nl) | [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl) |

Bank 69.96.50.038 | IBAN NL98 FVLB 0699 6500 38 | BIC FVLBNL22 | KvK 30216479 | BTW 8175.01.368.B.01

*1 Bent u het eens met het Zorginstituut dat de groep verzekerden met een blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij toegang tot de Wlz moet krijgen?*

ActiZ is het geheel eens met het Zorginstituut dat deze cliëntencategorie tot de Wlz behoort.

De beschrijving van de doelgroep met voorbeelden van cliënten binnen de gerontopsychiatrie en cliënten met het syndroom van Korsakov waarbij kan worden vastgesteld dat deze blijvend behoefte hebben aan toezicht of nabijheid van zorg doen recht aan de beoogde doelgroep. Uiteraard blijft de toegang altijd afhankelijk van de individuele situatie van de cliënt.

Uit het HHM-onderzoek en uw aanbiedingsbrief volgt dat het *vooral* gaat om mensen waarbij sprake is van een *combinatie* van een psychische stoornis met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. ActiZ vraagt zich af wat dat voor de doelgroep betekent, als er geen sprake is van een combinatie van problemen, maar de cliënt wel aan de criteria van de Wlz voldoet.

*2 In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz?*

ActiZ herkent dat er een groep cliënten is met psychiatrische problematiek waarbij niet te voorspellen is dat de cliënt *blijvend* aangewezen is op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Er is een groep cliënten met een psychische stoornis waarbij het mogelijk is dat binnen afzienbare termijn de situatie verbetert. In dat kader denkt ActiZ ook aan cliënten in comateuze toestand c.q. met een verlaagd bewustzijn.

Echter deze hele groep is niet met objectieve criteria te duiden, zo blijkt uit het onderzoek. Experts denken verschillend over het al dan niet tijdelijk toegang geven tot de Wlz.

ActiZ deelt de inzet van het Zorginstituut om het advies te baseren op inhoudelijke argumenten. Het gaat erom dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben en inkopers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars) moeten daarin hun verantwoordelijkheid nemen. ActiZ is van mening dat het Zorginstituut de risico's en de aandachtspunten die daarbij spelen duidelijk benoemd. Vooral de domeinafbakening tussen Wmo en Wlz wordt herkend omdat er geen harde criteria zijn voor deze doelgroep en de Wmo ruimte biedt om cliënten (strategisch) te verwijzen naar het Wlz-domein.

*3 Deelt u het standpunt dat als een cliënt behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis onder de Zvw valt, totdat vaststaat dat behandeling en verblijf noodzakelijk is.*

ActiZ is blij dat het Zorginstituut dit standpunt wil innemen. Voorkomen moet worden dat cliënten zonder inhoudelijke redenen onnodig in een niet passend domein zorg moeten blijven ontvangen. ActiZ vindt dat het huidige afkappunt van drie jaar behandeling en verblijf moet worden verlaten.

*4 Wat is uw visie op het advies om in alle gevallen geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen indien de Wlz wordt aangepast op basis van dit voorliggende advies?*

ActiZ is het eens dat geen specifieke aandoeningen of stoornissen in de wet moet worden benoemd, om de reden die u geeft: per individuele situatie zal beoordeeld moeten worden of deze voldoet aan de criteria. ActiZ is er wel voorstander van voorbeelden van ziektebeelden bij de indicatieprofielen worden genoemd. De ervaring heeft geleerd dat voorbeelden ter illustratie ten goede komt aan passende indicatiestelling.

**Tot slot**

Graag vragen wij nog uw aandacht voor de cliënten met het syndroom van Korsakov. De diagnostische fase voor dit syndroom duurt volgens experts 9 maanden. Deze fase is nu nergens financieel geborgd. De subsidieregeling Eerstelijns verblijf kent een te korte doorlooptijd en in de Wlz is er geen grondslag voor het diagnosticeren van ziektebeelden.

In de Zorgverzekeringswet is wel een passage opgenomen over verblijf voor maximaal 3 jaar. Echter in de duiding van de wet (Zorgverzekeringswet, art. 2. 12) is de doelgroep niet benoemd.

ActiZ pleit ervoor dat de diagnostische fase voor de cliënten met het syndroom van Korsakov mogelijk wordt gemaakt in de Zorgverzekeringswet. Daarmee wordt geregeld dat deze doelgroep toegang krijgt tot het eerstelijns verblijf.

Mocht u nog vragen hebben over onze reactie, horen we die graag. U kunt daarvoor contact opnemen met Herma Oosterom, tel. 030 27 39 784.

Met vriendelijke groet,

drs. F. BluimInck  
waarnemend directeur

Zorginstituut Nederland

Utrecht, 17 november 2015

Kenmerk: JvdL/jl/2435

Betreft: Bestuurlijke consultatie NVvP op advies toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten

Geachte mevrouw Van der V-H,

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om bestuurlijk te reageren op het conceptadvies aan de staatssecretaris dat Zorginstituut Nederland voornemens is uit te brengen over de mogelijke toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische stoornis. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) maakt hier graag gebruik.

Ten algemene: zoals wij in onze reactie op het afwegingskader d.d. 2 juli 2015 al noemden, zijn wij van mening dat het afwegingskader voor toegang tot de Wlz ook bruikbaar is in de GGZ. Voor mensen met een psychische stoornis zouden geen andere aanspraken moeten gelden dan voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke, somatische, psychogeriatrische of zintuigelijke beperking of aandoening. De NVvP heeft als taak om te zorgen dat mensen met psychiatrische aandoeningen dezelfde rechten hebben en krijgen als mensen met een andere aandoening. Daarnaast moet ons inziens de toepasbaarheid van het afwegingskader in de praktijk zich niet alleen in de GGZ maar ook bij andere groepen nog bewijzen.

Hieronder gaan wij graag in op de consultatievragen zoals door u gesteld zijn in het conceptadvies aan de staatssecretaris.

**Consultatievraag groep 1. Cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij**

- Bent u het met het Zorginstituut eens dat deze groep verzekerden toegang moet krijgen tot de Wlz?
- Welke opmerkingen en aanvullingen heeft u op dit onderdeel van het advies?

De NVvP onderschrijft het advies van Zorginstituut Nederland om toegang tot de Wlz te regelen voor die groep die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en een (of meerdere) andere aandoening, beperking of handicap blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht (onafgebroken toezicht en actieve observatie) of 24 uren zorg in de nabijheid (geen noodzaak tot permanent toezicht maar een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht, zowel gepland als ongepland op initiatief van de zorgverlener).

**Consultatievraag groep 2. Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij**

- In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz?
- We noemen een aantal risico's en aandachtspunten die daarbij spelen. In hoeverre herkent u zich daarin? Zijn er nog andere aandachtspunten?
- Heeft u verder opmerkingen over dit deel van het advies?

De NVvP zou er voor willen pleiten om, explicieter dan in het conceptadvies verwoord staat, ook de groep verzekerden die binnen afzienbare tijd een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uren zorg in de nabijheid toegang tot de Wlz te geven.

In uw advies beschrijft u een aantal punten die een rol hebben gespeeld bij uw overweging ten aanzien van uw advies voor deze tweede groep. Uw eerste punt is de vraag of het verbreden van het begrip 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' strookt met de doelstelling van deze hervorming. Wat de NVvP betreft strookt dit wel degelijk met de doelstelling van hervorming van de langdurige zorg.

Het is meer een principiële discussie waarom we in de GGZ niet kunnen of willen spreken over 'blijvende' behoefte aan permanent toezicht of 24 uren zorg nabij. Wat de NVvP betreft is een psychische aandoening niet anders dan een somatische aandoening. Ook de groep patiënten met alleen een psychische stoornis zou ons inziens toegang moeten kunnen krijgen tot de Wlz, ongeacht of er sprake is van 'blijvende behoefte' of 'blijvende behoefte binnen afzienbare tijd'. Het gaat primair over het totaal aan beperkingen dat maakt dat blijvend toezicht of 24 uren zorg nabij nodig is. Het gaat niet om de aard of de grondslag van de aandoening(en).

