Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

2018010125

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Complexe Ouderenzorg

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

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

Datum 7 maart 2018
Betreft Aanvullend advies over de positionering van behandeling bij GGZ-cliënten

Onze referentie
2018010125

Bijlage
'aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz'

Geachte heren De Jonge en Blokhuis,

Op 27 september jl. heeft Zorginstituut Nederland een advies uitgebracht over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz. We hebben daarbij aangegeven aanvullend advies te geven over de positionering van deze zorg bij cliënten met een psychische stoornis die voldoen aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz. Ik bied u dit advies hierbij aan.

We komen tot de conclusie dat ons advies van 27 september jl. ook van toepassing is voor deze nieuwe doelgroep. Daarbij vragen we aandacht voor het feit dat de implementatie van dit advies voor de betrokken zorgaanbieders een majeure verandering betekent. Zij moeten daarom tijd en gelegenheid hebben om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz

Datum 5 maart 2018
Status Definitief

Colofon

Volgnummer 2017044346

Contactpersoon

Afdeling Pakket

Uitgebracht aan

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding—7
1.1 Aanleiding—7
1.2 Systeemadvies—7
1.3 Goede (integrale) zorg, eigen regie en keuzevrijheid—7
1.4 Aanpak—8

2 Bevindingen uit de expertmeeting—9
2.1 Doelgroep—9
2.1.1 Voortgezet verblijf—10
2.2 Belangrijke thema's—10
2.2.1 Afbakening begrip 'institutionele zorg'—10
2.2.2 De term 'blijvend' is problematisch—11
2.3 Goede (integrale) zorg, eigen regie en keuzevrijheid—11
2.3.1 Niet alle cliënten zijn (altijd) aangewezen op integrale zorg—12
2.3.2 Integrale zorg na medisch noodzakelijk verblijf—13
2.3.3 Terugval met opname in een psychiatrisch ziekenhuis—13
2.3.4 Variatie van populatie in één geclusterde woonvorm—13
2.3.5 Administratieve en organisatorische lasten—14
2.3.6 Aandachtspunt: verstandelijk beperkten met psychiatrische problematiek—14

3 Advies van de Adviescommissie Pakket—15

4 Bestuurlijke consultatie—17
4.1 Algemeen—17
4.1.1 Andere leveringsvormen en voortgezet verblijf vallen buiten dit advies—17
4.1.2 Systeemadvies—17
4.1.3 Doelgroep van het advies—17
4.1.4 Wlz verlaten—18
4.1.5 Monitoren en signaleren—18
4.2 Consultatievraag 1—18
4.2.1 Integrale zorg—18
4.2.2 Beoordeling concrete zorgbehoefte—19
4.3 Consultatievraag 2:—19

5 Conclusies en aanbevelingen—21

Bijlagen:
1 Paragraaf 4.1. uit het rapport 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten, advies over behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz'
2 Bijlage uit rapport bureau HHM 'toegang Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis
3 Onderscheid tussen cliënten die op integrale zorg zijn aangewezen en waarvoor dat niet zo is
4 Verzendlijst bestuurlijke consulatie
5 Overzicht reacties van partijen
6 Brieven met reacties

Samenvatting

Mensen met een psychische stoornis hebben op dit moment geen toegang tot de Wlz. Op 16 december 2015 hebben we de staatssecretaris van VWS geadviseerd om hen die toegang wel te bieden als zij voldoen aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz (aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht)[1].

Het belangrijkste uitgangspunt was daarbij het gelijkheidsbeginsel. Het gaat hier zonder meer om een doelgroep waarop de Wlz zich specifiek richt.

Vervolgens hebben we op 27 september 2017 advies uitgebracht over de positionering van behandeling in de Wlz[2]. De kernboodschap daarvan is dat bij institutionele zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. De reden daarvan is vooral dat de doelgroep waarover het gaat (de meest kwetsbaren) is aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. Dat is alleen goed mogelijk als alle zorg onder regie van één zorgaanbieder wordt geboden. Vandaar dat we tot het advies kwamen om alle zorg en ook de aanvullende zorgvormen (huisartsenzorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen en paramedische zorg) onder de Wlz te laten vallen.

We hebben dat advies geschreven voor de bestaande doelgroepen van de Wlz, dus cliënten met een andere grondslag dan psychiatrie. In het advies gaven we aan dat we nog nader zouden toetsen of onze conclusies ook gelden voor mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de wettelijke toegangseisen van de Wlz. De hypothese waarvan we zijn uitgegaan is:
Cliënten die ten gevolge van een psychische stoornis, al dan niet in combinatie met andere grondslagen voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, hebben (voorzover zij verblijven in een instelling of geclusterd volledig pakket thuis) over het algemeen behoefte aan integrale zorg en zouden daarom aanspraak moeten hebben op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.

Om die hypothese te toetsen hebben we op 7 september 2017 een expertmeeting georganiseerd met dezelfde experts als die waren betrokken bij het advies over de toegang tot de Wlz, aangevuld met vertegenwoordigers van branchevereningingen en beroepsgroepen.

We beseffen dat een aantal partijen een bredere toegang voor GGZ-cliënten bepleit. Dat is echter niet het onderwerp waarover het huidige advies gaat. We baseren ons op de doelgroep die in 2015 is vastgesteld.

De conclusie is dat mensen met een psychiatrische stoornis die *blijvend* zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht over het algemeen zijn aangewezen op integrale zorg. Net als bij de overige doelgroepen zijn er daarnaast ook cliënten waarvoor dat minder of niet het geval is; die vooral zijn aangewezen op toezicht en begeleiding.

[1] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/12/16/advies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis

[2] Onderzocht zijn de cliënten die gebruik maken van:
Beschermd Wonen (BW) (Wmo), Maatschappelijke Opvang (MO) (Wmo), het
eerste jaar verblijfszorg op basis van een DBC (Zvw), het tweede en derde jaar GGZ-B
(Zvw) en voortgezet verblijf op basis van een GGZ-B indicatie (Wlz).

Als de situatie van een cliënt dermate verslechterd dat verblijf met behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is, komt die zorg, zolang de opname duurt, ten laste van de Zvw, waarbij verder hetzelfde LGGZ-regime geldt als bij cliënten zonder Wlz-indicatie[3].

Tijdens de totstandkoming van het rapport van 27 september jl. over de positionering van behandeling stuitten we op twee belangrijke waarden, waartussen een zekere spanning bestaat. Die bestaat ook voor de doelgroep waar het nu over gaat: mensen met een psychiatrische stoornis. . We hebben geen overtuigende argumenten om daar bij de nieuwe doelgroep voor de Wlz, de mensen met een psychiatrische aandoening, anders mee om te gaan. We maken daarom dezelfde afweging als in het eerste rapport en stellen goede zorg voorop, waarbij het aan instellingen is om waar mogelijk cliënten keuzevrijheid te bieden.

We adviseren de staatssecretaris dan ook om het advies over de positionering van behandeling van 27 september onverkort van toepassing te laten zijn op de GGZ-doelgroep.
Daarbij benadrukken we dat de implementatie van dit advies voor de sector een majeure verandering betekent. De sector moet tijd en gelegenheid krijgen om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie. De individuele instellingen moeten bepalen aan welke doelgroepen zij zorg willen verlenen en er zijn regionale afspraken nodig om ervoor te zorgen dat alle cliënten passende zorg kunnen ontvangen. We zullen monitoren in hoeverre partijen er daarbij in slagen hun rol op te nemen.

[3] De eerste drie jaar komt de zorg ten laste van de Zvw, in het eerste jaar bekostigd obv DBC's, daarna op basis van ZZP's. Na het derde jaar komt de zorg op grond van artikel 3.2.2 Wlz ten laste van de Wlz.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 16 december 2015 heeft Zorginstituut Nederland de bewindspersonen van VWS geadviseerd om ook mensen met een psychische stoornis toegang te geven tot de Wlz, als zij voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Dat houdt in dat moet vaststaan dat de betreffende verzekerde ***blijvend*** is aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht. Het moet redelijkerwijs zijn uitgesloten is dat de betreffende cliënt zonder 24 uur zorg nabij of permanent toezicht kan.

Het belangrijkste argument was daarbij het gelijkheidsbeginsel. 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 al toegang hebben tot de Wlz en dus ook gelijke toegang moeten hebben tot de Wlz.

Op 27 september 2017 heeft het Zorginstituut advies uitgebracht over de positionering van behandeling in de Wlz. De kernboodschap daarvan is dat bij institutionele zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. De reden daarvan is vooral dat de doelgroep waarover het gaat (de meest kwetsbaren) is aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. Dat is alleen goed mogelijk als alle zorg onder regie van één zorgaanbieder wordt geboden. Vandaar dat we tot het advies kwamen om alle zorg en ook de aanvullende zorgvormen (huisartsenzorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen en paramedische zorg) onder de Wlz te laten vallen.

We hebben dat advies geschreven voor de bestaande doelgroepen van de Wlz, dus cliënten met een andere grondslag dan psychiatrie. In het advies gaven we aan dat we nog nader zouden toetsen of onze conclusies ook gelden voor mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de wettelijke toegangseisen van de Wlz. Dat doen we in dit rapport.

1.2 Systeemadvies

Het is belangrijk te benadrukken dat ons advies over de positionering van de behandeling in de Wlz een systeemadvies is. Daarmee willen we faciliteren dat instellingen hun cliënten passende zorg kunnen bieden binnen publieke randvoorwaarden als doelmatigheid en rechtmatigheid.
We zeggen daarmee niets over de inhoud van de zorg. Wat voor een bepaalde populatie of individu passende zorg is, en hoe die het best kan worden gerealiseerd, is een vraag die door partijen zelf moet worden beantwoord. Kwaliteitsstandaarden en (individuele) zorgplannen zijn daarvoor de passende instrumenten.

1.3 Goede (integrale) zorg, eigen regie en keuzevrijheid

Tijdens de totstandkoming van het rapport van 27 september jl. over de positionering van behandeling stuitten we op twee belangrijke waarden, waartussen een zekere spanning bestaat. Die bestaat ook voor de nieuwe GGZ-doelgroep. Aan de ene kant vereist de behoefte aan integrale zorg dat er gewerkt wordt vanuit één visie en dat de behandelaren en alle hulpverleners intensief met elkaar samenwerken en hun zorg rond de cliënt op elkaar afstemmen. Eén partij moet hierbij verantwoordelijk zijn voor de afstemming en aansturing.
Aan de andere kant hechten mensen (de cliënt en zijn mantelzorger(s) aan een zo gewoon mogelijk leven, en aan keuzevrijheid van behandelaar: ze willen hun eigen (huis)arts, fysiotherapeut, logopedist etc. kunnen kiezen danwel behouden.

Bij de Wlz doelgroep is vaak sprake is van zware regieproblemen. Behoud van 'eigen' regie is doorgaans alleen mogelijk als er mantelzorgers zijn die hiervoor voldoende kunnen compenseren. Als de zorg thuis wordt geleverd, spelen mantelzorgers doorgaans een belangrijke rol. Voor ons was dat aanleiding om het advies te beperken tot institutionele zorg: verblijf in een instelling of een daarop gelijkende situatie zoals geclusterd vpt.

Tegelijkertijd hebben we geconstateerd dat het in de praktijk vaak lukt om beide waarden met elkaar te verenigen. In de gehandicaptenzorg contracteert een instelling bijvoorbeeld vaak vrijgevestigde professionals die affiniteit hebben met de doelgroep. Bijvoorbeeld een specifieke huisartsengroep, paramedici etc. Daarbij sluit de concrete zorg zo goed mogelijk aan bij het 'normale' patroon. Uiteraard is de mate waarin een en ander mogelijk is afhankelijk van de individuele problematiek, de organisatorische setting en dergelijke. Dat is voor ons des te meer reden de concretisering van de zorgverlening over te laten aan de praktijk.

1.4 Aanpak

In ons advies van 16 december 2015 over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychiatrische stoornis leggen we uit waarom we adviseren de groep mensen die *blijvend* is aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht toegang tot de Wlz te verlenen.
Het belangrijkste argument is het gelijkheidsbeginsel. Voor alle huidige cliënten geldt dat zij alleen toegang hebben als vaststaat dat de noodzaak van 24 uur zorg nabij of permanent toerzicht *blijvend* is. In dit aanvullend advies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen nemen we deze afbakening van de doelgroep als uitgangspunt.

Omdat het bij deze doelgroep veelal gaat om mensen met ernstige co-morbiditeit (zoals herenbeschadigingen of somatische door middelengebruik, gerontopsychiatrie, autisme met verstandelijke beperkingen) het ligt voor de hand te veronderstellen dat het advies over de positionering van behandeling in de Wlz en de argumenten en overwegingen die we daarbij hebben gemaakt, ook gelden voor mensen die (mede) vanwege een psychische stoornis toegang hebben tot de Wlz.
Onze hypothese is dan ook:
Cliënten die ten gevolge van een psychische stoornis, al dan niet in combinatie met andere grondslagen voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, hebben (voorzover zij verblijven in een instelling of geclusterd, vpt) over het algemeen behoefte aan integrale zorg en zouden daarom aanspraak moeten hebben op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.

We hebben op 7 september 2017 een expertmeeting georganiseerd om te toetsen of deze aanname juist is, of dat we in onze verkenning essentiële zaken over het hoofd hebben gezien op grond waarvan we die moeten herzien. We hebben daarvoor dezelfde experts benaderd die waren betrokken bij het advies over de toegang tot de Wlz van 16 december 2015, aangevuld met vertegenwoordigers van brancheverenigingen en beroepsbeoefenaren.

2 Bevindingen uit de expertmeeting

2.1 Doelgroep

In ons advies over de toegang tot de Wlz van 15 december 2018 hebben we geadviseerd de toegang voor cliënten met een psychische stoornis te beperken tot degenen die voldoen aan de huidige wettelijke toegangseisen. We beseffen dat veel betrokken partijen een bredere toegang bepleiten. In dit advies staat de doelgroep waarover het gaat echter niet ter discussie. We baseren ons op de doelgroep die we in 2015 hebben vastgesteld.

Het is belangrijk een goed beeld te hebben van de mensen waarop dit advies betrekking heeft. Het gaat daarbij in de kern om twee kenmerken:

- de cliënt moet zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht;
- Het moet redelijkerwijs vaststaan dat dit de rest van het leven zo zal zijn.

Een belangrijke inperking van de doelgroep is dat het alleen gaat om Wlz-cliënten in een instelling of Wlz-cliënten die geclusterd vpt ontvangen. Het heeft dus geen betrekking op mensen die thuis wonen.

In artikel 3.2.1. lid 1 onderdelen a en b staat wat onder de begrippen permanent toezicht en 24 uur zorg in de nabijheid moet worden verstaan:

a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
b. 24 uur zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen,
    1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
    2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Het gaat dus altijd om een continue behoefte aan zorg: de cliënten die het betreft kunnen niet langere tijd alleen gelaten worden. Cliënten die nog zelfstandig naar buiten kunnen, vallen bijvoorbeeld buiten de doelgroep.

HHM beschrijft die in het onderzoek dat het behoeve van ons advies van 15 december 2015 over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis hebben uitgevoerd als volgt[4]:

'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:

[4] Bureau HHM, Enschede, 22 oktober 2015, kenmerk PJ/15/1750/twlz2

- *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 n 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-cliënten met andere aandoeningen of handicaps, cliënten met het syndroom van Korsakov en cliënten binnen de geronto-psychiatrie (als toelichting hebben we in bijlage 3 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 uurs 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.

We merken hierbij op dat het weliswaar meestal zal gaan om comorbiditeit, maar dat het ook mogelijk is dat een op zichzelf staande psychische stoornis tot een blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht kan leiden. Omdat de psychiatrie uitgaat van herstelgerichte zorg zal dit laatste minder vaak voorkomen.

2.1.1 Voortgezet verblijf

Cliënten die langer dan drie jaar verblijven vanwege een psychiatrische behandeling hebben nu al toegang tot de Wlz. Zolang zij moeten verblijven vanwege hun psychiatrische behandeling komt die zorg ten laste van de Wlz. Het betreft hier een andere doelgroep dan waarover dit advies gaat omdat niet vaststaat dat zij *blijvend* zijn aangewezen op zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Hun aanspraak is dan ook niet geregeld in artikel 3.2.1. Wlz, maar in artikel 3.2.2. Wlz.

2.2 Belangrijke thema's

We hebben onze hypothese dat cliënten die ten gevolge van een psychische stoornis, al dan niet in combinatie met andere grondslagen (voorzover zij verblijven in een instelling of geclusterd vpt), een integraal pakket nodig hebben, inclusief de aanvullende zorgvormen, aan de experts voorgelegd.

Daarbij kwam een aantal belangrijke thema's aan de orde die we in deze paragraaf (2.2.1 t/m 2.2.3) behandelen. Veel daarvan komen overeen met de thema's die speelden bij de totstandkoming van ons rapport over de positionering van behandeling bij de overige doelgroepen (27 september 2017).

2.2.1 Afbakening begrip 'institutionele zorg'

Opgemerkt werd dat de term 'institutionele zorg' dat we in ons advies van 27 september 2017 introduceerden niet scherp is gedefinieerd.

Dat klopt. We hebben met die term vooral willen aangeven dat het niet alleen gaat om mensen die verblijven in een Wlz instelling, maar dat het ook gaat om situaties waarbij zorg en wonen weliswaar gescheiden zijn, maar waarbij de zorg hetzelfde is

als bij Wlz-verblijf. Het belangrijkste onderscheid tussen die situaties en thuis (ongeclusterd vpt, mpt en pgb), is dat thuis mantelzorgers een essentiële rol spelen bij de coördinatie van de zorg, wat bij institutionele zorg niet vanzelfsprekend is. We hebben het begrip 'institutionele zorg' in ons rapport niet nader uitgewerkt. Dat roept wellicht de vraag op hoe dit onderscheid moet worden gemaakt. Dit is op verschillende manieren mogelijk. We willen in overleg met het departement vaststellen welke manier de voorkeur verdient.

2.2.2 De term 'blijvend' is problematisch

Ons advies over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis (16 december 2015) gaat over de cliënten die voldoen aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz, dus *blijvend* zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht. En ook nu beperken we ons tot die groep.

Deelnemers gaven aan dat vooral de term *blijvend* in de praktijk tot problemen leidt. De herstelgerichte benadering die men in de psychiatrie hanteert, maakt het bezwaarlijk om mensen te kwalificeren als blijvend aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht. Daarmee wordt de cliënt het perspectief op herstel ontnomen. Volgens een aantal deelnemers is het criterium *blijvend* daarom te strikt: slechts een heel beperkt aantal cliënten zou daaraan voldoen. Tegelijkertijd constateren we dat Bureau HHM in zijn onderzoek naar het aantal cliënten dat in de Wlz instroomt[5], komt tot een percentage van 23 tot 30 procent van de onderzochte groep[6] (tussen de 9.500 en 12.250 cliënten). Dat strookt met de schatting die de experts gaven die waren betrokken bij ons advies over de toegang tot de Wlz: hun schatting was dat het gaat om tussen de 4650 tot 13.800 verzekerden.

We hebben daarom vooralsnog geen reden aan te nemen dat de toegang tot de Wlz té beperkt is als het criterium van blijvendheid wordt gehandhaafd.

2.3 Goede (integrale) zorg, eigen regie en keuzevrijheid

Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid. In ons rapport van 27 september 2017 gaan we daar in paragraaf 4.1. op in. We voegen de betreffende paragraaf als bijlage bij dit rapport.

Samengevat: mensen die voldoen aan de toegangsvoorwaarden van de Wlz hebben in het algemeen integrale zorg nodig: de zorgverleners moeten vanuit één visie werken en elkaar direct kunnen benaderen. het bieden van integrale zorg vereist in de praktijk dat één partij verantwoordelijk is voor de afstemming en aansturing van de zorg. We stellen de levering van goede zorg voorop. Daarbij speelt ook dat keuzevrijheid voor cliënten en/of hun mantelzorgers alleen betekenis heeft als zij in zekere zin in staat zijn de regie over hun leven en hun zorg te voeren. Bij de Wlz-doelgroep is vaak sprake is van zware regieproblemen waardoor het maken van keuzen meestal al beperkt mogelijk is.

Ons advies is beperkt tot institutionele zorg. Bij de betreffende cliënten is er vaak nauwelijks sprake van regisserend vermogen van de cliënt en/of mantelzorger.

Ook bij de doelgroep die toegang tot de Wlz heeft op basis van een psychische stoornis speelt de vraag welke waarde dan de voorkeur verdient: integrale zorg of

[5] GGZ-cliënten in de Wlz, Bureau HHM, Enschede, 19 mei 2017, kenmerk PJ/17/1009/bwwlz

[6] De onderzochte groep betrof de bewoners van alle (884) instellingen waar mensen met een psychiatrisch probleem verbleven.

keuzevrijheid. Het voorop stellen van integrale zorg betekent bij institutionele zorg dat de keuzevrijheid van cliënten voor behandelaren beperkt is. Als we daarentegen keuzevrijheid voorop zouden stellen, zou dat betekenen dat het kiezen van eigen behandelaren en hulpverleners afdwingbaar moet zijn. Ook als de noodzaak van integrale zorg dit feitelijk niet toestaat. Het is voor een zorgaanbieder dan nauwelijks of niet mogelijk verantwoordelijk te zijn voor goede zorg. We stellen daarom bij institutionele zorg het belang van integrale zorg voorop.

Terecht stelden de deelnemers dat de eigen regie voor zover mogelijk in stand moet blijven. Maar dit advies staat daarvoor niet in de weg. Zoals we in ons advies van 27 september 2016 uitlegden, gaat het hier om een systeemadvies. Het systeem moet de uitvoeringspraktijk in staat stellen de doelgroep passende zorg te kunnen leveren. We willen de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg optimaliseren. Het gaat niet om de inhoud van de zorg of hoe die georganiseerd moet worden.

Die inhoud moet vorm krijgen in kwaliteitsstandaarden en op individueel niveau in het zorgleefplan. Het hangt uiteraard erg van de omstandigheden en persoonlijke situatie van de cliënt af in hoeverre keuzemogelijkheden mogelijk en gewenst zijn. Die afweging kan alleen worden gedaan door de betreffende zorgaanbieder en cliënt zelf. Het gaat dan bijvoorbeeld om de individuele wensen van de cliënt met betrekking tot de zorgverlening, die worden vastgelegd in het zorgleefplan. Ook is er (beperkte) keuzevrijheid van de cliënt bij de keuze voor de instelling. Beide waarden zijn op die manier met elkaar te verenigen.

2.3.1 Niet alle cliënten zijn (altijd) aangewezen op integrale zorg

Er werd op gewezen dat niet alle cliënten die voldoen aan de toegangseisen van de Wlz integrale zorg nodig hebben. Er zijn ook cliënten zijn die vrijwel alleen intensieve begeleiding en toezicht nodig hebben, en waarbij de behandeling heel goed los kan staan van de dagelijkse zorg. Voor deze cliënten zou een integraal Wlz-pakket dus niet nodig en zelfs niet altijd wenselijk zijn. Behandeling en de aanvullende zorgvormen kunnen vanuit deze optiek bezien ook bekostigd worden uit de Zvw, de verzorging, verpleging en begeleiding uit de Wlz.
Dit is ook het geval in de andere sectoren. Ook daar is er sprake van cliënten die vooral zijn aangewezen op intensieve begeleiding en 24 uur per dag toezicht. Omwille van de kwaliteit van de zorg hebben we daar geadviseerd om alle zorg vanuit één domein (ic de Wlz) te bieden.

Het argument van de kwaliteit van de zorg (er is één aanbieder die verantwoordelijk is voor de te leveren zorg) is ook van toepassing voor de GGZ-doelgroep. Net als bij ouderen en gehandicapten is er geen scherp onderscheid te maken tussen degenen die wel en niet zijn aangewezen op integrale zorg. De variatie in problematiek is daarvoor te groot, en op individueel niveau is het vaak nodig de zorg snel op- en af-te kunnen bouwen. In de expertmeeting werden drie alternatieven genoemd om de groepen die wel en niet zijn aangewezen op integrale zorg te onderscheiden. Deze voldoen echter niet. We gaan daar in bijlage 6.3. op in.

Er zijn daarom geen redenen om de GGZ-doelgroep anders te benaderen dan de gehandicapten en ouderen. Omdat een groot deel van de doelgroep integrale zorg nodig heeft, is het van belang dat één zorgaanbieder verantwoordelijk is voor deze zorg. Het gaat dan om alle zorg, inclusief de Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen. Zoals hierboven is uitgelegd, moeten zorgaanbieders samen met cliënten uitwerken welke mate van eigen regie mogelijk is, en hoe die is te realiseren. Met dit systeemadvies willen we die praktijk faciliteren.

2.3.2 Integrale zorg na medisch noodzakelijk verblijf

Een aantal deelnemers wees er op dat het na een medisch noodzakelijke opname (Zvw of voortgezet verblijf) vaak nodig dat de cliënt gefaseerd en gedoseerd moet toegroeien naar een zo normaal mogelijk leven. Het gaat dan vaak om een langdurig traject van vijf tot tien jaar met veel fluctuaties in de zorgbehoefte. Omdat de blijvendheid dan nog niet vast staat, hebben deze mensen geen toegang tot de Wlz. Het gaat om instabiele situaties, waarbij bij terugval direct een behandelaar moet kunnen ingrijpen, en de zorg snel moet kunnen worden op- en afgeschaald. De noodzaak van integrale zorg blijft dan nog enige tijd bestaan. Aan de andere kant waren er ook deelnemers die juist het belang van het gewone leven benadrukten, en vanuit die optiek zoveel mogelijk willen aansluiten bij de reguliere zorg.

Dit valt buiten het bestek van onderhavig advies. We hebben er in ons advies over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis bewust voor gekozen het criterium van blijvendheid ook voor deze groep te hanteren.

2.3.3 Terugval met opname in een psychiatrisch ziekenhuis

Helaas kan de situatie van een Wlz-geïndiceerde cliënt zodanig verslechteren, dat hij is aangewezen op verblijf met behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Op dat moment neemt die instelling de totale zorg over. Deze zorg komt dan (zolang de opname duurt) ten laste van de Zvw. Hierbij geldt hetzelfde LGGZ-regime als bij niet Wlz-geïndiceerden. De zorg komt na drie jaar ten laste van de Wlz[7], maar dan op grond van artikel 3.2.2. Wlz, en niet op grond van artikel 3.1.1. Wlz.

2.3.4 Variatie van populatie in één geclusterde woonvorm

In geclusterde woonvormen (met name instellingen voor beschermd wonen) verblijven vaak zowel cliënten die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz als cliënten waarvoor dat niet geldt. Als ons advies over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis wordt overgenomen, betekent dat dus dat de zorg voor de ene cliënt ten laste van de Wlz komt, en voor een andere cliënt ten laste van de gemeente (Wmo of Jeugdwet). Ongeacht de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen voor de Wlz-cliënten.
Dat betekent dat de zorgaanbieder voor de Wlz-cliënten ook verantwoordelijk is voor de behandeling en aanvullende zorgvormen en voor hen meer moet organiseren. Dat brengt voor deze zorgaanbieder administratieve en organisatorische lasten met zich mee.

We snappen dat dit voor instellingen een grote uitdaging kan zijn. In ons rapport van 27 september 2016 hebben we principieel gekozen voor kwaliteit van zorg. Dat doen we hier ook. Maar we benadrukken wel dat instellingen voldoende tijd moeten krijgen om zich hier op voor te bereiden. Het is voorstelbaar dat instellingen ervoor kiezen zich (vooral) te richten op Wmo-cliënten of juist op Wlz-cliënten. Op regionaal niveau moeten instellingen onderling zodanig afstemmen dat alle cliënten passende zorg krijgen en zorgverzekeraars (zorgkantoren) moeten er voor zorgen dat zij voldoende zorg kunnen contracteren. Gezamenlijk zijn zij ervoor verantwoordelijk dat cliënten niet tussen wal en schip vallen. We zullen monitoren in hoeverre de verschillende actoren er in slagen hun rol op te pakken. Daarnaast hebben toezichthouders (IGJ en NZa) een rol om eventuele tekortkomingen te signaleren.