In de tweede plaats concludeert u dat toegang tot de Wlz voor patiënten met een psychische stoornis ambulantisering in de weg zou staan. Wij zijn het niet eens met deze conclusie. Juist doordat je een patiënt met een psychische stoornis rust en stabiliteit kan bieden en opnieuw na 3 jaar de situatie weer beoordeelt, zou dit de doorstroming van de Wlz naar de Wmo kunnen bevorderen.

Verder noemt u een aantal risico's die zouden worden toegeschreven aan het feit dat er geen harde criteria zijn voor toegang tot de Wlz: verandering van instelling door wijziging van financiering, onduidelijke domeinafbakening tussen verschillende wettelijke kaders (Jeugdwet, Zvw, Wlz en Wmo), afwentelingsgedrag van gemeenten en zorgverzekeraars en strategisch gedrag van zorgaanbieders en cliënten. Die risico's zijn ons inziens reëel. Het afwegingskader blijkt goed te voldoen voor het doel waarvoor het is bestemd. Echter de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is relatief laag (70%), zie het afwegingskader d.d. 2 juli 2015. De NVvP vindt het belangrijk dat Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars, gemeenten, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en zorgaanbieders met elkaar in overleg zijn en blijven om te zorgen dat er geen patiënten tussen wal en schip vallen. Dit mag niet gebeuren bij de indicatiestelling maar ook niet bij de overgang naar een ander wettelijk kader, wat afhankelijk is van de aard van de zorgvraag op een bepaald moment. Iedere overgang gaat gepaard met het risico op discontinuïteit van zorg en ondersteuning en dat risico moet zo veel mogelijk beperkt zijn en blijven. Doorontwikkeling van het afwegingsinstrument is daarom essentieel.

#### **Consultatievraag Voortgezet verblijf**

- *Bent u het eens met dit standpunt? Welke uitvoeringsproblemen ziet u hierbij?*

De NVvP onderschrijft het advies om het huidige afkappunt van 3 jaar te verlaten. Als vast staat dat iemand blijvend is aangewezen op behandeling met verblijf, ongeacht de periode dat deze persoon al in behandeling is vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), moet iemand toegang hebben tot de Wlz.

Aandachtspunt hierbij is wel dat Zorginstituut Nederland in zijn advies expliciet benoemd dat dit geldt voor behandelingen die worden geleverd vanuit de Zvw. Er wordt echter geen uitspraak gedaan hoe om te gaan met de groep kinderen en jeugdigen die vanaf 1 januari 2015 vanuit de Jeugdwet wordt gefinancierd. Daarnaast is het goed om expliciet aan te geven of het loslaten van het afkappunt van 3 jaar ook kan betekenen dat behandeling met verblijf langer dan 3 jaar ten laste van de Zvw komt. Wij zouden hieraan willen toevoegen dat het wenselijk is om (minimaal

om de drie jaar) te evalueren of het verblijf nog noodzakelijk is, of dat de toestand zoveel is verbeterd dat er meer een beroep kan worden gedaan op de eigen kracht en er met een lichtere vorm van zorg kan worden volstaan.

**Advies Zorginstituut Nederland:**

*In ieder geval toegang tot de Wlz te regelen voor die groep, die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 zorg nabij. Hiertoe volstaat het toevoegen van de grondslag psychiatrische stoornis aan artikel 3.2.1 van de Wlz;*

*Daarnaast te overwegen of, en zo ja hoe, u de tweede doelgroep toegang verleent.*

*Wij adviseren om in alle gevallen geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen, omdat per individuele diënt beoordeeld moet worden of deze voldoet aan de criteria.*

**Consultatievraag**

*Wat is uw visie op dit advies?*

De NVvP onderschrijft zoals gezegd het advies van Zorginstituut Nederland volledig om toegang tot de Wlz te regelen voor die groep die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uren zorg in de nabijheid. Ook onderschrijft de NVvP het conceptadvies om in alle gevallen geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen maar om op individueel niveau te beoordelen of wordt voldaan aan de criteria voor toegang tot de Wlz. Wij zouden er echter voor willen pleiten om, explicieter dan in het advies verwoord staat, ook de groep verzekeren die binnen afzienbare tijd een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uren zorg in de nabijheid toegang tot de Wlz te geven. Niet de aard of grondslag van de aandoening(en) maar de beperkingen moeten doorslaggevend zijn bij de vraag of blijvend toezicht of 24 uren zorg nabij nodig is en daarmee of iemand toegang moet krijgen tot de Wlz.

Wat wij het Zorginstituut als laatste nog willen meegeven is de oproep aan de staatssecretaris om te monitoren wat de consequenties zijn van het afschaffen van de AWBZ, door het introduceren van de Wlz. De toegangscriteria voor de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn anders dan die van de AWBZ. De Wlz richt zich op blijvende problematiek die zonder 24 uur per dag toezicht of zorg nabij leidt tot ernstig nadeel, terwijl de AWBZ ook openstond voor tijdelijke problematiek en de criteria voor verblijf ruimer waren dan die in de Wlz. We zijn allen verplicht te waken dat de grote transities in de zorg resulteren in een slechtere gezondheidszorg en meer ziektelast voor de patiënt.

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Prof. dr. A.T.F. Beekman

Voorzitter



Zorginstituut Nederland

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

<b>Behandeld door</b>	<b>Telefoonnummer</b>	<b>E-mailadres</b>	<b>Kenmerk</b> 0155403/0220229
<b>Onderwerp</b> Consultatie afwegingskader Wlz			<b>Datum</b> 18 november 2015

Geachte heer M,

Onlangs heeft u ons het advies toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten ter consultatie voorgelegd. Gezien haar taken en expertise heeft de NZa uw conceptadvies beoordeeld vanuit onze taak om goede prestaties en tarieven vast te stellen.

U schetst in uw concept-advies twee doelgroepen die in potentie in aanmerking komen voor de Wlz. In uw slotparagraaf stelt u voor om alleen mensen waarbij sprake is van een combinatie van een psychische stoornis en een andere grondslag en waarbij sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij toegang te geven tot de Wlz. De omvang van deze groep mensen is beperkt. De wetswijziging die u voorstelt geeft echter een veel grotere groep toegang tot de Wlz. De beschreven wetswijziging gaat veel verder dan de beoogde doelgroep. Wij maken daarom in onze reactie een onderscheid in drie doelgroepen. Hierdoor komen de wetswijzigingen en uitvoeringsconsequenties per doelgroep duidelijker naar voren.

A. De groep mensen met een psychische stoornis waarvan binnen afzienbare tijd (drie tot vijf jaar) geen verbetering wordt verwacht, en gedurende die tijd is aangewezen op permanent toezicht en 24 uur zorg nabij;

B. De groep mensen met een psychische stoornis én met een andere aandoening (GHZ en/of V&V gerelateerd) waarvan vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

C. De groep mensen met alleen of overwegend een psychische stoornis waarvan vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

Hieronder bespreken wij per doelgroep de punten die wij onder uw aandacht willen brengen.

**A. Mensen waarbij binnen afzienbare tijd (3 jaar) geen verbetering wordt verwacht.**Kenmerk  
0155403/0220229Pagina  
2 van 4

De Wlz kan alleen naar behoren functioneren als de beoordeling voor toegang tot de Wlz naar behoren functioneert. Daarvoor zijn objectieve toegangscriteria nodig. Indien die ontbreken komt de rechtszekerheid van mensen in het geding. U geeft aan dat experts niet in staat zijn geweest om op basis van objectieve, inhoudelijke criteria de groep mensen met een psychische stoornis die het hier betreft af te bakenen. Wij zijn daarom van mening dat in dat geval zeer voorzichtig moet worden omgegaan met de overheveling van deze groep naar de Wlz.

**B. Mensen met een psychische stoornis én met een andere aandoening (GHZ en/of V&V gerelateerd) waarvan vast staat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.**

In uw concept-advies schetst u een doelgroep waarbij sprake is van een combinatie van grondslagen. Bijvoorbeeld de combinatie verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening. Voor de praktijk van toetsing is het niet eenvoudig vast te stellen uit welke problematiek (verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening) een gedragsstoornis voortkomt die veroorzaakt dat de cliënt is aangewezen op een blijvende behoefte aan verblijf. Wij verwachten dat het nieuwe toegangskader beter uitvoerbaar is dan het huidige kader indien aan de bijdrage van iedere afzonderlijke grondslag voorbij wordt gegaan.