[7] De bekostiging vindt het eerste jaar plaats in de vorm van DBC's, daarna in de vorm van ZZP's, het tweede en derde jaar tlv de Zvw, daarna tlv de Wlz.

2.3.5 Administratieve en organisatorische lasten

Met name de instellingen voor Beschermd wonen en maatschappelijke opvang leveren op dit moment alleen begeleiding en verzorging. Als de staatssecretaris ons advies overneemt, moeten die instellingen voor Wlz-geïndiceerden ook de medische zorg, verpleging, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en dergelijke regelen. De instelling moet die ofwel zelf leveren ofwel in onderaannemerschap moeten regelen. Voor hen betekent dat een toename van administratieve en organisatorische lasten.

Die vaststelling maakt niet dat we voor cliënten met een psychische stoornis een ander advies geven dan voor cliënten met andere grondslagen. We stellen ook voor hen de kwaliteit van de zorg voorop: het gaat om de meest kwetsbaren in onze samenleving, waarvan er veel zijn aangewezen op integrale zorg, en waarbij het noodzakelijk is de zorg soepel op- en af te schalen.

Maar we beseffen dat de implementatie van ons advies voor instellingen een majeure verandering inhoudt. Het is allereerst een belangrijke strategische keuze op welke doelgroep(en) de instelling zich wil richten: Wmo, Wlz of beide. En de uitwerking daarvan brengt ook de nodige inspanning met zich mee. Instellingen moeten dan ook voldoende tijd en gelegenheid hebben om zich aan te passen en regionaal passende afspraken te maken. Het is vanzelfsprekend dat daarbij wordt gestreefd naar zoveel mogelijk eenvoud en beperking van administratieve kosten.

2.3.6 Aandachtspunt: verstandelijk beperkten met psychiatrische problematiek

Een gedeelde observatie was dat er een groep cliënten is met een (licht) verstandelijke handicap die op grond van hun verstandelijke beperking alleen niet voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz, maar vanwege bijkomende psychiatrische problemen wel integrale zorg nodig hebben. Vanuit de beschermd-wonen-situatie is dat vaak niet (voldoende) te realiseren.

Bij een aantal indicatiegeschillen heeft het Zorginstituut dergelijke casuïstiek ook gezien. Daarbij ging het om cliënten die weliswaar een verstandelijke handicap hadden, maar die op zichzelf onvoldoende ernstig was om toegang tot de Wlz te krijgen. In combinatie met de bijkomende psychische problemen zou dat wel zo zijn, maar die mochten (mogen) niet worden meegewogen bij de beoordeling. Als het advies van het Zorginstituut over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015 wordt overgenomen, is een belangrijk deel van het probleem van de baan: dan maakt de oorzaak van de problemen (de grondslag) niet meer uit.

3 Advies van de Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft op 8 december 2017 advies uitgebracht over dit rapport.

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over de organisatie en de inrichting van de zorg. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de kwaliteit van en de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties (waaronder de betaalbaarheid) een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 11 december 2015 geadviseerd om de grondslag GGZ toe te voegen aan de Wlz en de daarvoor geldende toegangscriteria te handhaven. Dat betekent dat alleen de groep cliënten die blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, toegang zal krijgen tot de Wlz.
De minister heeft het voornemen uitgesproken om dit advies te volgen; dit is nog niet geëffectueerd in wet- en regelgeving.

Het voorliggende advies gaat over de vraag waar de aanvullende zorg (dat is bv. huisartsenzorg, farmaceutische zorg of hulpmiddelenzorg die nu uit de Zvw wordt vergoed) vandaan moet komen wanneer deze groep cliënten eenmaal een Wlz indicatie heeft.
Voor de groepen die al toegang hebben tot de Wlz adviseerde de commissie eerder in een advies van 30 juni 2017[8] om deze aanvullende zorgvormen uit te Wlz te leveren en niet uit de Zvw. De commissie was van mening dat dit te aan te bevelen is uit het oogpunt van kwaliteit (integraliteit en zorg onder één regie(voerder), toegankelijkheid en uitvoerbaarheid. De vraag is nu of dezelfde redenatie ook opgaat voor de groep GGZ cliënten die ook een Wlz indicatie voor behandeling zal krijgen.

Het antwoord van de ACP is dat dit inderdaad het geval is. De commissie vindt dat ook voor de groep mensen met een psychische stoornis het bieden van integrale zorg een belangrijke reden is om de aanvullende zorg vanuit de Wlz te leveren.
De commissie plaatst wel een kanttekening bij het concept advies van het Zorginstituut. In dat advies wordt goede (integrale) zorg tegenover keuzevrijheid (bv de keuze voor vertrouwde zorgverleners) geplaatst. Het is echter niet zozeer keuzevrijheid die hier beschermd moet worden, als wel ruimte voor patiënten om bestaande, vertrouwde zorgrelaties te kunnen continueren – en dat is onderdeel van goede zorgverlening. De Wlz laat volgens de commissie voldoende ruimte om de aanvullende zorg (deels) nog te laten leveren door vertrouwde behandelaars die nu al bij de behandeling betrokken zijn. De regie voerende zorgorganisatie moeten daartoe afspraken maken met deze behandelaars.

[8] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties?trefwoord=toegang tot de Wlz GGZ&periode-van=&periode-tot=&type=Alle publicaties&pagina=3

Tot slot is de commissie van mening dat het belangrijk is in de praktijk te volgen of dit en eerdere adviezen bijdragen aan goede zorg voor deze kwetsbare groep patiënten. In dit kader brengt de commissie de randvoorwaarden in herinnering die de commissie eerder in haar advies van 11 december 2015 schetste[9]:

- zorg voor een goede indicatiestelling;
- roep een signaleringsfunctie in het leven om snel zicht te krijgen op cliënten die tussen de wal en het schip (dreigen te) vallen, zodat hiervoor snel oplossingen kunnen worden gezocht.

[9] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties?trefwoord=toegang tot de Wlz GGZ&periode-van=&periode-tot=&type=Alle publicaties&pagina=3

4 Bestuurlijke consultatie

Het Zorginstituut heeft na de bespreking in de ACP het conceptadvies voor bestuurlijke consultatie aan betrokken partijen voorgelegd. We hebben 21 organisaties aangeschreven, de verzendlijst is als bijlage bij dit rapport toegevoegd. Twaalf partijen hebben gereageerd. Ook deze reacties zijn als bijlage bij dit rapport opgenomen. Hieronder gaan we eerst in op de algemene opmerkingen die partijen hebben gegeven en daarna op hun reacties op de twee door ons gestelde vragen.

Naar aanleiding van hun reactie hebben we een gesprek gevoerd met de branchevereniging. Naar aanleiding daarvan hebben we verduidelijkt dat als een verzekerde zodanig verslechtert dat hij in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, dat ziekenhuis verantwoordelijk is voor de totale zorg, en niet de Wlz-instelling. Daarnaast hebben we gesproken over het feit dat de branchevereniging (samen met Mind) een bredere doelgroep voorstaan dan in december 2015 is geadviseerd. Die discussie is in december 2015 gevoerd, en valt buiten het bestek van het huidige advies.

We hebben de door verschillende partijen gemaakte opmerkingen en toelichtingen van partijen in een spreadsheet op onderwerp gerubriceerd. Deze is als bijlage bij dit rapport opgenomen. We gaan hieronder op de die onderwerpen in.

4.1 Algemeen

Veel partijen maken algemene opmerkingen. Zo wordt aandacht gevraagd voor een zorgvuldige implementatie, waarbij instellingen voldoende tijd en begeleiding krijgen om zich aan de nieuwe regelgeving aan te passen.
Zoals eerder gesteld, beseffen we dat de implementatie van ons advies voor instellingen een majeure verandering inhoudt waarvoor zij enige tijd nodig hebben.

4.1.1 Andere leveringsvormen en voortgezet verblijf vallen buiten dit advies

De NZa geeft aan een uitvoeringstoets te gaan doen over de andere leveringsvormen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaat ervan uit dat het voortgezet verblijf (na drie jaar verblijf met behandeling) ongewijzigd blijft. Ons advies betreft deze zorg inderdaad niet.

4.1.2 Systeemadvies

De GGZ-zorgaanbieders (GGZ Nederland, RIBW-Alliantie en Federatie Opvang stellen dat het Zorginstituut zich met dit advies niet beperkt tot de randvoorwaarden, maar zich ook bemoeit met de inhoud en de organisatie van de zorg. We herkennen die kritiek niet. Zoals we in paragraaf 1.2. uitleggen, gaat het hier om een systeemadvies, waarbij we veldpartijen juist alle ruimte bieden om de concrete zorgverlening zo te organiseren en uit te voeren dat die optimaal aan sluit bij de wensen en behoeften van hun populatie en individuele cliënten. We hebben de hoofdtekst, waar nodig, aangepast om dit nog meer te verduidelijken.

4.1.3 Doelgroep van het advies

Dit advies betreft cliënten met een psychische stoornis die voldoen aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz, dus blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht. Een aantal partijen stelt dit ter discussie. Het gaat dan vooral om het criterium 'blijvendheid'. In ons advies over de toegang voor deze groep tot de Wlz hebben we deze keuze uitgelegd. Dit valt buiten de scope van dit advies. We hebben dat in de hoofdtekst verduidelijkt.

Mind en Per Saldo stellen dat ook mensen die blijvend zijn aangewezen op zorg nog herstelpotentieel hebben. We onderschrijven dat die ook in de Wlz het streven moet zijn restcapaciteiten optimaal te stimuleren. Mind geeft ook aan dat het hebben van een Wlz-indicatie daarbij kan ondersteunen.

NIP en NVvP geven terecht aan dat bij deze doelgroep meer dan bij andere Wlz-groepen de speciale regelgeving omtrent drang en dwang geldt.
De GGZ-zorgaanbieders stellen de vraag wat de cliënten die langer dan drie jaar verblijven met behandeling (voortgezet verblijf op grond van dat cliënten die langer dan drie jaar verblijven vanwege hun behandeling (artikel 3.2.2. Wlz) onderscheidt van de groep die blijvend is aangewezen op zorg nabij of permanent toezicht (artikel 3.2.1. Wlz).
Het verschil zit hem in de term blijvendheid. Zolang niet vaststaat dat een cliënt blijvend is aangewezen op zorg nabij of permanent toezicht, heeft die geen toegang tot de Wlz en is het bestaande regime van toepassing.

We hebben begrepen dat deze passage vooral voortkomt uit onduidelijkheid over de situatie dat een cliënt zodanig verslechtert dat hij moet verblijven in verband met behandeling, dus moet worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze zorg (behandeling die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met verblijf) komt dan niet meer ten laste van de Wlz, maar ten laste van de Zvw: het psychiatrisch ziekenhuis neemt de totale zorg over, vergelijkbaar met de situatie dat een verpleeghuisbewoner in een regulier ziekenhuis wordt opgenomen. We hebben dit in de hoofdtekst verduidelijkt.

4.1.4 Wlz verlaten
Mind stelt dat het ook mogelijk moet zijn de Wlz te verlaten. Artikel 3.2.4. Wlz voorziet hier al in.

4.1.5 Monitoren en signaleren
Een aantal partijen vraagt om te monitoren of er cliënten tussen de wal en het schip vallen, zodat dit tijdig gesignaleerd wordt en passende maatregelen kunnen worden genomen. De IGJ en de NZa zijn als toezichthouders de eerst aangewezenen om hier een rol in te spelen. Wel ligt het op onze weg om te monitoren of de verschillende actoren er in slagen in regionaal verband hun rol op te pakken.

4.2 Consultatievraag 1

De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige comorbiditeit, hersenschade door middelenmisbruik en gerontopsychiatrie. We concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aanspraak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.

Deelt u deze conclusie?

4.2.1 Integrale zorg
Vrijwel alle respondenten zijn het met het Zorginstituut eens dat de doelgroep waarover dit rapport gaat, over het algemeen is aangewezen op integrale zorg.

De GGZ-aanbieders vinden dat het advies haaks staat op het opbouwen van een zo normaal mogelijk leven en eventuele uitstroom. Zolang het perspectief bestaat dat

door verbeteringen in het functioneren een cliënt niet blijvend op zorg nabij of permanent toezicht is aangewezen, behoort hij echter niet tot de doelgroep, zodat dit argument niet aan de orde is.

Ook stellen de GGZ-aanbieders dat het Zorginstituut vindt dat zorg *altijd* integraal moet worden geboden. Dat is niet het geval: het gaat hier om een systeemadvies dat er op is gericht dat integrale zorg waar nodig ook geboden kan worden. Zoals we in het rapport uitleggen, is het aan zorgaanbieders om (op basis van kwaliteitsstandaarden en individuele zorgplannen) de zorg op een bij de populatie en individuele cliënt passende wijze te organiseren. Het Zorginstituut heeft er geen bemoeienis mee hoe zorgaanbieders dit doen.

4.2.2 Beoordeling concrete zorgbehoefte

In de Zvw-systematiek is de beoordeling of een individuele cliënt is aangewezen op integrale zorg aan de zorgverleners en zorgverzekeraars overgelaten. De GGZ-aanbieders stellen dat dit voor het werkveld geen probleem is. Dit zou aan hen kunnen worden overgelaten. De Wlz-systematiek is echter anders: daar is de vraag of een cliënt aanspraak heeft op Wlz-zorg opgedragen aan het CIZ. We onderschrijven de stelling van de GGZ-aanbieders dat de zorgvraag leidend moet zijn voor de vormgeving van de zorg, en niet het zorgaanbod. Het is aan de zorgaanbieders zelf om dat (in nauw overleg met cliënten) te realiseren. We vinden het daarom ongewenst als het CIZ ook zou beslissen op welke wijze de zorg concreet geboden moet worden.

Deze partijen stellen ook dat er in de wijk al een goede infrastructuur bestaat die naar volle tevredenheid functioneert. Het ligt voor de hand dat die infrastructuur ook wordt benut voor de cliënten met een Wlz-indicatie die 'in de wijk' kunnen verblijven.

4.3 Consultatievraag 2:

Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. In ons rapport van 27 september jl. gaan we daar in paragraaf 4.1. op in. U vindt deze passage als bijlage 4.1 in het bijgaande rapport. We zien geen reden om bij de groep mensen die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?

Vrijwel alle partijen zijn van mening dat het Zorginstituut de juiste afweging heeft gemaakt tussen goede (integrale) zorg en keuzevrijheid en geen belangrijke argumenten heeft gemist. Mind stelt wel dat het beperken van de keuzevrijheid een stap in de verkeerde richting is.

De GGZ-zorgaanbieders stellen dat het Zorginstituut te gemakkelijk over het beperken van keuzevrijheid heenstapt, en dat de vergelijking met de gehandicaptenzorg mank gaat, maar onderbouwen dat niet. We zien niet goed in waarom de doelgroep cliënten met een psychische stoornis die blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht principieel anders is dan de andere doelgroepen. Het gaat steeds om cliënten met (zeer) ernstig regieverlies, veelal gedragsproblematiek en comorbiditeit. Die comorbiditeit houdt in dat er veel overlap is tussen de verschillende doelgroepen.

De GGZ-partijen stellen ook bij deze vraag dat het voor het werkveld geen probleem is onderscheid te maken tussen degenen die zijn aangewezen op integrale zorg en degenen die dat niet zijn. We hebben eerder uitgelegd dat het in de Wlz-systematiek zo is dat het CIZ bepaalt wie toegang heeft tot de Wlz, en dat het te ver gaat om het CIZ ook te laten bepalen hoe de zorg concreet geleverd wordt. Met dit advies bieden we zorgaanbieders juist de mogelijkheid om de zorgverlening op maat te bieden, afhankelijk van de mogelijkheden en wensen van de betreffende populatie of individuele cliënt.

Tenslotte vinden de GGZ-zorgaanbieders dat het feit dat een cliënt zelfstandig naar buiten kan (bijvoorbeeld naar de eigen huisarts), niet betekent dat hij geen Wlz-indicatie kan krijgen. We zien echter niet goed hoe er dan sprake kan zijn van 24 uur zorg nabij of permanent toezicht: de essentie daarvan is immers dat er voortdurende actief of passief toezicht op de cliënt nodig is, vanwege (zeer) ernstige regieproblemen.

5 Conclusies en aanbevelingen

In ieder geval een belangrijk deel van de doelgroep waarover dit advies gaat, is aangewezen op integrale zorg.
Een belangrijk thema is de vraag welke waarde belangrijker is: integrale zorg of keuzevrijheid danwel het behouden van bestaande behandelaars. We hebben beargumenteerd waarom we de kwaliteit van zorg, en daarmee integraliteit ervan voorop stellen. Daarbij speelt een rol dat dit systeemadvies niet in de weg staat dat instellingen waar nodig of gewenst, zelf keuzevrijheid kan organiseren voor de bewoners waarvoor dat van belang is.

Het maken van onderscheid tussen cliënten die wel en niet op integrale zorg zijn aangewezen is op voorhand niet goed mogelijk. Gezien de vaak fluctuerende zorgvraag zou dat in veel gevallen leiden tot frequente herindicaties en wisseling van zorgdomein. Dat drukt op de kwaliteit van zorg en brengt veel administratieve lasten met zich mee voor zowel de cliënt als zorginstelling(en). Het op de persoon afstemmen van de zorg is een kerntaak van de zorgaanbieder.

We concluderen dat cliënten met een psychische stoornis die (mede) daardoor zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht, aanspraak moeten hebben op een integraal Wlz-pakket.

We adviseren de staatssecretaris het advies over de positionering van behandeling van 27 september 2017 onverkort toe te passen op mensen met psychische stoornis die voldoen aan de wettelijke toegangscriteria.

We vragen daarbij aandacht voor de volgende punten:
- Voor veel instellingen betekent de implementatie van dit advies een grote uitdaging. Zij moeten daarom tijd en gelegenheid hebben om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden. We adviseren daarom betrokken brancheorganisaties en beroepsverenigingen nauw te betrekken bij de implementatie.
- Daarbij is het (uiteraard) belangrijk de uitvoeringspraktijk zo vorm te geven dat de administratieve lasten van betrokken partijen zo laag mogelijk blijven.
- Primair zijn aanbieders en zorgverzekeraars(zorgkantoren) verantwoordelijk voor voldoende zorgaanbod en het signaleren van lacunes. Het toezicht hierop ligt bij de IGJ i.o. en bij de NZa. Wij zullen monitoren in hoeverre de verschillende private actoren hun rol oppakken.

- Op dit moment dreigen cliënten met een (licht) verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische problemen tussen de wal en het schip te vallen. Als ons advies van 16 december 2016 over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychiatrisch probleem wordt overgenomen, is dit grotendeels opgelost.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Paragraaf 4.1. uit het rapport 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten, advies over behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz'

In paragraaf 1.2 gingen we al in op het feit dat we bij de uitwerking van ons advies stuitten op twee belangrijke waarden, waartussen een zekere spanning bestaat. Aan de ene kant vereist de behoefte aan integrale zorg dat er gewerkt wordt vanuit één visie en dat de behandelaren en alle hulpverleners intensief met elkaar samenwerken en hun zorg rond de cliënt op elkaar afstemmen. Eén partij moet hierbij verantwoordelijk zijn voor de afstemming en aansturing.
Aan de andere kant hechten mensen aan keuzevrijheid van behandelaar: ze willen hun eigen (huis)arts, fysiotherapeut, logopedist en gedragswetenschapper kunnen kiezen. Integrale zorg is niet goed mogelijk en lastiger te organiseren als iedere cliënt zijn eigen hulpverleners kiest. Die twee waarden, integrale zorg en keuzevrijheid gaan niet vanzelfsprekend hand in hand. In paragraaf 1.2 was dit één van de drie redenen om de zorg thuis buiten de scope van dit advies te laten. In dit systeemadvies richten we ons op institutionele zorg. Daar ligt de afweging tussen beide waarden duidelijker dan in thuissituaties.
Keuzevrijheid heeft alleen betekenis voor cliënten en/of hun mantelzorgers als zij in zekere zin in staat zijn de regie over hun leven en hun zorg te voeren. Bij de Wlz-doelgroep is vaak sprake is van zware regieproblemen. Behoud van 'eigen' regie is doorgaans alleen mogelijk als er mantelzorgers zijn die hiervoor voldoende kunnen compenseren. Als de zorg thuis wordt geleverd, spelen mantelzorgers doorgaans een belangrijke rol. Het is daarom zinvol om bij de oplossingsvariant ook de mantelzorgers te betrekken.

4.1.1 Keuzevrijheid en regie in relatie tot institutionele zorg (verblijf en geclusterd vpt)
Bij cliënten in instellingen is er vaak nauwelijks sprake van regisserend vermogen van de cliënt en/of mantelzorger. Cliënten worden vaak in een instelling opgenomen, omdat het thuis niet meer gaat. Dit kan komen doordat de mantelzorger (vaak partner, ouder of kind) het niet meer aankan, de mantelzorger zelf 'uitvalt' of omdat de fysieke of mentale conditie van de cliënt achteruit gaat.
De huidige Wlz wijst bij institutionele zorg één zorgaanbieder aan die verantwoordelijk is voor de zorg. Daardoor is het ook goed mogelijk om één zorgaanbieder aan te wijzen die verantwoordelijk is voor de afstemming en aansturing van het totale pakket. Als delen van die zorg door een andere zorgaanbieder of behandelaar worden geleverd, moet er één verantwoordelijke, coördinerende zorgaanbieder worden aangewezen.
Het voorop stellen van integrale zorg betekent bij institutionele zorg dat de keuzevrijheid voor behandelaren beperkt is. Als we daarentegen keuzevrijheid voorop zouden stellen, zou dat betekenen dat het kiezen van eigen behandelaren en hulpverleners afdwingbaar moet zijn. Ook als de noodzaak van integrale zorg dit feitelijk niet toestaat. Het is voor een zorgaanbieder dan nauwelijks of niet mogelijk verantwoordelijk te zijn voor goede zorg.
We stellen daarom bij institutionele zorg het belang van integrale zorg voorop. Dat uitgangspunt betekent niet dat er geen enkele keuzevrijheid voor de cliënt is. Voor zover de situatie dat toelaat, is het natuurlijk wel wenselijk cliënten zoveel mogelijk keuzevrijheid te bieden. Het hangt uiteraard erg van de omstandigheden en persoonlijke situatie van de cliënt af in hoeverre dat mogelijk en gewenst is. Die afweging kan alleen worden gedaan door de betreffende zorgaanbieder en cliënt zelf. Het gaat dan bijvoorbeeld om de individuele wensen van de cliënt met betrekking tot de zorgverlening, die worden vastgelegd in het zorgleefplan.
Ook is er (beperkte) keuzevrijheid van de cliënt bij de keuze voor de instelling.

Bijlage 2

Bijlage uit rapport bureau HHM 'toegang Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis[1]

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-cliënten 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 uurs 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.

Cliënten 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 (cliënten 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 verslaving 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-uurs 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, blijkend 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

[1] Bureau HHM, Enschede, 22 oktober 2015, Toegang Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis, kenmerk PJ/15/1750/twlz2

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.

Bijlage 3

Onderscheid tussen cliënten die op integrale zorg zijn aangewezen en waarvoor dat niet zo is

Er werd op gewezen dat niet alle cliënten die voldoen aan de toegangseisen van de Wlz integrale zorg nodig hebben. Er zijn ook cliënten zijn die vrijwel alleen intensieve begeleiding en toezicht nodig hebben, en waarbij de behandeling heel goed los kan staan van de dagelijkse zorg. Voor deze cliënten zou een integraal Wlz-pakket dus niet nodig en zelfs niet altijd wenselijk zijn. Behandeling en de aanvullende zorgvormen kunnen vanuit deze optiek bezien ook bekostigd worden uit de Zvw, de verzorging, verpleging en begeleiding uit de Wlz. Voor deze doelgroep is het van belang dat er een vrije keuze is van behandelaars.
Dit is ook het geval in de andere sectoren. Ook daar is er sprake van cliënten die vooral zijn aangewezen op intensieve begeleiding en 24 uur per dag toezicht. Omwille van de kwaliteit van de zorg hebben we daar geadviseerd om alle zorg vanuit één domein (ic de Wlz) te bieden.

Het argument van de kwaliteit van de zorg (er is één aanbieder die verantwoordelijk is voor de te leveren zorg) is ook van toepassing voor de GGZ-doelgroep. Er zijn geen redenen om de GGZ-doelgroep anders te benaderen dan de gehandicapten en ouderen. Omdat een groot deel van de doelgroep integrale zorg nodig heeft, is het van belang dat één zorgaanbieder verantwoordelijk is voor deze zorg. Het gaat dan om alle zorg, inclusief de Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen.

In de expertmeeting zijn drie suggesties gedaan om de cliënten die integrale zorg nodig hebben te onderscheiden van de cliënten die geen integrale zorg nodig hebben. Wij constateren dat de gesuggereerde alternatieven niet voldoen. We lichten dat hieronder toe.

Laat het CIZ indiceren voor integrale zorg of niet
De eerste suggestie was dat het CIZ vaststelt welke Wlz-cliënten wel zijn aangewezen op integrale zorg en welke Wlz-cliënten dat niet zijn. Voor de groep die niet is aangewezen op integrale zorg zou niet alle zorg uit de Wlz komen en kunnen cliënten voor behandeling en de aanvullende zorgvormen een beroep doen op de Zvw. Het onderscheid tussen beide groepen is niet scherp te maken: er is sprake van een glijdende schaal en er zijn veel verschillende factoren die meespelen, zoals de ernst en aard van de psychische stoornis en comorbiditeit. Dat leidt tot domeindiscussies, waardoor cliënten tussen de wal en het schip vallen, en tot onnodige bureaucratie.

Daarbij is het ook zo, dat veel cliënten geen stabiel ziektebeeld hebben. Er is vaak sprake van terugval, zodat de zorg snel op- en afgeschaald moet kunnen worden. Dat is niet goed mogelijk als er telkens een herindicatie van het CIZ nodig is en het verzekerde pakket en betrokken zorgverleners steeds veranderen. Als dat telkens een verandering van domein betekent, brengt dat enorme administratieve lasten met zich mee. Afgezien daarvan komt dat een goede zorgverlening ook niet ten goede.

Zorgaanbieder bepaalt of een cliënt integrale zorg nodig heeft of niet
De tweede suggestie was om het aan de zorgaanbieder over te laten welke cliënt is aangewezen op integrale zorg en welke cliënt niet.

De zorgaanbieder is inderdaad het best in staat om samen met de cliënt te bepalen welke zorg bij dat individu noodzakelijk is. Maar dat maakt nog niet dat de zorgaanbieder ook moet bepalen vanuit welk domein de verschillende onderdelen van de zorg moeten worden bekostigd. Afgezien van het risico op strategisch gedrag bij de zorgaanbieder en/of cliënt, moet de zorgaanbieder zowel het integrale pakket kunnen bieden als het pakket zonder behandeling.

En ook hier geldt dat de zorg snel op- en afgeschaald moet kunnen worden. Met dezelfde administratieve rompslomp en hetzelfde kwaliteitsverlies als bij de vorige suggestie (2.2.6.2.) is beschreven.

Stapel alle middelen en laat één zorgaanbieder alle zorg bieden
De derde suggestie was om alle middelen die gemoeid zijn met een bepaalde populatie of cliënt te stapelen en één zorgaanbieder alle zorg te laten bieden.