De prestatiestructuur houdt ten dele al rekening met mensen waarbij sprake is van een psychiatrische aandoening in combinatie met een andere grondslag. Desalniettemin moeten wij bij deze groep nog nagaan of de huidige prestatiestructuur toereikend is, en de mate waarin het budgettair kader Wlz moet worden opgehoogd.

*Wijziging Wlz*

U stelt voor om in artikel 3.2.1 van de Wlz de grondslag psychische stoornis toe te voegen. Indien uw advies en de wetswijziging alleen toeziet op de hiervoor beschreven doelgroep dan moet in de wet benadrukt worden dat sprake is van een psychiatrische stoornis in combinatie met de reeds in de wet genoemde grondslagen.

**C. De groep mensen met alleen of overwegend een psychische stoornis waarvan vast staat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.**

In uw concept-advies lezen wij dat de door u voorgestelde wetswijziging niet alleen toeziet op de doelgroep waarbij sprake is van een combinatie aan grondslagen (bijvoorbeeld Psy in combinatie met VG) maar dat met deze wijziging in principe de Wlz voor alle cliënten met een psychiatrische aandoening is opengesteld. In de voorgestelde aanpassing van de Wlz wordt aangegeven dat in artikel 3.2.1 van de Wlz de grondslag psychische stoornis moet worden toegevoegd.

Het resultaat van deze wijziging is dat ook mensen met alleen een psychische stoornis en die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz rechtstreeks toegang krijgen tot de Wlz. Deze mensen hoeven dus niet eerst drie jaar te verblijven in de Zvw alvorens er toegang wordt verkregen tot de Wlz.

Kenmerk  
0155403/0220229

Pagina  
3 van 4

Het uitgangspunt dat alle mensen die, ongeacht hun grondslag, een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid hebben dezelfde rechtspositie verdienen, is op zichzelf begrijpelijk. Hier zijn objectieve toegangscriteria voor noodzakelijk die in elk geval door zorgaanbieders en het CIZ op gelijke wijze worden toegepast. De zorgaanbieder zorgt er immers bij deze groep cliënten voor dat een indicatie bij het CIZ wordt aangevraagd. Wij vragen ons af in welke mate zorgaanbieders op grond van het voorgestelde afwegingskader deze mensen kunnen identificeren. Wij adviseren eerst in pilots te toetsen in welke mate de voorgestelde aanpassingen in het afwegingskader Wlz voldoende onderscheidend zijn en daarmee gezien kunnen worden als objectieve, eenduidig uitlegbare criteria. Bij een positief resultaat kan vervolgens de omvang van de groep worden vastgesteld en de Wlz worden aangepast.

De mate waarin de NZa prestaties moet vaststellen voor deze doelgroep is afhankelijk van de mate waarin deze mensen toegang krijgen tot de in de Wlz genoemde leveringsvormen. In uw advies geeft u niet aan welke leveringsvormen (VPT, MPT of PGB) passen bij deze mensen. Voor ons is dit wel van belang. Wij kunnen ons voorstellen dat eerst meer inzicht nodig is in de cliënt en zijn mogelijkheden (wie is de cliënt) alvorens kan worden vastgesteld of een VPT, MPT of PGB van toegevoegde waarde is voor een cliënt.

Alvorens een ogenschijnlijke - woordelijk- kleine aanpassing in de Wlz kan plaatsvinden moet de NZa, samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren nog aanvullende werkzaamheden verrichten. Voor goede prestaties en een effectief budgettair kader Wlz moet bekend zijn van iedere cliënt die toegang krijgt tot de Wlz: de verblijfplaats, verblijfswens (zvp, vpt, mpt of pgb), de zorg en de behandelbehoefte, de prestaties en tarieven die nu worden afgerekend, en de prestatie en tarieven die in de Wlz van toepassing zullen zijn. Deze informatie zullen wij in het veld moeten ophalen. De doorlooptijd van een dergelijk traject is lang. Deze werkzaamheden moeten daarom worden meegenomen in de planning. Voorafgaand daaraan moeten de aanpassingen binnen het afwegingskader hun effectiviteit al bewezen hebben voor het onderscheiden van de relevante doelgroep(en).

#### *Wijziging Wlz*

In uw concept-advies geeft u aan dat deze groep mensen toegang tot de Wlz moet hebben als vaststaat dat de cliënt blijvend is aangewezen op verblijf met behandeling. Dat betekent volgens u dat het huidige afkappunt (na drie jaar behandeling en verblijf komt de zorg ten laste van de Wlz) moet worden verlaten. Dit standpunt vergt een wetwijziging die wij niet terugzien in uw advies. De 'driejaargrens' zoals verwoord in artikel 3.2.2 van de Wlz komt dan immers te vervallen.

Uiteraard zijn wij graag bereid om een toelichting te geven op deze brief.

**Kenmerk**  
0155403/0220229

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

**Pagina**  
4 van 4

mw. dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur



Vereniging van  
Nederlandse Gemeenten

Zorginstituut Nederland

doorkiesnummer	uw kenmerk	bijlage(n)
	2015137608	
betreft	ons kenmerk	datum
Bestuurlijke consultatie advies toegang tot de Wlz voor GGZ- cliënten	ECSD/U201501864	17 november 2015

Geachte mevrouw Van der V.-H.,

Om te komen tot een advies voor de toegang tot de Wlz voor de GGZ-doelgroep heeft u HHM opdracht gegeven voor een aanvullend onderzoek. In dat onderzoekstraject heeft u enkele centrumgemeenten laten deelnemen als experts om de vraagstelling vanuit meerdere perspectieven te kunnen bekijken. Dat hebben wij zeer op prijs gesteld.

Het rapport van HHM beschrijft twee te onderscheiden groepen van GGZ-cliënten die beide toegang tot de Wlz zouden kunnen krijgen. Het komt ons voor dat HHM zijn best heeft gedaan om de voorstanders van een ruime toegang van GGZ-cliënten tot de Wlz optimaal te bedienen. De VNG is geen voorstander van deze ruime toegang. Het is niet voor niets dat de hele GGZ-C doelgroep is opgenomen in de Wmo. Om een transformatie in het sociale domein mogelijk te maken moeten gemeenten in staat worden gesteld voorzieningen te treffen voor hun burgers om ze te compenseren voor hun gebrek aan zelfredzaamheid en om hen te stimuleren tot maatschappelijke participatie. Juist bij de GGZ-doelgroep is het op termijn mogelijk om een betere kwaliteit van leven te realiseren door minder gebruik te maken van intramurale voorzieningen. Dit vergt een enorme omslag in denken en in het realiseren van condities in alle gemeenten. De Commissie Toekomst Beschermd Wonen (hierna: Commissie Toekomst) van de VNG heeft hier een uitgebreid adviesrapport over geschreven dat half november 2015 openbaar wordt. Het gedachtegoed van de Commissie Toekomst wordt breed gedeeld door zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en gemeenten. Kort samengevat moet er een beweging naar voren worden ingezet: in wijken moet de zorg en ondersteuning naar bewoners worden toegebracht i.p.v. dat bewoners moeten verhuizen naar waar de zorg is georganiseerd. Om deze beweging tot stand te kunnen brengen, is de inzet van alle bestaande expertise nodig. In dit verband is het ook van belang om een koppeling te maken met het dossier verwarde personen. Het is gewenst om de GGZ-doelgroep en de expertise zoveel mogelijk in het Wmo-bekostigingskader te houden. Scheidslijnen tussen financiële regimes maken een ontwikkeling minder makkelijk. Tot zover de algemene visie.

In het conceptadvies van het Zorginstituut staat dat de eerst genoemde groep: de groep met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij, toegang moet krijgen tot de Wlz. Daar stemmen wij van harte mee in. Dit is volgens ons ook de strekking geweest van het amendement in de Tweede Kamer. De Wlz is bedoeld voor mensen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Het gaat hier om de mensen met een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen of handicaps waardoor deze blijvende behoefte kan worden vastgesteld. Wij geven hierbij wel in overweging dat de procedure-eisen voor toegang tot de Wlz voor de GGZ-doelgroep moeten worden aangepast, vooral de eis van een ondertekende aanvraag voor toegang tot de Wlz is niet altijd haalbaar voor deze groep mensen die bij uitstek gebaat is met continue zorg/ toezicht. Dit kan worden opgevangen door te omschrijven waarom de cliënt niet wil of kan ondertekenen.