In feite komt het neer op ons advies van 27 september 2017 over de positionering van behandeling in de Wlz, maar dan met een ingewikkeldere bekostigingsstructuur. En ook bij deze oplossingsrichting moet de instelling zowel het integrale pakket als het pakket zonder behandeling kunnen leveren, met de hierboven (2.2.6.1.) beschreven gevolgen.

Bijlage 4

Organisatie	**T.a.v.**	**Adres**	**Postcode/Woonplaats**
Actiz	het bestuur	Postbus 8258	3503 RG UTRECHT
GGZNederland	het bestuur	Postbus 830	3800 AV AMERSFOORT
VGN	het bestuur	Postbus 413	3500 AK UTRECHT
Federatie Opvang	het bestuur	Postbus 830	3800 AV AMERSFOORT
RIBW-Alliantie	het bestuur	Postbus 830	3800 AV AMERSFOORT
Per Saldo	het bestuur	Postbus 19161	3501 DD UTRECHT
MIND	het bestuur	Stationsplein 125	3818 LE AMERSFOORT
ZN	het bestuur	Postbus 520	3700 AM ZEIST
NVvP	het bestuur	Postbus 20062	3502 LB UTRECHT
NVP	het bestuur	Maliebaan 87	3581 CG UTRECHT
NVO	het bestuur	Catharijnensingel 47	3511 GC UTRECHT
NIP	het bestuur	Postbus 2085	3500 GB UTRECHT
VIA	het bestuur	L. Springerstraat 40	1992 BX VELSERBROEK
VAGZ	het bestuur	p/a Sparrenheuvel 16	3708 JE ZEIST
VNG	het bestuur	Postbus 30435	2500 GK DEN HAAG
NZa	het bestuur	Postbus 3017	3502 GA UTRECHT
CIZ	het bestuur	Postbus 84	3970 AB DRIEBERGEN
Ypsilon	het bestuur	Daendelsstraat 57	2595 XT DEN HAAG
P3NL	het bestuur	Postbus 14081	3508 SC UTRECHT
Platform Meer GGZ	het bestuur	Postbus 262	2260 AG LEIDSCHENDAM
NZa	Het bestuur	Postbus 3017	3502 GA UTRECHT

Bijlage 5

	NIP	NVvP	NZA	CIZ	GGZ-Nederland, Federatie Opvang en RIBW-Alliantie	Actiz	Zorgverzekeraars Nederland	Mind	Vereniging van Indicerend en Adviserend artsen (VIA)	VNG	VGN	P3NL	Per Saldo
Algemeen	Er komt een groot aantal uitvoeringsproblemen die moeten worden onderzocht en daarvoor is een knelpunteninventarisatie gewenst		Aandacht voor pgb en mpt. De NZa gaat een uitvoeringstoets doen over de bekostiging daarvan.	CIZ verwacht geen grote uitvoeringsconsequenties.	ZIN beperkt zich niet tot de randvoorwaarden voor goede zorg, maar bemoeit zich ook met de inhoud danwel organisatie van zorg.		Gaat ervan uit dat voortgezet verblijf blijft bestaan.					Het advies biedt is in lijn met andere ontwikkelingen.	Gaat er van uit dat pgb-gefinancierde wooninitiatieven onder het advies vallen.
					Administratieve lasten zijn hoog, dat leidt er toe dat straks iedereen op een instellnigsterrein moet verblijven.								
	Voldoende tijd voor zorgaanbieders nodig om aan te passen.						De uitwerking vergt zorgvuldigheid. ZN wil graag betrokken worden.				De implementatie vraagt een grote inspanning van betrokken organisaties. Pleit voor een overgangsfase met een Taskforce.		
											Het advies biedt ook een oplossing voor cliënten met een combinatie van verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek die nu geen integrale zorg kunnen krijgen.	Het advies biedt een oplossing voor cliënten met een (licht) verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische problemen.	
Doelgroep				Het hoeft niet altijd om een GGZ-profiel te gaan. Soms is een profiel uit een andere sector passender.	Gaan uit van een inclusieve samenleving. Voor een grote groep is herstel op lange termijn (jaren) mogelijk, de Wlz is daarvoor het best passend.	Het gaat in de V&V om gerontopsychiatrie, Korsakov etc. Veelal met ernstige comorbiditeit.				Het gaat om een beperkte groep met een specifieke zorgvraag. Daarom akkoord. Voor de groepen die niet zijn aangewezen op zorg nabij en permanent toezicht ligt dat anders. Die moeten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving hun eigen regie voeren.			
		De term 'blijvend' zou minder strikt moeten zijn (vooralsnog blijvend).			De term 'blijvend' voldoet niet, omdat het niet past bij de herstelgerichte benadering van de GGZ			De term 'blijvend' moet worden aangepast. Te overwegen valt een (terugkerende) periode van drie jaar te hanteren.					
					Stellen de vraag waarom het bij cliënten die langer dan drie jaar verblijven vanwege hun behandeling om een andere groep gaat dan de Wlz-groep.								
								Ook voor de groep die blijvend is aangewezen op zorg is herstel mogelijk. Juist onzekerheid over de beschikbaarheid van langdurige zorg belemmert dat.					Er zijn in de Wlz geneg mensen die nog verbeterpotentieel hebben, hoe gering ook. De zorgaanbieder moet daar op in kunnen spelen.
								De Wlz verlaten moet ook mogelijk zijn.					
Signalering/ monitoring	Signaleringsfunctie gewenst om tijdig te signaleren als mensen tussen de wal en het schip vallen.							Signaleringsfunctie gewenst voor de mensen die niet blijvend zijn aangewezen op zorg nabij/permanent toezicht (advies ACP). Liefst met een doorzettingsmacht om in vastgelopen situaties een oplossing te kunnen forceren.					
	Aandacht voor Zorg en Dwang en terugvalpreventie	Aandacht voor Zorg en Dwang en terugvalpreventie.											

Vraag 1	Eens	Eens	Eens	Eens	Oneens	Eens	Eens	Oneens	Eens	Eens	Eens	Eens	
Integrale zorg			Integrale zorg is van belang, daarom ook integrale bekostiging.		Behandeling moet volgens ZIN altijd integraal worden geboden. Dat staat haaks op het opbouwen van een zo normaal mogelijk leven en eventuele uitstroom. Integrale zorg betekent niet per se één domein.		GGZ-cliënten hebben voordeel bij integrale zorg vanwege vroegtijdig kunnen stabiliseren eenduidigheid in de zorg.	Familie en naastbetrokkenen kunnen ook in een instelling steunen bij de regie en keuzen.			Het gaat om complexe meervoudige vraagstukken die integrale zorg nodig maken.		
					Zijn gespecialiseerde BW-instellingen straks aangewezen op het instellingsterrein van een geïntegreerde GGZ-instelling?			Integraliteit moet zoveel mogelijk plaatsvinden in de triade cliënt/naasten/zorgaanbieder.					
			Aandacht voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden		Behandeling in de wijk is nu al naar tevredenheid ingericht. Geen noodzaak voor nieuwe infrastructuur								
					Integrale zorg is 'oud denken': oncologie, hartoperaties ed zijn ook geen onderdeel van de integrale zorg								
					De behoefte aan institutionele zorg moet zijn gebaseerd op de hulpvraag van de cliënt, niet op het zorgaanbod. Die kan ook worden geboden door BW-instellingen.								
					Uitgangspunt (ACP 8 december 2017) is 'goede zorg'. Dat is niet per se integrale zorg.								
Vraag 2	Eens	Eens	Eens	Eens	Oneens	Eens	Eens	Oneens	Eens	Eens	Eens	Eens	Eens
					ZIN stapt te gemakkelijk over de beperking van keuzevrijheid heen, voorbeelden uit de gehandicaptenzorg voldoen niet.	Goede informatievoorziening over het (behandel) aanbod van de instelling vergroot op zich al de keuzevrijheid.		Beperking van keuzevrijheid is een stap in de verkeerd richting.					
					Het maken van onderscheid tussen mensen die wel en niet op integrale zorg zijn aangewezen, is geen probleem voor het werkveld. Het gaat te ver om integrale zorg boven normalisatie, keuzevrijheid en maatwerk te verkiezen.	Kwaliteitseisen en de noodzaak van integrale zorg kan de keuzevrijheid beperken.							
					Dat GGZ-cliënten in de Wlz niet zelfstandig naar buiten kunnen, is een onterechte aanname.								
					Enkele concrete vragen								
	zorgaanbieders moeten keuzevrijheid organiseren op maat	zorgaanbieders moeten keuzevrijheid organiseren op maat	zorgaanbieders moeten keuzevrijheid op maat organiseren	Zorgaanbieders moeten keuzevrijheid organiseren, maar het gaat vaak om wilsonbekwamen zonder netwerk.		Zorgaanbieders kunnen inspelen op de wensen van cliënten door zelf keuzevrijheid te organiseren waar mogelijk.							

Bijlage 6

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

Arthur van Schendelstraat 650
Postbus 2085
3500 GB Utrecht

Tel (030) 820 15 00
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Zorginstituut Nederland
Zorg II, Complexe Ouderenzorg
t.a.v. de heer drs. A.M.H
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 26 januari 2018
Referentie 1801-006
Betreft: Bestuurlijke consultatie 'rapport behandeling Wlz voor mensen met een psychische stoornis'.

Geachte heer H,

Bedankt voor uw uitnodiging voor de bestuurlijke consultatie 'Behandeling Wlz voor mensen met een psychische stoornis' van Zorginstituut Nederland. Hierbij ontvangt u van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een reactie op de consultatievragen. Allereerst volgt een algemene reactie.

Knelpunteninventarisatie vooraf gewenst
Het NIP is het eens met het feit dat een psychiatrische aandoening ook een grondslag is voor de Wlz en dat alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen als er een indicatiebesluit voor Wlz-zorg is afgegeven. Onze leden zien echter een groot aantal uitvoeringsproblemen op zich afkomen als dit advies te zijner tijd wordt geïmplementeerd. Om een dergelijke wijziging zo goed mogelijk te laten verlopen, stellen we daarom voor om, op voorhand, een knelpunteninventarisatie en afsprakendocument te maken waarin beschreven wordt hoe partijen met knelpunten zullen omgaan. Het gaat dan om een inventarisatie van de knelpunten en mogelijkheden om deze knelpunten weg te nemen. Dit is inclusief een signaleringsfunctie om zo snel mogelijk zicht te krijgen op cliënten die tussen de wal en het schip dreigen te vallen, zodat ook hiervoor snel naar oplossingen kan worden gezocht. Het NIP is namelijk van mening dat deze laatstgenoemde groep wel eens groot zou kunnen zijn, omdat de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de Wlz zeer streng zijn. Wij verwijzen hierbij bijvoorbeeld naar chronisch psychotische cliënten en naar de discussie over personen met verward gedrag. Het NIP denkt dan ook dat het maken van een knelpunteninventarisatie met mogelijke oplossingen een noodzakelijke tussenstap is om cliënten de zorg te kunnen bieden die zij nodig hebben. Het NIP wil hieraan graag een bijdrage leveren.

Hieronder vindt u onze reactie op de consultatievragen.

De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige comorbiditeit, hersenschade door middelenmisbruik en gerontopsychiatrie. We concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te

kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aansprak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen. Deelt u deze conclusie?

Reactie NIP:
Ja, het NIP deelt die conclusie, omdat het zorgaanbieders in staat stelt om deze zorg zelf integraal te organiseren. Voorwaarden hierbij zijn wel dat er een knelpunteninventarisatie komt om uitvoeringsproblemen zo snel mogelijk op te kunnen lossen, zoals wij hierboven hebben aangegeven. Ook moeten zorgaanbieders voldoende tijd en financiële middelen krijgen om zich aan te passen aan de administratieve en organisatorische consequenties van dit advies. Tot slot dient het Wlz-pakket zo toegerust te zijn dat de aanvullende expertise die hiervoor nodig is, de expertise van bekwame en bevoegde psychologen met specifieke kennis van de doelgroep, bekostigd kan worden.

Consultatievraag 2:
Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. We zien geen reden om bij de groep mensen die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?

Reactie NIP:
Nee, voor zover het NIP op dit moment kan overzien, zijn er geen doorslaggevende argumenten die u over het hoofd heeft gezien. Keuzevrijheid en eigen regie zijn ook van toepassing bij de behandeling van mensen met ernstige psychische stoornissen. Het is aan zorgaanbieders om de cliënt en eventueel hun naasten en/of mantelzorgers, hierin te adviseren en te ondersteunen. Ook kunnen er duidelijke afspraken worden gemaakt tussen cliënten en zorgaanbieders als er sprake is van individuele wensen met betrekking tot de zorgverlening. Dit is zeker van belang als er al een vertrouwensband is opgebouwd met bepaalde zorgverleners. Tot slot wil het NIP benadrukken dat extra aandacht noodzakelijk zal zijn voor aspecten als Zorg en Dwang en terugvalpreventie als gevolg van specifieke kenmerken van het type stoornissen dat bij de doelgroep voorkomt, zoals psychose, verslaving, dwangverpleging en bijvoorbeeld een verleden met Justitie. Hierin verschilt de GGZ-doelgroep van andere doelgroepen in de Wlz, zoals mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening.

Graag worden wij betrokken bij het vervolg van dit traject.

Met vriendelijke groet,

Linde Gonggrijp
Directeur

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Zorginstituut Nederland
t.a.v. Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 19 februari 2018

Kenmerk: CJ/lh/2838/18
Betreft: Bestuurlijke consultatie Zorginstituut Nederland

Geacht bestuur,

Hierbij ontvangt u onze reactie op uw twee consultatievragen, van 29 december 2017, met betrekking tot de toegang voor mensen met een psychische stoornis tot de Wet Langdurige Zorg.

Consultatievraag 1:
De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige comorbiditeit, hersenschade door middelenmisbruik en gerontopsychiatrie. We concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aanspraak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.
Deelt u deze conclusie?

De NVvP deelt bovenstaande conclusie, waarbij wij u in overweging willen geven om aan de omschrijving 'blijvend zijn aangewezen' eventueel tussen haakjes toe te voegen '(*vooralsnog*)'. Aangezien in het licht van het herstelperspectief de term blijvend in een aantal gevallen niet altijd strikt van toepassing is.

Consultatievraag 2:
Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. In ons rapport van 27 september jl. gaan we daar in paragraaf 4.1. op in. U vindt deze passage als bijlage 4.1 in het bijgaande rapport. We zien geen reden om bij de groep mensen die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

De huidige Wlz wijst bij institutionele zorg een zorgaanbieder aan die ook verantwoordelijk is voor afstemming en aansturing van het totale zorgpakket. Uw vraag betreft specifiek de wijze waarop instellingen de behandeling en farmaceutische zorg voor patiënten met een psychische stoornis regelen. De NVvP kan zich erin vinden dat de huidige regeling van de Wlz geldt voor cliënten met een psychische stoornis, mits de instelling optimaal inzet op keuzevrijheid van de cliënt. Bijvoorbeeld bij het verzoek om behoud van dezelfde behandelaar. Daarnaast wijzen wij u erop dat met het oog op drang en dwang voor mensen met een psychische stoornis ook andere regelgeving van toepassing is.

Hopende hiermee u vragen te hebben beantwoord,

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Damiaan Denys
Voorzitter NVvP

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

Nederlandse Zorgautoriteit

Zorginstituut Nederland
Mevrouw W-N
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

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

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
			277441/414758

Onderwerp
Consultatie aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz

Datum
29 januari 2018

Geachte mevrouw W -N,

Op 29 december heeft u het concept advies "Aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz" ter consultatie aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorgelegd. U adviseert hierin het aanbieden van een integraal Wlz-pakket voor cliënten met een psychische stoornis. Met u vindt de NZa het belangrijk dat er sprake is van integrale zorg. Dit geldt zonder meer ook voor mensen met een indicatie voor de Wlz, ongeacht de grondslag van hun toelating. In deze brief lichten wij onze reactie verder toe waarmee de gestelde consultatievragen worden beantwoord.

Aanspraak op integrale zorg
Integrale zorg is één van de speerpunten van de NZa. Wij vinden maatwerk van belang. De gemiddelde burger bestaat niet; ieder mens is verschillend en heeft eigen behoeften. Dat vraagt om een integrale benadering van zorg en daarbij passende integrale bekostiging. Het aanbieden van een integraal Wlz-pakket voor cliënten met een psychische stoornis, inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen, ondersteunt dit doel. Cliënten moeten bij het ontvangen van zorg geen hinder ervaren van verschillende domeinen. Daar waar dat wel het geval is, moeten we kijken of dat verbeterd kan worden.

Het advies over de positionering van behandeling Wlz V&V en GHZ (datum 27 september 2017) en het aanvullend advies inzake GGZ (datum 29 december 2017) richten zich op mensen die in een instelling verblijven met de leveringsvormen ZZP of geclusterd VPT. Met opvolging van deze adviezen wordt er een stap richting integrale zorg gezet voor deze cliëntgroepen.

Het is van belang dat we ook aandacht hebben voor de cliëntgroepen die met een psychische grondslag de Wlz instromen en hun zorg thuis - op basis van een PGB, MPT of ongeclusterd VPT - afnemen. Voor deze groepen is het momenteel onduidelijk welke zorg al dan niet onder de Wlz valt of gaat vallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de bekostiging van generalistische basis ggz of specialistische ggz. In de uitvoeringstoets voor de overheveling van de GGZ naar de Wlz besteden we hier aandacht aan. Met deze toets starten we als hiervoor de opdracht van het ministerie van VWS is ontvangen. In de uitvoeringstoets besteden we ook aandacht aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van het aanbieden van een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen, voor de GGZ.

Waarden integrale zorg en eigen regie/keuzevrijheid
U geeft aan dat er een zekere spanning bestaat tussen uw advies over de aanspraak op integrale zorg en de waarden eigen regie en keuzevrijheid. Daarbij geeft u aan dat de behoefte aan integrale zorg vereist dat er gewerkt wordt vanuit één visie en dat de behandelaren en alle hulpverleners intensief met elkaar samenwerken en hun zorg rond de cliënt op elkaar afstemmen. Aan de andere kant hechten mensen aan keuzevrijheid van behandelaar.

De NZa ziet de zekere spanning tussen deze twee waarden ook. Het is daarom van belang dat cliënt en zorgaanbieder dit gezamenlijk vorm gaan geven. De cliënt kan kiezen voor de zorgaanbieder en kan in zijn zorgleefplan samen met de zorgaanbieder zijn individuele wensen kenbaar maken. Als de behandelaren en hulpverleners in dienst bij de zorgaanbieder niet (volledig) tegemoet kunnen komen aan de wensen, dan kan gedacht worden aan bijvoorbeeld onderaannemerschap. De betreffende onderaannemer zal zich dan natuurlijk wel moeten conformeren aan de gezamenlijke visie om de integrale zorg te kunnen waarborgen.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van passende en kwalitatief goede zorg. Met betrekking tot het inzichtelijk zijn van 'goede zorg' voor de Wlz GGZ-cliënt vragen wij u aandacht te besteden aan ontwikkeltrajecten die zorgaanbieders nog moeten doorlopen inzake richtlijnen en zorgstandaarden voor het Kwaliteitsregister. Ook afspraken, die bijdragen aan het GGZ zorgcontinuüm, zouden in het Kwaliteitsregister te vinden moeten zijn.

Wij wensen u veel succes met het afronden van het advies. Als u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, kunt u contact opnemen met Marloes Nijhoff (mnijhoff@nza.nl).

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

Drs. J.M.T. Hautvast
Unitmanager Langdurige zorg

centrum indicatiestelling zorg



Postbus 2062, 3500 GB UTRECHT

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mw. Mr. S.C. W -N
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

CIZ
Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht
Postbus 2062
3500 GB Utrecht
KvK 62253778

T 088-789 6700
F 088-789 1011
info@ciz.nl
www.ciz.nl

datum	29 januari 2018
uw referentie	2017056382
onze referentie	RvB-U-018.004
contactpersoon	
onderwerp	Bestuurlijke consultatie aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz

Geachte mevrouw W -N,

Naar aanleiding van uw verzoek van 29 december 2017 treft u onderstaand de reactie aan van het CIZ met betrekking tot uw aanvullende advies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.

Het CIZ verwacht geen grote uitvoeringsconsequenties voor de indicatiestelling Wlz bij overname van uw advies door de Staatssecretaris. Wij realiseren ons echter dat dit op dit moment moeilijk is te voorspellen. Het kabinetsvoornemen om de Wlz ook toegankelijk te maken voor GGZ-cliënten die langdurige zorg nodig hebben, wordt uitgevoerd. Er zijn nog geen besluiten genomen over de positionering van behandeling, noch over de zorgzwaartepakketten en de tarieven. De besluiten hierover kunnen van invloed zijn op uw advies.

Wij onderschrijven uw uitgangspunt dat mensen die voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz over het algemeen zijn aangewezen op integrale zorg. Dat zal in beginsel ook voor mensen met een psychiatrische aandoening moeten gelden als zij vanwege deze problematiek voldoen aan de Wlz-criteria. Voor hen zijn dezelfde overwegingen van toepassing als voor andere Wlz-cliënten.

Integrale zorg
De Wlz geeft, conform art. 3.1.1, voor de huidige cliëntgroepen recht op Wlz-behandeling. Het is nu nog niet duidelijk of bij het verlenen van toegang tot de Wlz vanwege een psychische aandoening het onderscheid tussen de voormalige GGZ-C (zonder behandeling) en de GGZ-B pakketten (met behandeling) blijft bestaan. Binnen de huidige tariefopbouw voor de ZZP's in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg bestaat een onderscheid tussen plaatsen met en plaatsen zonder behandeling. Het CIZ ontvangt soms aanvragen voor een hoger zorgprofiel VV of GZ vanwege de noodzaak van behandeling die in de lagere zorgprofielen niet zou kunnen worden bekostigd.

001.01

Wat het overnemen van uw advies voor het onderscheid tussen bekostiging van plaatsen met en zonder behandeling gaat betekenen, is ongewis.

Wij constateren dat er bij de Wlz-populatie steeds vaker sprake is van co-morbiditeit, bijvoorbeeld een combinatie van zowel een psychische aandoening met een ernstige somatische ziekte of een (licht) verstandelijke handicap die een geïntegreerde behandeling noodzakelijk maakt. In de sector VV zal de specialist ouderengeneeskunde veelal de regiebehandelaar zijn. In de gehandicaptenzorg zal dat de GZ-psycholoog of de AVG-arts zijn, waarbij diagnostiek en behandeling vanuit zowel een gedragswetenschappelijke als een psychiatrische invalshoek c.q. medische invalshoek zal plaatsvinden. De vraag is vanuit welke instelling de regie op het behandelproces zal gaan plaatsvinden en de aanvullende zorgvormen worden geboden. Bij mensen met (ook) een psychische stoornis hoeft dat niet altijd een GGZ-instelling te zijn.

Hieronder treft u onze reactie op uw consultatievragen aan.

Consultatievraag 1

"De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige co-morbiditeit, hersenschade door middelenmisbruik en gerontopsychiatrie. Wij concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aanspraak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen."

Reactie

Wij voegen hieraan toe dat voor de cliëntgroepen die mogelijk toegang kunnen krijgen tot de Wlz het passende zorgprofiel niet altijd een GGZ-zorgprofiel is. Voor cliënten met zowel een psychische stoornis als bijvoorbeeld ernstige ouderdomsklachten, geheugenproblemen en/of cognitieve achteruitgang, ligt toegang tot de Wlz op basis van een psychiatrische aandoening niet in de rede als de andere problematiek leidend is voor de zorgvraag. Het leveren van een integraal pakket aan zorg voor deze cliënten kan ook vanuit een VV-instelling worden geboden. Indien er bijvoorbeeld sprake is van een verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel kan het passende zorgprofiel vanuit een instelling voor gehandicaptenzorg worden geboden.

Consultatievraag 2

"Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. In ons rapport van 27 september jl. gaan we daar in paragraaf 4.1. op in. U vindt deze passage als bijlage 4.1 in het bijgaande rapport. We zien geen reden om bij de groep mensen die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?"

Reactie
U schrijft dat instellingen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid dienen te organiseren. We geven u mee dat - meer dan bij alle andere doelgroepen in de Wlz – bij deze cliëntgroep sprake kan zijn van de combinatie van wilsonbekwaamheid en het veelal geheel ontbreken van een netwerk. Dat betekent dat er binnen de institutionele zorg voor deze groep, gezien deze combinatie, voldoende waarborgen moeten worden gerealiseerd om in iedere situatie een goede afweging van belangen te kunnen maken.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

mr. J.H. Ouwehand
Bestuurder

Notitie

Aan
Zorginstituut Nederland

Datum
30 januari 2018

Bijlage(n)

Van
Gerard van Unen MSc

Doorkiesnummer

Onderwerp
Bestuurlijke consultatie t.a.v. positionering behandeling in Wlz

Ons kenmerk
GGZN/RIBW/gdun/naem/209610/2018

Inleiding
Het Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft op 29 december 2017 haar aanvullend advies over positionering van behandeling in de Wet langdurige zorg (Wlz) aan de staatssecretaris van VWS, ter consultatie aangeboden aan de betrokken stakeholders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In deze notitie is een concept reactie van GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en de Federatie Opvang op het advies uitgewerkt. Deze reactie is voorgelegd aan bestuurders van de brancheverenigingen in de langdurige ggz.

Het referentiekader van de brancheverenigingen
Voordat we ingaan op het advies van het ZiN, staan we eerst stil bij het referentiekader dat de brancheverenigingen gebruiken bij de beoordeling van het advies.

In de langdurige ggz (Zvw, Wlz en Wmo samen) staan ggz-aanbieders voor een inclusieve samenleving, waarin een ieder tot zijn/haar recht komt en als gelijkwaardige burger naar vermogen mee kan doen. Burgers wonen waar mogelijk zelfstandig thuis en ontvangen als dat nodig is ook zoveel mogelijk zorg en ondersteuning thuis. Alhoewel een grote groep psychisch kwetsbare mensen kan uitstromen naar (begeleid) zelfstandig wonen thuis, is een deel van hen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en sociale inclusie permanent aangewezen op een veilige en beschutte woonomgeving. Het gaat om mensen die op veel levensdomeinen nog onvoldoende eigen regie hebben, waardoor zij niet binnen afzienbare termijn zelfstandig kunnen wonen. Dit laat onverlet, dat het herstelperspectief ‘zelfstandig wonen’ ook voor deze groep psychisch kwetsbare mensen op termijn in het verschiet kan liggen, zij het dat dit jaren in beslag neemt. De Wlz is in deze gevallen het best passende domein voor de continuïteit van het verblijf en de zorg, begeleiding en ondersteuning.

In onze reactie houden we de nummering van de paragrafen in de notitie van het ZiN aan.

1.2 Systeemadvies
Het ZiN benadrukt (pag. 7) dat het advies over de positionering van de behandeling in de Wlz een systeemadvies is en faciliteert daarmee naar eigen zeggen dat instellingen hun cliënten passende zorg kunnen bieden binnen publieke randvoorwaarden als doelmatigheid en rechtmatigheid. Het ZiN adviseert niet over de inhoud van de zorg: “Wat voor een bepaalde populatie of individu passende zorg is, en hoe dit het best kan worden gerealiseerd, is een vraag die door partijen zelf moet worden beantwoord. Kwaliteitsstandaarden en (individuele) zorgplannen zijn daarvoor passende instrumenten.”

Reactie:

De vraag is hoeveel keuze ggz-cliënten met het voorliggende advies van het ZiN nog hebben voor de best passende zorg, als behandeling te allen tijde integraal moet worden aangeboden. Dat staat in feite haaks op ons streven om psychisch kwetsbare mensen te helpen bij het opbouwen van een zo normaal mogelijk leven midden in de samenleving en bevordert de herstelgedachte en een eventuele uitstroom niet. En waarom zouden we een nieuwe infrastructuur voor behandeling optuigen, terwijl deze elders (in de wijk) al naar tevredenheid is ingericht (zie ook §1.3)? Bovendien zullen zorgaanbieders tal van hoofd- en onderaanneemconstructies moeten bedenken voor de organisatie van de zorg. Behalve dat dit zorgt voor hogere administratieve lasten, is dit een betrekkelijk tijdrovende en dus een voor de cliënt dure oplossing.