In het conceptadvies van het Zorginstituut laat het Zorginstituut ruimte voor een besluit over de tweede groep: de groep cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij. Daar zijn wij het niet mee eens. Deze groep zou geen toegang moeten krijgen tot de Wlz. Juist voor deze mensen biedt de Wmo mogelijkheden omdat de gemeenten samen met de zorgverzekeraars een scala van voorzieningen kunnen bieden die cliënten de ondersteuning kunnen bieden gericht op herstel. Ook in het rapport "Over de brug" is aangegeven hoe herstel kan worden gerealiseerd. Het toekomstbeeld dat de Commissie Toekomst schetst houdt in dat deze mensen beschermd kunnen blijven wonen als dat nodig is en dat daarnaast een diversiteit aan woonvormen in de wijk mogelijk wordt gemaakt. Bij vormen van zelfstandig wonen, moet een signalerings- of bewakingsfunctie zijn geregeld zodat terugval snel kan worden opgemerkt en zodat aanvullende zorg snel kan worden bijgeschakeld. Het op- en afschalen van zorg en ondersteuning moet sneller en makkelijker tot stand kunnen komen. Het geschetste toekomstbeeld kan de komende jaren goed ontwikkeld worden in samenhang met de extramuralisering binnen de GGZ behandeling. De ontwikkeling van Fact-teams en de ontwikkeling van wijkteams kunnen elkaar versterken. Wij vinden het uiterst belangrijk dat gemeenten én zorgverzekeraars verantwoordelijk blijven voor het herstel van deze doelgroep. Tijdelijke toegang tot de Wlz, zoals mogelijk zou worden voor deze tweede groep, kan op korte termijn tot strategisch gedrag van cliënten en aanbieders leiden, waardoor de hervorming van de langdurige zorg niet wordt gerealiseerd. Het is de vraag of deze cliënten daardoor de beste zorg en ondersteuning krijgen voor hun eigen toekomst. Bovendien is de Wlz niet bedoeld om mensen tijdelijke toegang te verlenen. De huidige constructie van tijdelijke toegang voor GGZ-cliënten na drie jaar Zvw hebben wij gezien als een noodverband omdat er nog geen criteria waren vastgesteld voor toegang tot de Wlz voor de GGZ-doelgroep.

De VNG is het ook eens met het derde punt dat het Zorginstituut naar voren brengt, te weten het schrappen van de automatische, tijdelijke toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten die drie jaar behandeling hebben. Immers als de eerst genoemde groep GGZ-cliënten toegang krijgt tot de Wlz dan is de tijdelijke opname in de Wlz zoals nu is geregeld (na 3 jaar Zvw) niet meer nodig. Dat betekent dat zodra vastgesteld kan worden dat blijvend toezicht of 24 uur zorg nabij nodig is de cliënt direct over kan naar de Wlz. Bij de een is dat na 3 maanden en bij een ander wellicht na 8 jaar. Dat betekent ook dat zolang de Wlz niet aan de orde is de Zvw en de Wmo beide wel aan de orde zijn. Dit impliceert dat een term als 'uitbehandeld' niet meer aan de orde is omdat elke keer als een GGZ-cliënt behandeling nodig heeft die ook geleverd moet worden, bij voorkeur ambulant.

Samengevat is ons advies:

Eens met toelating tot de Wlz van de groep GGZ-cliënten voor wie, vanwege een combinatie van psychische stoornis en andere aandoeningen of handicaps, kan worden vastgesteld dat er blijvend - in de zin van levenslang - toezicht en of 24 uur zorg nabij nodig is.

Niet eens met toelating tot de Wlz van GGZ-cliënten van wie niet vaststaat dat er een blijvende behoefte aan permanent toezicht en of 24 uur zorg nabij nodig is.

Geen tijdelijke toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten die al 3 jaar verblijf met behandeling hebben. Deze cliënten blijven in Zvw-zorg en kunnen na afloop ook gebruik maken van Wmo ondersteuning.

Hoogachtend,

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

J. Kriens

Voorzitter directieraad

Zorginstituut Nederland

Datum  
18 november 2015

Bijlage(n)

Contactpersoon

Doorkiesnummer

Ons kenmerk  
FA/yemr/naem/174346 /2015

Uw kenmerk

Onderwerp  
bestuurlijke consultatie advies toegang tot de Wlz  
voor ggz cliënten

Geachte mevrouw Van der V. en heer H.,

In reactie op uw brief van 30 oktober jl. zenden wij hierbij een gezamenlijke reactie namens de RIBW Alliantie, GGZ Nederland, de Federatie Opvang en het Landelijk Platform GGZ op de bestuurlijke consultatie over de mogelijke toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten.

**Vooraf**

De hervorming van de langdurige zorg heeft grote gevolgen voor verzekerden met een ernstige psychische aandoening (verder te noemen: ggz cliënten). De zorg en ondersteuning voor deze groep mensen is nu verdeeld over vijf wetten. Ggz cliënten bewegen zich, afhankelijk van de aard van hun hulpvraag op enig moment, dynamisch door die wettelijke kaders. Elke overgang van het ene naar het andere kader brengt risico's mee op discontinuïteit van zorg en ondersteuning. Voor ggz cliënten, die vanwege hun fluctuerende hulpvraag toch al kans lopen op ontregeling in hun bestaan, is zowel een heldere afbakening, als een goede aansluiting tussen wettelijke kaders, van groot belang.

Ons uitgangspunt is dat we moeten blijven werken aan herstel en kwaliteit van leven van mensen, hoe ziek of gehandicapt zij ook zijn. De inzet van nieuwe behandel- en begeleidingsmethoden die dicht aansluiten op wensen en behoeften van mensen zelf, zal helpen om een zo zelfstandig mogelijk leven mogelijk te maken. We verwachten dat dat ook in de toekomst zal leiden tot meer mogelijkheden voor mensen die nu blijvend op toezicht en zorg nabij zijn aangewezen.

Wij zijn van mening dat voor hen de toegang tot alle vormen van zorg en ondersteuning goed geregeld moet worden. Het voorkomen van afschuiven en van het kastje naar de muur verwijzen, moet prioriteit krijgen en ook belegd worden in afspraken tussen financiers en uitvoeringsorganisaties zoals gemeenten, zorgverzekeraars en het CIZ.



Het ministerie van VWS draagt op dit punt stelselverantwoordelijkheid en dient het verzekerde pakket en de beleidsregels voor de toegang zodanig vast te stellen dat de toegankelijkheid van en samenhang in de zorg en ondersteuning voor ggz cliënten maximaal wordt bevorderd.

### **Overwegingen**

Voorafgaande aan de hervorming van de langdurige zorg hebben wij gezamenlijk randvoorwaarden geformuleerd voor de hervorming van de langdurige ggz. Dit heeft geleid tot de Landelijke Werkafspraken langdurige ggz, met het ministerie van VWS. Deze afspraken zijn mede onderschreven door de VNG en ZN. Een aantal van deze werkafspraken is uitgevoerd. We constateren echter dat juist de cruciale afspraken die te maken hebben met samenwerking tussen partijen en de afspraken over continuïteit van zorg, nauwelijks voortgang hebben geboekt. Dit leidt tot een situatie waar mensen tussen wal en schip vallen.

Wij vinden dat ggz cliënten gebaat zijn bij een duurzame inrichting van de langdurige ggz met zekerheid over hun zorg en ondersteuning op de lange termijn. In het nieuwe stelsel dienen zoveel mogelijk cliënten in staat gesteld worden om te werken aan participatie, zeggenschap over het eigen leven en zelfredzaamheid. Zoveel als mogelijk dienen we te voorkomen dat het kader van de langdurige ggz een eindpunt wordt van waaruit participatie niet meer mogelijk is.