1.3 Goede (integrale) zorg, eigen regie en keuzevrijheid

Het ZiN stelt dat de behoefte aan integrale zorg vereist dat er gewerkt wordt vanuit één visie en dat de behandelaren en alle hulpverleners intensief met elkaar samenwerken en hun zorg rond de cliënt op elkaar afstemmen. Volgens het ZiN moet één partij hierbij verantwoordelijk zijn voor afstemming en aansturing. Het ZiN beaamt tegelijkertijd dat cliënten en mantelzorgers hechten aan een zo gewoon mogelijk leven en behandelaars als een (huis)arts, fysiotherapeut, enzovoort, willen kunnen uitkiezen. Dit staat op gespannen voet met elkaar.

Reactie:

De organisatie van integrale zorg onder regie van één partij hoeft niet noodzakelijkerwijs vanuit één stelsel gefinancierd te worden. Dat is een ouderwetse gedachte. Specialistische zorg, zoals oncologische zorg, hartoperaties e.d. vallen bij deze verzekerden onder de Zvw. Dit laat zien dat het niet per se noodzakelijk is om alle behandeling uit een oogpunt van integraliteit in hetzelfde kader te vatten. Die aanname bevordert het zogenoemde ‘instituutsdenken’, dat alles onder één dak geregeld zou moeten worden. Vergelijk dit met de oude ZZP-C pakketten in de AWBZ voor de stelselwijziging in 2015, waarbij behandeling enerzijds en begeleiding en ondersteuning anderzijds ook uit verschillende stelsels gefinancierd werden. Deze situatie verliep naar volle tevredenheid. Vanuit de gedachte van ‘value based care’ en/of ketenzorg, mag van aanbieders verwacht worden dat zij integrale zorg bieden. Dit gebeurt immers al jarenlang tussen beschermende woonvormen en bijvoorbeeld FACT-teams. Het ZiN stapt ons inziens te makkelijk over het inperken van de keuzevrijheid van cliënten heen, en beroept zich daarbij op voorbeelden in de gehandicaptenzorg, want daar contracteren instellingen ook vrijgevestigde professionals met affiniteit voor de doelgroep. Die instellingen maken dus een keuze voor hun cliënten en dat is wellicht te verdedigen vanuit de aard van de problematiek, maar dat is iets anders dan keuzevrijheid van cliënten.

De brancheverenigingen hebben al eerder aangegeven dat keuzevrijheid voor cliënten en zoveel mogelijk zorg in de eigen omgeving ontvangen belangrijke principes zijn voor de organisatie van behandeling, begeleiding en ondersteuning van cliënten, zowel binnen het wettelijk kader van de Wlz als de Wmo (zie ons referentiekader). Wij zijn van mening dat dit advies de beide principes geweld aandoet. Waarom wel je eigen chirurg kunnen uitkiezen, maar niet je eigen huisarts?

2.1 Doelgroep

Volgens het ZiN gaat het hier om mensen die zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht en staat het redelijkerwijs vast dat dit de rest van het leven zo zal zijn. Het gaat hierbij alleen om Wlz-cliënten in een instelling of Wlz-cliënten die geclusterd VPT ontvangen.

Met permanent toezicht wordt bedoeld: ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde. Met 24 uur zorg nabij wordt bedoeld: iemand is zelf niet in staat om op relevante momenten hulp in te roepen en heeft, om ernstig nadeel voor zichzelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Het ZiN stelt dat cliënten die nog zelfstandig naar buiten kunnen buiten de doelgroep vallen.

Reactie:

Gegeven de uitleg van onderzoeksbureau HHM (pag. 9 van het advies van het ZiN) herkennen we ons in de criteria ‘24 uur zorg nabij’ en/of ‘permanent toezicht’. In de ggz zullen de meeste Wlz-cliënten voldoen aan het criterium ‘24 zorg nabij’, een kleiner deel aan het criterium ‘permanent toezicht’. Het gaat in ieder geval om mensen die cognitief onvoldoende of niet in staat zijn om ADL- en HDL-taken naar behoren uit te voeren, om hun dag te structureren en/of activiteiten uit te voeren en om een adequate hulpvraag te stellen of op relevante momenten hulp in te roepen of zichzelf te beschermen tegen gevaar.

We hebben in de gesprekken met het ZiN telkens aangegeven dat het in de ggz om cliënten gaat, die niet met planbare zorg om kunnen gaan. Zij komen zowel voor op het instellingsterrein als daarbuiten, zoals in de beschermende woonvormen. Bij deze doelgroep moeten interventies direct op afroep beschikbaar zijn (24 zorg nabij) en past, mede in verband met het niet kunnen uitstellen van of het niet kunnen stellen van een adequate hulpvraag, Wlz-zorg het best.

Dat ggz-cliënten in de Wlz niet zelfstandig naar buiten zouden kunnen is een aanname die in veel gevallen niet klopt. Voorkomen moet worden dat deze aanname verwordt tot een criterium.

Het ZiN stelt in § 2.1.1. over voortgezet verblijf dat het hier niet om cliënten gaat die vanwege hun psychiatrische behandeling al langer dan drie jaar verblijven. Zij hebben immers al toegang tot de Wlz vanwege hun voortdurende behandeling. Het ZiN zegt dat dit om een andere doelgroep gaat dan waarover dit advies gaat, omdat niet vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht. Hun aanspraak is geregeld in artikel 3.2.2. Wlz in plaats van artikel 3.2.1. Wlz.

Reactie:

Hoe wordt dan omgegaan met cliënten die een jaar opgenomen zijn en daardoor in aanmerking komen voor langdurig verblijf in het LGGZ-regime in het 2e en 3e jaar Zvw? Of bij de overgang van het LGGZ-regime in de Zvw naar de Wlz na drie jaar? Wordt in die gevallen niet dezelfde afweging aan de hand van eerder genoemde criteria gemaakt? Je mag op basis van ervaringen in het werkveld veronderstellen dat

deze groep cliënten ook aan die criteria voldoet. Deze passage werkt enigszins verwarrend.

Is het niet zo dat bij de beoogde wijziging van de toegang tot de Wlz voor de ggz, de artikelen 3.2.1. en 3.2.2. automatisch wijzigen, omdat het LGGZ-regime binnen de Zvw komt te vervallen?

Belangrijke thema's – afbakening begrip institutionele zorg (2.2.1)
Bij de expertmeeting in september 2017 was het begrip 'institutionele zorg' niet scherp gedefinieerd en daarmee afgebakend. Uit het advies van het ZiN blijkt dat hier destijds bewust voor gekozen is. Maar waarom wordt uit dit advies niet precies duidelijk. Het ZiN wil toe naar een onderscheid in aanbod, althans dat mag worden verondersteld naar aanleiding van de wat warrige passages over de inzet van mantelzorg, dat buiten het instellingsterrein volop aanwezig zou zijn en daarbinnen niet (hetgeen overigens niet klopt). Het ZiN zegt dat nader onderscheid van het begrip 'institutionele zorg' op verschillende manieren mogelijk is, maar legt niet uit hoe dan. Daarover wil het ZiN in overleg met het departement.

Reactie:

De brancheverenigingen zijn het eens met het ZiN dat 'institutionele' Wlz-zorg niet is voorbehouden aan geïntegreerde ggz-aanbieders. We hebben altijd gezegd dat Wlz-zorg ook midden in de samenleving of in de wijk geleverd moet kunnen worden. Sterker nog, het verdient ons inziens de voorkeur om Wlz-zorg ook in de wijk te kunnen aanbieden, omdat we daarmee beter in staat zijn cliënten te ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Dit is bijvoorbeeld ook het geval in de gehandicaptenzorg, die veel woonlocaties in gewone wijken heeft. Herstelfasen, herstelperspectieven en de mate van eigen regie op een x aantal levensdomeinen, alsook kwetsbaarheden die het herstelproces bemoeilijken (de complexiteit dus van de zorgvraag in zijn geheel) zijn hierbij onderscheidend te noemen, ook als vervolgens gaat om de afstemming en organisatie van zorg, begeleiding en ondersteuning (het zorgaanbod). Bovenstaande impliceert dat de leveringsvormen 'volledig pakket thuis'(vpt) en 'modulair pakket thuis (mpt) onverkort voor ggz-cliënten beschikbaar komen. De term 'institutioneel' werkt hier overigens verwarrend, zet de lezer op een verkeerd spoor.

Als gekeken wordt naar de hulp- en ondersteuningsbehoefte van psychisch kwetsbare mensen, dan is voor het werkveld volstrekt helder welke cliënten 24 uur zorg nabij of permanent toezicht (de wettelijk toegangscriteria) en dus institutionele zorg behoeven. Dit blijkt ook telkens uit de indicatiestelling door de zorgkantoren (2^{e} en 3^{e} jaar verblijf) en de CIZ-indicatiestelling (vanaf het 4^{e} jaar). Een verdere duiding van de behoefte aan institutionele zorg zou derhalve gebaseerd moeten zijn op een onderscheid in de hulp- en ondersteuningsvraag van cliënten, niet op het zorgaanbod (hetgeen gevolgtijdelijk is). Of zorgaanbieders de gewenste zorg, begeleiding en ondersteuning vervolgens kunnen bieden, is geheel afhankelijk van het zorgaanbod zelf, de in te zetten medewerkers en veiligheid van de fysieke ruimtes en gebouwen, maar heeft niets te maken met de plek waar die zorg geleverd wordt. Deze zorg kan dus ook geleverd worden door beschermende woonvormen, in de wijk.

Het verzoek is om het werkveld bij een nadere duiding van het begrip 'institutioneel' te betrekken.

Belangrijke thema's – de term 'blijvend' is problematisch (2.2.2)
Het ZiN gaat in op de bezwaren van het werkveld ten aanzien van de term 'blijvend', maar ziet geen reden om dit aan te passen.

Reactie:

Het ZiN stelt in haar advies dat de term 'blijvend' aangewezen zijn op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht betekent, dat cliënten 'levenslang' zouden zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht. Het werkveld heeft eerder aangegeven dat dit haaks staat op de herstelgerichte benadering en dat cliënten hierdoor als het ware het perspectief op persoonlijk en maatschappelijk herstel wordt ontnomen: men is dan in feite 'verdoemd' tot de Wlz. Er is in de ggz, anders dan in de zorg voor verstandelijk gehandicapten en/of ouderen, niet altijd op voorhand aan te geven welke ontwikkeling iemand nog kan doormaken. Alhoewel het buiten de scope van dit advies valt, moet de discussie over hoe de term 'blijvend' moet worden geïnterpreteerd beslecht worden, nog voordat het wetsvoorstel over de toegang tot de Wlz naar de Tweede Kamer gaat. Het gaat immers om de aanspraak die ggz-cliënten al dan niet kunnen maken op de Wlz.

Het werkveld stelt een pragmatische oplossing voor, zonder het gelijkheidsbeginsel geweld aan te doen. Dat kan door in de wet zelf de passage 'op het moment van de indicatiestelling' toe te voegen, omdat op dat moment nog niet te voorspellen is hoe het ziektebeloop, of liever het herstelproces van de betreffende cliënt verloopt, maar de aandoening op dat moment zodanig invaliderend is, dat de eigen regie op nagenoeg alle levensdomeinen afwezig is en er derhalve intensieve zorg, begeleiding en/of ondersteuning nodig is. Een Wlz-indicatie wordt afgegeven voor een periode van 3 jaar en voor die periode is 'blijvend' aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht goed in te schatten. Iedere 3 jaar opnieuw wordt dit getoetst door het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ). Naar verwachting zal het grootste deel van deze cliënten een nieuwe Wlz-indicatie krijgen. Door zo'n passage in de wet zelf op te nemen, loopt de wetgever de betrokken partijen als de ggz-aanbieder en het CIZ niet voor de voeten bij de uitvoering ervan. Dit is in lijn met het advies van het ZiN, dat vindt dat het 'systeem' de uitvoeringspraktijk in staat moet stellen om doelgroepen in de Wlz passende zorg te kunnen leveren. Evenmin lokt dit strategisch gedrag bij ggz-aanbieders uit, omdat het CIZ haar toetsende rol altijd blijft vervullen.

Overigens, zo blijkt uit het verslag[1] van de vergadering van de Adviescommissie Pakket van het ZiN op 8 december 2017, stellen enkele leden van de commissie voor dat niet het gelijkheidsbeginsel, maar 'goede zorg' het leidende argument zou moeten zijn voor de ggz-doelgroep, die volgens deze leden wel degelijk verschilt van de andere groepen in de Wlz (zie elders in deze notitie onze uitleg hierbij). Over de precieze invulling van goede zorg verschillen we met het ZiN: niet alle Wlz-zorg hoeft wat ons betreft integraal te worden aangeboden (zoals gezegd vegelijkbaar met de situatie in de AWBZ van voor 2015).

[1]Zie hiervoor de volgende link: stukken voor de komende ACP vergadering

Belangrijke thema's – niet alle cliënten zijn (altijd) aangewezen op integrale zorg
Het ZiN beargumenteert het noodzakelijk integrale karakter van Wlz-zorg naar eigen zeggen vanuit de kwaliteit van de zorg: volgens het ZiN is het noodzakelijk om de verantwoordelijkheid voor de te leveren zorg bij één aanbieder onder te brengen.
Dit staat haaks op de eerdere opmerkingen van het ZiN, dat men zich met dit advies alleen beperkt tot de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg en niet met de inhoud van de zorg of hoe die georganiseerd moet worden.