We stellen vast dat het onaanvaardbaar is om mensen enkel op basis van 'een psychiatrische grondslag' uit te sluiten van het recht op langdurige zorg in de Wlz. Het gaat uiteindelijk niet om de aandoening, maar om het totaal aan beperkingen dat maakt dat blijvend permanent toezicht of 24uurs zorg in de nabijheid nodig is. We zijn dan ook positief over het advies van het Zorginstituut om de Wlz op dit punt aan te passen.

### **Consultatievragen**

*Cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24uur zorg nabij*

We zijn het eens met het Zorginstituut om deze groep verzekerden toegang te geven tot de Wlz. Uitgangspunt dient hier te zijn dat het uiteindelijk niet gaat om de aandoening, maar om het totaal aan beperkingen dat maakt dat blijvend permanent toezicht of 24uurs zorg in de nabijheid nodig is. Wij zijn van mening dat hiertoe ook behoort de groep mensen met een psychiatrische problematiek die ten gevolge van ziekte- en behandelgeschiedenis of leefstijl blijvend verminderd cognitief functioneren. Ook zij dienen toegang tot de Wlz te krijgen. We onderschrijven het advies van het Zorginstituut om in het afwegingskader Wlz ten behoeve van het CIZ de zeven nadere vragen uit het HHM rapport op te nemen. Daarnaast vinden wij het noodzakelijk dat ook het item 'cognitief functioneren' in het Afwegingskader wordt aangepast en dat expliciet gevraagd wordt naar de mate van verminderd cognitief functioneren ten gevolge van psychoses, langdurig gebruik van psychofarmaca, of verslavende middelen.

### **Opmerkingen en aanvullingen:**

Het gaat hier om cliënten die vaak al langdurig en herhaaldelijk behandelingstrajecten hebben gevolgd of langdurig opgenomen zijn geweest in een psychiatrische kliniek zonder dat dit heeft geleid tot herstel van zelfredzaamheid of uitzicht daarop. Participatie in de samenleving is geen reële optie. Deze groep is vergelijkbaar met andere groepen in de Wlz zoals cliënten in de gehandicaptenzorg en de verpleeghuissector.

Te verwachten valt dat een effect van het openstellen van de toegang tot de Wlz zal zijn, dat ggz cliënten die een aanvraag voor Wmo ondersteuning bij de gemeente indienen, gevraagd zal worden eerst een Wlz indicatie aan te vragen. Dit hangt ook samen met de bepaling dat de Wlz voorliggend is aan de Wmo.

Hier dreigt een onwenselijke prikkel te ontstaan waarbij ggz cliënten van het kastje naar de muur gestuurd kunnen worden. We vinden het een voorwaarde dat het Rijk, CIZ, de gemeenten en Wlz uitvoerders afspraken maken over afgestemde richtlijnen voor indicatiestelling voor beschermd wonen in de Wmo en verblijf in de Wlz.

Uitgangspunt daarbij is dat een afwijzing in het ene domein, leidt tot een toekenning in het andere domein. Het mag niet voorkomen dat ggz cliënten die een hulpvraag hebben, met lege handen blijven zitten. Uit het voorgaande volgt ook dat de financiële prikkels juist gelegd dienen te worden. Indien een cliënt met overgangsrecht een Wlz indicatie krijgt, dient het budget de cliënt te volgen. Het zelfde geldt voor een cliënt die na herindicatie een beschikking voor Beschermd Wonen in de Wmo krijgt.

*Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij<sup>1</sup>*

Op de vraag of wij het noodzakelijk vinden om ggz cliënten die niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij, tijdelijk toegang te geven tot de Wlz, is ons antwoord dat wij op dit moment in de Wlz het meest perspectief zien om de kwaliteit en continuïteit van zorg te realiseren die voor deze doelgroep passend is. Deze doelgroep heeft primair behoefte aan een veilige omgeving waarbinnen aan herstel gewerkt kan worden, zonder druk op doorgroei naar zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Deze zorgbehoefte kan op gespannen voet staan met de participatie-doelstelling van de Wmo.

Wij herkennen de overwegingen van het Zorginstituut over het gebrek aan objectieve criteria, en over domeinafbakening en mogelijk strategisch gedrag. De kwaliteit van de indicatiestelling is ons inziens gebaat bij de inzet van klinische expertise, begeleid door systematisch onderzoek waardoor die expertise verder verrijkt en verspreid kan worden. Dan nog is niet uit te sluiten dat zich grensgevallen tussen Wmo en Wlz voordoen, zoals overigens ook het geval is in andere zorgsectoren. Vanuit cliënt- en familieperspectief is het belangrijk dat kwaliteit en continuïteit van zorg dan gewaarborgd zijn, ongeacht het financiële kader van waaruit de zorg betaald wordt. Door in de indicatiestelling de afweging tussen wmo en wlz een plaats te geven, zal vanzelf een evenwicht ontstaan.

Het argument dat de ambulantisering gehinderd zou worden door een tijdelijke toegang tot de Wlz, vinden we minder sterk. De ambulantisering wordt op dit moment vooral belemmerd door gebrek aan samenwerking met en tussen partijen, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en woningcorporaties, zoals we hierboven ook al noemden.

Deze groep ggz cliënten is naar onze mening de groep die het grootste risico loopt op afwenteling, sociale uitsluiting en zorgmijding. Het overschatten van de zelfredzaamheid in het sociale domein is een risico dat onderkend en voorkomen dient te worden. Het investeren in betaalbare, veilige huisvesting en daarnaast behandeling, begeleiding en dagbesteding is dringend noodzakelijk voor deze groep. De Wmo, Participatiewet en Zorgverzekeringswet bieden de mogelijkheid om deze vorm van langdurige ggz samenhangend te realiseren. De stappen die daarvoor nodig zijn, moeten nog gezet worden.

Dat betekent ons inziens dat de grootste groep ggz cliënten met een langdurige zorgvraag op dit moment nog niet of nauwelijks voordeel heeft bij de hervorming van de langdurige zorg.

Op dit onderdeel is er een sterke relatie met het advies over de toekomst van het beschermd wonen in de Wmo van de Commissie Dannenberg. In dat advies wordt uitgegaan van een inclusieve samenleving waarin een aantal, ook hierboven genoemde, randvoorwaarden gerealiseerd zijn. Wij vinden dat de rijksoverheid verantwoordelijk is voor de regie op het tot stand komen van de randvoorwaarden.

---

<sup>1</sup> Althans 'bij wie niet met zekerheid is vast te stellen of deze zorgvraag van blijvende aard zal zijn'

Een halfjaarlijkse rapportage aan de Tweede Kamer over de voortgang van het realiseren van de randvoorwaarden voor deze groep vinden wij noodzakelijk.

*Voortgezet verblijf*

Wij zijn het eens met het voorstel van het Zorginstituut om het huidige afkappunt voor toegang tot de Wlz te verlaten (het criterium van drie jaar behandeling en verblijf in de Zvw). Aan de duiding van inhoudelijke criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw wordt op dit moment door uw instituut gewerkt.

We vinden het ook hier belangrijk om de verbinding met de toegang tot de overige wettelijke kaders voor de langdurige ggz goed te leggen. Beëindiging van zorg en verblijf in het ene domein kan niet plaatsvinden als een vervolgplek (eigen huis, terug naar familie, beschermd of begeleid wonen) niet geregeld is. Ook hier zijn afspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en woningcorporaties onontbeerlijk.

*Gevolgen voor het gebruik van de Wlz*

Het is niet mogelijk om een bij benadering exact getal aan te geven als het gaat om het aantal ggz cliënten dat toegang zal krijgen tot de Wlz indien de mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24uurs nabije zorg worden toegelaten. De beleidsregels zullen moeten worden aangepast op de aspecten psychisch en cognitief functioneren. Pas nadat de betreffende groep cliënten individueel is getoetst aan de hand van het Afwegingskader Wlz, ontstaat daarover een betrouwbaar beeld. Hierboven gaven we al aan dat we voorstander zijn van een systeem waar het geld de cliënt volgt. Er zal dan een herschikking van middelen over de wettelijke kaders moeten plaatsvinden.

Het is het voornemen van de minister van VWS om een standpunt in te nemen over de verzekeraarbaarheid van de langdurige ggz (langdurig klinisch verblijf) in de Zvw. Wij verwachten dat de uitkomst daarvan een communicerend vat is met de vraag in hoeverre er meer of minder gebruik gemaakt gaat worden van de Wlz.

*Advies aan de staatssecretaris*

Wij ondersteunen het advies aan de staatssecretaris om de groep die vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 zorg nabij, toegang te geven tot de Wlz. We zijn het ermee eens geen specifieke aandoeningen of stoornissen te benoemen waaraan voldaan zou moeten worden: het gaat om de individuele beoordeling van het totaal aan beperkingen.

Ten aanzien van het tweede deel van het advies zijn wij van mening dat de staatssecretaris gevraagd moet worden te bewerkstelligen dat het rijk regie neemt op het tot stand komen van de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de uitgangspunten van ambulantisering en decentralisatie waar te maken, op zich neemt en daarover halfjaarlijks aan de Tweede Kamer rapporteert.

Met vriendelijke groet,

GGZ Nederland

Federatie Opvang

ir. P.M. van Rooij  
directeur

drs. J.P. Laurier,  
voorzitter Federatie Opvang

RIBW Alliantie

LPGGz

A.P.B.M. van Tuijn  
voorzitter RIBW Alliantie

mevrouw M .ter Avest  
directeur Landelijk Platform ggz.

Aan het Zorginstituut

Datum: 19 november 2015

Betreft: reactie NIP en NVO op consultatievragen ZINL over toegang ggz-cliënten tot de Wlz

Geachte mevrouw Van der V -H,

Hierbij maken het NIP en de NVO graag gebruik van de gelegenheid om te reageren op de consultatievragen van het Zorginstituut over de toegang tot de Wlz voor GGZ-cliënten. Het NIP en de NVO zijn van mening dat het goed is als mensen met psychische stoornissen ook toegang krijgen tot de Wlz. Het gelijkheidsbeginsel, dat deze groep dezelfde aanspraken heeft als groepen met andere aandoeningen, vinden we hiervoor het belangrijkste argument. We menen dat deze groep dan goede kansen heeft op adequate zorg. De risico's die het Zorginstituut noemt, zien wij als zaken die geen risico zijn of beperkte risico's horen te zijn.

**Consultatievraag onder 1.**

*U vraagt of we het eens zijn met uw oordeel dat de groep cliënten van wie vaststaat dat ze door een combinatie van een psychische stoornis met andere aandoeningen een blijvende behoefte hebben aan 24-uurszorg en/of permanent toezicht, toegang moet hebben tot de Wlz.*

Het NIP en de NVO zijn het hier mee eens. Het argument van gelijkheid vinden we hier doorslaggevend. Het feit dat grensvlakdiscussies erdoor zullen verminderen, is secundair. Het is onterecht en onverdedigbaar dat psychische stoornissen geen basis zijn voor toegang tot de Wlz en somatische aandoeningen en verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke handicaps wel. Wel willen we benadrukken dat we het van belang vinden dat ggz-cliënten tegelijkertijd zo lang mogelijk uitzicht houden op zelfstandigheid en optimale (maatschappelijke) participatie.

Een aanvullende opmerking van ons is overigens dat het afwegingskader voor de toegang tot de Wlz naar onze opvatting nog niet goed genoeg is. In de consultatie daarover heeft het NIP aangegeven dat dit onder andere komt door de gebleken onvoldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ervan.

Daarnaast is onvoldoende duidelijk of de toegang en het afwegingskader ook van toepassing zullen zijn op de doelgroep jeugdigen, 18- (met een psychische aandoening). We gaan ervan uit dat dit wel het geval is en vinden het noodzakelijk dat dit ook specifiek in het afwegingskader wordt vermeld.

### **Consultatievraag onder 2.**

*U vraagt in hoeverre wij het noodzakelijk vinden om verzekeren tijdelijk toegang te geven, met het oog op de groep cliënten met een psychische stoornis bij wie de behoefte aan 24-uurszorg en/of permanent toezicht naar verwachting niet binnen afzienbare termijn (ongeveer drie jaar) zal verminderen.*

*U noemt een aantal risico's en enkele aandachtspunten. U vraagt in hoeverre wij ons hierin herkennen en of er nog andere aandachtspunten of opmerkingen zijn.*

Het NIP en de NVO vinden het terecht om deze groep ook toegang tot de Wlz te geven, in de vorm van een tijdelijke toegang. De noodzaak ervan is ons inziens gelegen in een naar ons oordeel juiste toepassing van het gelijkheidsbeginsel met betrekking tot mensen met psychische problematiek. Het is ons inziens in de geest van de wet om een zorgbehoefte op grond van een psychische aandoening als 'van niet voorbijgaande aard' te beschouwen, *indien pas na ongeveer drie jaar eventueel kan blijken dat deze niet blijvend is*. De aard van de zorgbehoefte zal gedurende die drie jaar immers zijn zoals wanneer deze zéker blijvend was geweest. Op deze wijze kan gepast rekening gehouden worden met de bijzonderheid van psychische stoornissen dat ze soms iets minder onomkeerbaar zijn dan de andere in de Wlz genoemde aandoeningen. Dat blijvendheid nooit helemaal zeker is, geldt overigens ook voor die andere aandoeningen en dat is voor de juiste toepassing van de Wlz ons inziens ook geen bezwaar.

U vraagt naar het risico van mogelijke precedentwerking van deze tijdelijke toegang voor ggz-cliënten naar die andere groepen. In de eerdere consultatie, over het afwegingskader toegang Wlz, stelde het Zorginstituut nog voor om onder 'blijvend' voor alle groepen 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd' te verstaan. Het NIP stemde daar toen al mee in. Het Zorginstituut heeft dit element van tijdelijkheid, 'binnen afzienbare tijd', in het definitieve afwegingskader weggelaten. Wat het NIP en de NVO betreft is de kans op enige precedentwerking van de tijdelijke toegang voor ggz-cliënten naar andere groepen iets dat acceptabel is. Een absoluut onderscheid tussen de verschillende groepen is namelijk onterecht.

Mede in het licht van de door het Zorginstituut bevroegde risico's willen we aandacht vragen voor de praktische kant van de zaak. Om hoeveel min of meer 'valse positieven' zal het gaan? We menen geen cijfers te zijn tegengekomen over van hoeveel cliënten verwacht kan worden dat de zorgbehoefte achteraf niet blijvend zal blijken, doordat ze nog herstellen of dat hun zorgbehoefte afvlakt. Het moet ons inziens niet gaan om een zwart-wit-principe dat het blijvende karakter nog niet zeker is, maar om een relatief principe van het percentage van de Wlz-geïndiceerden van wie de zorgbehoefte na een aantal jaren niet blijvend bleek. Als uit een epidemiologische analyse blijkt dat dit percentage laag is (bijvoorbeeld 20 %), dan is toegang voor de groep terecht; is het hoog (bijvoorbeeld 50 %) dan lijkt toegang niet functioneel. Misschien is het zinvol op bestaande gegevens een nadere epidemiologische analyse te plegen en om het in de toekomst te monitoren.

Verder gaat het uiteindelijk om de kwaliteit en doeltreffendheid van de zorg. Zowel vanuit de Wmo als de Wlz kan wellicht adequate zorg geboden worden. Het is niet zo dat binnen de Wlz herstel niet mogelijk is. Ook zet de Wlz in intentie sterk in op extramuralisering van de Wlz-zorg. Indien de middelen en mogelijkheden binnen de Wmo en de Wlz niet verschillen, maar ook alleen dan, maakt het qua kwaliteit van zorg welig verschil binnen welk regime een cliënt zijn zorg krijgt.

Over de genoemde risico's menen we, zoals boven al aangestipt, dat toegang voor deze groep

- zich goed verdraagt met de doelstelling van de Hervorming Langdurige zorg
- het extramuraliseringsbeleid niet hoeft te belemmeren
- hooguit enige terechte precedentwerking naar andere groepen uitoefent.

Het risico, dat het Zorginstituut ook noemt, dat een cliënt zonder nut naar een andere huisvesting/instelling moet verhuizen, achten we inderdaad aanwezig, maar het is aan zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders om dit te voorkomen. Het is van groot belang voor de cliënt dat ze hierin slagen.

Het risico van onduidelijke domeinafbakening en strategisch afwentelingsgedrag wordt door het Zorginstituut vooral in verband gebracht met het ontbreken van harde criteria voor de toegang tot de Wlz voor deze groep. De harde criteria ontbreken inderdaad voor de beoordeling of de zorgbehoefte levenslang blijvend is. Het is ons inziens de vraag of je kan zeggen dat de criteria voor het oordeel dat de zorgbehoefte tenminste enkele jaren zal bestaan, minder hard zijn dan voor de Wlz in het algemeen. Dat zijn in principe toch dezelfde criteria als voor het oordeel of er wel of niet behoefte is aan permanent toezicht en/of 24-uurszorg. Dat afwegingskader kan en moet ons inziens beter, maar dat is een algemene kwestie voor de Wlz. Indien de Indicatiestelling objectief en onafhankelijk plaatsvindt, hoeft de kwaliteit van de criteria in principe niet eerder tot afwentelingsgedrag te leiden dan bij de andere groepen.

In verband met het risico van afwentelingsgedrag willen we benadrukken dat we de Intentie hebben om de zorg betaalbaar en doelmatig te houden en tegelijkertijd toegankelijk voor diegenen die deze zorg nodig hebben. Om die reden vinden we het van belang om aandacht te vragen voor de rol van de sociale omgeving van de persoon die zorg nodig heeft, zonder dat dit overigens afbreuk mag doen aan diens wettelijke aanspraken. De context speelt overeenkomstig de bepalingen in Wlz geen rol bij de indicatiestelling. U wijst erop dat de Wmo gemeenten de mogelijkheid biedt om mensen die in aanmerking kunnen komen voor de Wlz, maatwerkvoorzieningen vanuit de WMO te weigeren. Het Zorginstituut heeft ook eerder in de aanbiedingsbrief van het 'afwegingskader toegang Wlz' aandacht gevraagd voor het effect dat dit kan hebben: namelijk dat mensen die kunnen volstaan met mantelzorg vanuit de Wmo, eventueel aangevuld met Zvw-zorg (zoals verpleegkundige zorg), zich gedwongen voelen om gebruik te maken van duurdere (Integrale) Wlz-zorg. Wij ondersteunen hier dit verzoek om aandacht voor dit effect.

#### ***Consultatievraag onder 'Voortgezet verblijf'***

*U vraagt of we kunnen instemmen met de opvatting dat iemand die behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis, onder de Zvw moet vallen, totdat vaststaat dat behandeling en verblijf blijvend noodzakelijk zijn, waarna hij toegang moet hebben tot de Wlz.*

Het NIP en de NVO kunnen met deze opvatting instemmen. We wijzen erop dat de groep die op deze grond toegang krijgt tot de Wlz waarschijnlijk klein is. We vinden dat er voor gezorgd moet worden, dat de mogelijk lastige beoordeling van dit criterium 'blijvende noodzaak van behandeling met verblijf' niet tot onduidelijkheid voor de cliënt leidt.

**Consultatievraag onder 'Advies'**

*Tot slot vraagt u onze visie op uw advies. U adviseert de Minister de onder de eerste consultatievraag beschreven groep, met een combinatie van aandoeningen, toegang te geven tot de Wlz.*

Het NIP en de NVO kunnen zoals al gesteld hiermee instemmen.

*Ten tweede adviseert u de Minister te overwégen of deze de tweede doelgroep, waarbij binnen afzienbare tijd geen verbetering wordt verwacht, toegang te geven tot de Wlz. Verder adviseert u om in ieder geval geen specifieke aandoeningen te benoemen.*

We hebben hierboven bepleit deze tweede groep toegang te geven. Wij raden het Zorginstituut aan zijn neutrale standpunt te herzien. Zoals vermeld adviseren we hierbij een kwantitatieve benaderende prognose te betrekken van de aantallen van dergelijke Wlz-geïndiceerden van wie de zorgbehoefte na een aantal jaren niet blijvend zal blijken te zijn.

Wij zijn graag tot toelichting bereid.

Met vriendelijke groeten,

namens het NIP,  
i/o

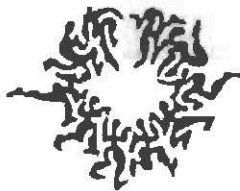
namens de NVO,

mw. A.A. Haringsma

drs. J.C.M. van Eck  
Directeur NIP

mw. Drs. M.E. Post  
Directeur NVO





Zorginstituut Nederland

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM ZEIST  
Telefoon (030) 698 89 11  
Telefax (030) 698 83 33  
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon

Doorkiesnummer

Ons kenmerk B-15-3745-dkoc1

Uw kenmerk 2015137608

Datum 18 november 2015

Onderwerp consultatie toegang Wlz voor GGZ-clënten

Geachte mevrouw Van der V - H,

Dank voor de geboden mogelijkheid om op het conceptadvies over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis te reageren. Graag geven wij in de beantwoording van de door u gestelde vragen onze visie en aanbevelingen mee.

U vindt onze reactie per gestelde vraag als bijlage bij deze brief.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland

Mevrouw J.G.W. Lensink, MSc  
Waarnemend algemeen directeur

**Reactie op vragen uit het conceptadvies toegang tot Wlz voor GGZ-cliënten.**

**Cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij op basis van een combinatie van een psychische stoornis met een andere aandoening of beperking**

*1. Bent u het met het Zorginstituut eens dat deze groep verzekerden toegang moet krijgen tot de Wlz. Welke opmerkingen en aanvullingen heeft u op dit onderdeel van het advies.*

Wij delen het standpunt dat op grond van een integrale beoordeling van beperkingen ook mensen met een ernstige psychiatrische aandoening aanspraak moeten kunnen maken op de Wlz omdat zij blijvend 24-uurs zorg en permanent toezicht nodig hebben vanwege het invaliderende karakter van de ziekte en de co-morbiditeit. Dit gaat om een groep mensen waarvan geen sprake meer is van curatieve zorg. Uit analyses blijkt dat een zeer groot deel van de mensen die 1 jaar onafgebroken verblijven in een GGZ-instelling daar ook na 3 jaar nog liggen. Als deze groep sneller toegang krijgt tot de Wlz wordt meer recht gedaan aan hun behoefte en zorgt dat voor beter passende financiering. Positief naveneffect is dat deze hoge kosten dan ook niet meer door de zorgverzekeraar gedragen hoeven te worden. Deze zijn niet beïnvloedbaar en verhouden zich dan ook slecht met een risicodragende uitvoering.

Aanvullingen: Er moet SMARTer omschreven worden bij welke combinaties van stoornissen met een aandoening en/of beperking bovenstaande van toepassing is en welke criteria hiervoor gelden.

Onduidelijk is hoe de toeleiding verloopt. Momenteel bestaat er een prikkel om cliënten langer onder de Zvw te houden omdat het dagtarief onder de Zvw hoger is dan onder de Wlz.

**Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij.**

*2. In hoeverre vindt u het noodzakelijk om verzekerden tijdelijk toegang te geven tot de Wlz? We noemen een aantal risico's en aandachtspunten die daarbij spelen. In hoeverre herkent u zich daarin? Zijn er nog andere aandachtspunten? Heeft u verder opmerkingen over dit deel van het advies?*

Wij herkennen ons in de risico's en aandachtspunten die benoemd worden. Wij vinden het van belang dat er een zorgvuldige afweging wordt gemaakt tussen klantbelang, belang vanuit de uitvoerbaarheid van de Wlz en (financiële) belangen vanuit de Zvw. Om tijdelijke toegang van de Wlz die

eigenlijk niet strookt met de uitgangspunten van de Wlz (eindstation) mogelijk te maken is het noodzakelijk om te beschikken over objectieve criteria om de toegang te kunnen beoordelen en vast te stellen dat het gaat om een periode langer dan 3 jaar. Onduidelijk is wat het (telkens) verlengen met 3 jaar betekent voor deze groep.

### **Voortgezet verblijf**

*3. Bent u het eens met dit standpunt? Welke uitvoeringsproblemen ziet u hierbij?*

Wij gaan er vanuit dat het verlaten van het alkappunt kan betekenen dat iemand eerder of later dan 3 jaar instroomt in de Wlz. Kortom, inhoudelijke criteria bepalen de toegang en niet de verblijfsduur. Van belang is dat cliënten de zorg en behandeling ontvangen die noodzakelijk is en zolang die noodzakelijk is. Als vaststaat dat een cliënt blijvend is aangewezen op verblijf met behandeling dient toegang ook eerder dan drie jaar verleent te worden tot de Wlz. Dit is passend binnen de doelstellingen van de Wlz.

Het oprekken van GGZ verblijf boven de 3 jaar binnen de Zvw voor de groep die langdurig maar niet blijvend is aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij is niet passend binnen een risicodragend Zvw regime zolang er geen SMART geformuleerde objectieve criteria zijn. Dit gaat tot grote extra problemen leiden in de risicodragende uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Het is met name deze groep cliënten die hoge kosten maakt waarvoor de verevening op dit moment zodanig onvoldoende is dat het vraagt om uitstel van volledige risicodragendheid totdat dit vraagstuk is opgelost.

Aandachtspunten uitvoering:

Ook hiervoor moet de beschikking komen over objectieve criteria.

Onduidelijk is wie hier de toeleiding en aanmelding doet.

De onderliggende bekostigingssystematiek omdat niet vooraf te bepalen valt hoeveel cliënten in de Wlz instromen. Dit vraagt om flexibiliteit in bekostigingssystemen.

De financiering binnen de Zvw moet op een zorgvuldige wijze vorm krijgen waarin via een overgangperiode de zorgverzekeraars geen risico lopen.

Er moeten specificaties komen in welke setting de Wlz zorg voor deze groep geboden mag worden. In psychiatrische ziekenhuizen werkt hoger gekwalificeerd personeel (universitair/HBO) dan in RIBW setting (beperkt hbo/merendeel mbo).

### **Advies**

*4. Wat is uw visie op dit advies?*

Van belang is de mogelijkheid in te spelen op de diversiteit van zorg – en behandelvragen in de verschillende fasen van het zorgproces van cliënten. Dat betekent, dat cliënten waarbij na alle mogelijke behandelinterventies en integrale beoordeling blijkt dat blijvende behoefte bestaat aan permanent toezicht en 24 uren zorg nabij toegang ook eerder dan die drie jaar verleent

moet kunnen worden tot de WLZ. Deze flexibiliteit vereist vanuit het primaat van behandeling in de ZVW een maximale inspanning om op basis van herstelgerichtheid te beoordelen of een cliënt daadwerkelijk kan uitstromen naar een vorm van begeleid zelfstandig wonen danwel zelfstandig wonen; danwel is aangewezen op WLZ zorg en behandeling.

Voor het antwoord op de vraag over de groep met een tijdelijke behoefte verwijzen wij naar ons antwoord bij punt 2.



Zorginstituut Nederland

Datum	23 november 2015	Contact
Ons kenmerk	B20151117GvdW	Telefoon
Onderwerp	Bestuurlijke consultatie advies toegang tot de Wlz voor GGZ- cliënten	E-mail

Geachte heer M,

Allereerst danken wij u voor deze consultatie. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft altijd gepleit voor een eenduidige, onafhankelijke toegang tot de Wlz. Toegang voor de meest kwetsbare mensen, die levenslang zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht. Dit uitgangspunt is de basis voor de beantwoording van uw vragen.

- Cliënten met een blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij*  
Elke cliënt die voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz moet toegang krijgen tot de Wlz. In de praktijk kunnen cliënten nu niet integraal beoordeeld worden, doordat de psychiatrische problematiek verplicht buiten beschouwing wordt gelaten. Door de grondslag psychiatrische stoornis toe te voegen is dit wel mogelijk. De VGN deelt daarom uw standpunt om ook de grondslag psychiatrische stoornis mee te laten wegen bij de beoordeling van de toegang tot de Wlz. Het is voor de VGN essentieel dat de huidige toegangscriteria voor de Wlz niet gewijzigd worden en ook voor deze groep consequent worden toegepast. Alleen op deze manier is een ongewenste groei in de Wlz te voorkomen.
- Cliënten die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of zorg nabij*  
U geeft in uw advies aan dat bij veel psychiatrische problematiek het niet te voorspellen is dat die *blijvend* leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. U concludeert dat objectieve inhoudelijke criteria hiervoor niet te geven zijn. Bovendien benoemt u dat de huidige Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) voldoende ruimte bieden om de benodigde zorg en ondersteuning voor deze cliënten vorm te geven. De VGN deelt deze conclusies.

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht  
Postbus 413  
3500 AK Utrecht

www.vgn.nl  
E [info@vgn.nl](mailto:info@vgn.nl)  
T 030 27 39 300  
F 030 27 39 387

IBAN NL91RABO0331021005  
BIC RABONL24  
BTWnr: 80.47.42.534.B.01  
KvK Utrecht 404.83210

Wanneer dit in de praktijk problemen geeft, vinden wij dat dit in de betreffende stelsels moet worden opgelost en niet moet leiden tot een wijziging binnen de Wlz. U geeft vervolgens terecht aan dat het toelatingscriterium 'blijvend' verbreden naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' niet strookt met de doelstelling van de Hervorming van de Langdurige Zorg. De VGN vindt met u dat deze verbreding kan leiden tot onduidelijke domeinafbakening en strategisch gedrag van zowel financiers als zorgaanbieders en cliënten. Ook wij maken ons zorgen over de mogelijke precedentwerking voor andere groepen, met als risico dat het stelsel van de Wlz onbeheersbaar wordt.

De genoemde argumentatie leidt ons inziens tot de conclusie dat deze groep cliënten geen toegang moet krijgen tot de Wlz. Het verbaast ons daarom dat u dit standpunt niet inneemt ten aanzien van de toelating van deze doelgroep tot de Wlz.

### *3. Voortgezet verblijf*

U redeneert dat iemand die niet voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, maar wel blijvend is aangewezen op verblijf met behandeling, toegang zou moeten krijgen tot de Wlz. Wat de VGN betreft worden de toegangscriteria niet aangepast. Een blijvende behoefte aan verblijf met behandeling is op zichzelf geen toelatingscriterium tot de Wlz. We kunnen ons echter goed voorstellen dat een cliënt die blijvend behoefte heeft aan verblijf met behandeling zo'n zware zorgbehoefte heeft, dat hij op basis daarvan al voldoet aan de huidige toegangscriteria. We vragen ons daarom af in hoeverre aanpassing van de huidige regels nodig is, als uw eerste advies wordt overgenomen en de grondslag psychiatrie straks meeweegt in de beoordeling.

### *Samengevat*

De VGN vindt dat de huidige toegangscriteria van de Wlz niet gewijzigd moeten worden. Wij kunnen wel achter de toevoeging van de grondslag psychiatrie staan. Op deze manier kan er een integrale beoordeling van de cliënt op de toelatingscriteria voor de Wlz plaatsvinden. De VGN kan niet achter het verbreden van de definitie 'blijvend' naar 'blijvend binnen afzienbare tijd' staan, waardoor ook cliënten met psychiatrie problematiek die niet voldoen aan de huidige toegangscriteria, toegang kunnen krijgen tot de Wlz. De Wmo en Zvw bieden voor deze groep voldoende mogelijkheden op passende zorg en ondersteuning, ook in combinatie met verblijf.

We vragen u tot slot om mee te nemen in het advies aan de staatssecretaris dat hij bij de besluitvorming ook kijkt naar de financiële gevolgen in de budgetverdeling over de verschillende stelsels. We zien een opdracht voor de staatssecretaris om samen met de VNG, ZN en de partijen in het veld te gaan zoeken naar oplossingen in het sociaal domein en in de zorgverzekeringswet ten aanzien van verblijf met begeleiding of behandeling.



D  
G  
F  
F  
N  
C  
F  
U

*paginanummer 3*

*ons kenmerk B20151117GvdW*

Wij vertrouwen er op dat u onze aanbevelingen meeneemt in uw rapportage aan de staatssecretaris en wij geven u desgewenst graag een persoonlijke toelichting op onze visie.

Met vriendelijke groet

F. Halsema  
*Voorzitter*