Reactie:

Zie onze reactie op §1.3. We voegen hier aan toe dat de door het ZiN veronderstelde grote variatie in problematiek en het snel op- en af kunnen schalen van zorg niet per se goede argumenten zijn voor integrale zorg, belegd bij één aanbieder. Het gaat hier om goede samenwerking tussen betrokken partijen. Daar wordt in het land overigens druk mee geoefend en het lukt steeds beter. Een regievoerder is niet persé slecht, maar er zou door de betrokken partijen in onderling overleg bepaald moeten kunnen worden, wie in een gegeven situatie de meest aangewezen zorgaanbieder is, afhankelijk van (fluctuaties in) de zorgvraag van de cliënt.

Wederom de vraag: waarom wel naar de chirurg in de Zvw en niet naar de huisarts? De variatie in problematiek uit zich bij deze groepen cliënten vooral in de mate van regie bij het psychisch en sociaal functioneren. Zorg en ondersteuning hierbij is al belegd bij één zorgaanbieder en de intensiteit hiervan varieert (al naar gelang de Wlz-indicatie). Het snel op- en af kunnen schalen van zorg gaat over zorg en ondersteuning op dezelfde levensdomeinen, eveneens belegd bij één aanbieder. Dat laat onverlet, dat deze cliënten wel zouden moeten kunnen kiezen voor hun eigen tandarts of huisarts.

Wat te doen met specialistische beschermende woonvormen voor mensen met (een ernstige vorm van) Korsakov, gerontopsychiatrische problematiek, hoge comorbiditeit of een verstandelijke beperking? Zijn zij straks ook aangewezen op het instellingsterrein van een geïntegreerde ggz-aanbieder?

Belangrijke thema's – administratieve en organisatorische lasten
Het ZiN begrijpt de toename van administratieve en organisatorische lasten in met name de instellingen voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang (die met hoofd- en onderaanneemconstructies moeten gaan werken), maar legt dit bij dit advies naast zich neer. Men stelt dat het vooral een kwestie van tijd is om zich aan de nieuwe situatie aan te passen.

Reactie:

Dit is volstrekt onbegrijpelijk. In een periode waarin de 3 bewindslieden van VWS per sector een sectorplan regeldruk ontwikkelen, zegt het ZiN met andere woorden de administratieve lasten die gepaard gaan met dit advies voor lief te nemen. Het gaat niet om een geleidelijke aanpassing zoals het ZiN stelt, maar om een structureel hogere belasting van betrokken partijen in het werkveld, zowel organisatorisch als administratief. Indien zorgaanbieders zich hierdoor genoodzaakt zien om die zorg niet meer te leveren, voorzien we dat de Wlz in de toekomst alleen nog is voorbehouden aan grotere geïntegreerde ggz-aanbieders en cliënten niet vermaatschappelijken, maar gedoemd zijn om op het instellingsterrein te blijven wonen.

Niet alle cliënten zijn (altijd) aangewezen op integrale zorg (2.3.1)
Het ZiN stelt dat het argument van de kwaliteit van de zorg (er is één aanbieder die verantwoordelijk is voor de te leveren zorg) ook van toepassing is voor de ggz-doelgroep. Net als bij ouderen en gehandicapten zou er geen scherp onderscheid te maken zijn tussen degenen die al dan niet zijn aangewezen op integrale zorg. De variatie in problematiek is daarvoor te groot volgens het ZiN, en op individueel niveau is het vaak nodig om de zorg snel op- en af- te kunnen bouwen.

Uit deze passage wordt duidelijk dat het ZiN moeite heeft om integrale zorg voor de ggz-doelgroep te definiëren. Wederom wordt gesteld dat er net als in andere sectoren moeilijk onderscheid te maken is tussen degenen die al dan niet zijn aangewezen op integrale zorg.

Zoals gezegd is dat voor het werkveld geen enkel probleem, ook niet als de problematiek varieert en er zo nodig snel zorg op- of afgeschaald moet worden. Het gaat te ver om, zoals het ZiN wil, integrale zorg boven normalisatie, keuzevrijheid en maatwerk te verkiezen. Wat ons betreft druist dit in tegen de beoogde kwaliteit van zorg, waarin normalisatie, keuzevrijheid en maatwerk juist centrale begrippen zijn.

Tot slot
De brancheverenigingen hebben tot slot een paar vragen.

Mocht dit advies onverkort worden overgenomen, dan neemt dit betrekkelijk veel tijd in beslag van zorgaanbieders. Hoe ziet het ZiN de implementatie van het een en ander voor zich? Welke rol heeft het ZiN hierin en hoe ziet de samenwerking met de brancheverenigingen er dan uit?

Wat bedoelt het ZiN precies met de gewenste ‘signaleringsfunctie’ als cliënten onverhoopt tussen wal en schip vallen? Heeft het ZiN daar al concrete ideeën bij? De brancheverenigingen denken hier graag over mee.

Dan nog een vraag die wellicht beter past bij het vraagstuk rondom toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten, maar die naar aanleiding van dit aanvullend advies wel boven tafel komt bij met name beschermende woonvormen. Hoe zorgen we, geredeneerd vanuit het perspectief van cliënten in een beschermende woonvorg, voor een goede overgang tussen de diverse stelsels, als cliënten een te complexe zorg- en ondersteuningsvraag hebben voor zorg en ondersteuning in de Wmo, maar niet complex genoeg om in aanmerking te komen voor de Wlz? Hoe voorkomen we in deze gevallen dat de besluitvorming rondom beschikkingen en/of indicaties vertragen, omdat de indicatiestellers er onderling niet uitkomen en naar elkaar blijven verwijzen?

Met vriendelijke groet,

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

drs. J.P. Laurier
voorzitter Federatie Opvang

mevrouw drs. V.J. W.C. Esman-Peeters
directeur GGZ Nederland

actiz
organisatie van zorgondernemers

Zorginstituut Nederland
Mevrouw mr. S.C. W – N
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp bestuurlijke consultatie

datum
26 januari 2018

ons kenmerk
HO/18u.0023

in behandeling bij

doorkiesnummer

Geachte mevrouw W,

Dank voor de mogelijkheid om te reageren op het aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz. Wij maken daar graag gebruik van. In deze brief vindt u onze reactie.

Consultatie
Eerder (december 2015) heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) de staatssecretaris van VWS geadviseerd om mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-toegangseisen, toegang te bieden in de Wlz. Vervolgens heeft ZIN (september 2017) het advies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen uitgebracht. Daarin stelt ZIN dat mensen die voldoen aan de toegangseisen Wlz over het algemeen zijn aangewezen op integrale zorg, die het best kan worden geleverd als alle zorg – waaronder behandeling en aanvullende zorgvormen - vanuit één regie wordt geboden. Dit advies heeft betrekking op de leveringsvormen zorg met verblijf en het geclusterd volledig pakket thuis. Bij het advies heeft ZIN aangegeven nog te toetsen of de conclusies ook gelden voor cliënten met een psychische stoornis die zullen instromen als het advies van 2015 wordt overgenomen. Deze bevindingen liggen nu voor ter bestuurlijke consultatie.

Integrale zorg vanuit één regie
Vanuit ActiZ delen we uw conclusie dat cliënten met een psychische stoornis die voldoen aan de toegangseisen van de Wlz zijn aangewezen op integrale zorg die vanuit één regie wordt aangeboden. In de branche Verpleging en Verzorging gaat het vooral om mensen in de gerontopsychiatrie, syndroom van Korsakov etc. veelal met (ernstige) co-morbiditeit. Gezien de complexiteit van de zorgvraag gecombineerd met de noodzaak van het moeten kunnen ingrijpen bij escalatie is integrale zorg inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen aangewezen. De coördinatie van de zorg ligt daarbij in één hand van de zorgaanbieder.

Spanning in waarden
Net zoals in het bovengenoemde rapport over de behandeling en aanvullende zorgvormen (2017) is aangegeven, spelen bij mensen met een psychische stoornis die

Postadres Postbus 8258, 3503 RG Utrecht | **Bezoekadres** Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht |
T (030) 273 93 93 | **F** (030) 273 97 87 | **E** info@actiz.nl | www.actiz.nl |
IBAN NL98 FVLB 0699 6500 38 | **BIC** FVLBNL22 | **KvK** 30216479 | **BTW** 8175.01.368.B.01

toegang zullen krijgen tot de Wlz een zekere spanning tussen de waarden keuzevrijheid/eigen regie van de cliënt en goede, integrale zorg voor de complexe zorgvraag. Vanuit ActiZ herkennen we deze spanning. De keuzevrijheid van de cliënt wordt onder meer bepaald door diens keuze van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder overlegt met de cliënt de wensen en mogelijkheden voor het aanbod van zorg en behandeling. Tussen totale keuzevrijheid van behandelaars en zorgverleners en volledige samenhang van zorg/behandeling zit spanning. Kwaliteitseisen, bijv. aan speciale deskundigheid, begrenzen soms de ruimte van keuzevrijheid. Zorgaanbieders kunnen inspelen op de wensen van cliënten door zich vanuit hun visie te profileren, bijv. dat inspanning wordt geleverd de eigen behandelaren te contracteren. Uiteraard is het van belang dat er voor de cliënt goede informatie beschikbaar is waarop hij zijn keuze van zorgaanbieder kan maken. Deze lijn hebben we ook aangegeven in onze reactie aan u op het advies over behandeling en aanvullende zorgvormen.
We kunnen ons vinden in uw conclusie dat voor mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de eisen van de Wlz ten aanzien van keuzevrijheid versus integrale zorg geen andere afweging geldt dan voor de huidige doelgroepen van Wlz. Ook deze mensen met een psychische stoornis zijn aangewezen op integrale zorg en behandeling die vanuit één regie wordt aangeboden.

Wij vragen u onze reactie te betrekken bij het definitieve advies en wensen u graag veel succes met de afronding het aanvullend advies.

Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. M.J.C.A. de Wee
voorzitter Kerngroep Wonen & Zorg

Zorgverzekeraars Nederland

Zorginstituut Nederland
De heer drs. A.M. H
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp	Reactie op bestuurlijke consultatie toegangseisen Wlz voor mensen met een psychische
Datum	8 februari 2018
Uw kenmerk	2017056382
Ons kenmerk	B-18-4540
Contactpersoon	

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte heer H,

Middels uw schrijven met als kenmerk 2017056382 heeft u het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd een tweetal consultatievragen te beantwoorden betreffende de toegang voor ggz-patiënten tot de Wet langdurige zorg (Wlz).

Deze consultatievragen hebben wij voorgelegd aan de zorginhoudelijk adviseurs, verenigd in het Kenniscentrum GGZ van ZN. Middels deze brief geven wij u een terugkoppeling hetgeen door hen naar voren is gebracht.

> ***Consultatievraag 1**: De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige comorbiditeit, hersenschade door middelengebruik en gerontopsychiatrie. We concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aanspraak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen. Deelt u deze conclusie?*

ZN onderschrijft uw conclusie dat aanspraak kunnen maken op integrale zorg in het voordeel van patiënten met een psychische stoornis kan zijn, door vroegtijdig te stabiliseren en eenduidigheid in de inrichting van de zorg op de lange termijn te organiseren.

Hierbij veronderstellen wij dat artikel 3.2.2 WLZ gehandhaafd zal blijven, waarmee toegang tot de Wlz geborgd blijft voor een patiënt voor wie de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt.

> ***Consultatievraag 2**: Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. In ons rapport van 27 september jl. gaan we daar in paragraaf 4.1 op in. U vindt deze passage als bijlage 4.1 in het bijgaande rapport. We zien geen reden om bij de groep mensen*

die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?

Ten aanzien van de keuzevrijheid zijn geen doorslaggevende argumenten over het hoofd gezien ten aanzien van het pakketadvies.

Echter onderschrijven wij uw constatering dat bij de uitwerking van deze pakketkeuze er vele organisatorische vraagstukken ontstaan. Er dient te allen tijde voorkomen te worden dat de zeer kwetsbare patiëntengroep die van deze voorzieningen gebruikt maakt, hier de dupe van wordt. Zorgverzekeraars Nederland wil derhalve nauw betrokken blijven bij de uitwerking van dit pakketadvies en zal hier ook op aandringen bij het Ministerie van VWS.

Vragen?
Mocht u vragen hebben of meer informatie wensen over de reactie op de bestuurlijke consultatie, dan verzoek ik u contact op te nemen met Emile Petiet, beleidsadviseur GGZ a.i., via e.petiet@zn.nl of 030 - 698 83 43.

In vertrouwen u voldoende te hebben geïnformeerd,

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

M.H.J. Hoek MBA
directeur Zorg a.i.

Landelijk Platform Psychische Gezondheid

MIND Fonds Psychische Gezondheid, Korrelatie en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid vormen samen MIND

Aan Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw mr. S. C. W-N
Postbus 320
1110 AH Diemen

Datum: 26 januari 2018
Kenmerk: 18-002/nvdw
Onderwerp: bestuurlijke consultatie rapport behandeling Wlz voor mensen met een psychische stoornis
Contact:

Geachte mevrouw W-N,

Graag maken wij gebruik van de gelegenheid om te reageren op uw conceptadvies voor behandeling voor Wlz-cliënten met psychiatrische problematiek.
Het conceptadvies maakt opnieuw duidelijk hoe belangrijk is dat er snel duidelijkheid komt over de positie van mensen met psychiatrische problematiek binnen de Wlz. Meer helderheid is ook gewenst over de precieze doelgroep die toegang zal krijgen tot de Wlz. Daarbij is de interpretatie van het begrip 'blijvend' ook van belang. De discussie hierover valt niet direct binnen de scope van het advies over behandeling, maar hangt daar toch zo nauw mee samen dat wij er graag op in gaan. Belangrijke aandachtspunten vanuit cliëntperspectief zijn:

- Ook voor mensen die 'blijvend' aangewezen zijn op 24 uurs nabije zorg is herstel mogelijk. Ze zijn niet afgeschreven. Het is belangrijk en mogelijk om ook bij hen te blijven streven naar het vergroten van regie op het eigen leven, al zal dat vaak om kleine stappen gaan.
- Juist onzekerheid over de beschikbaarheid van langdurende zorg binnen een beschermende omgeving, kan belemmerend voor herstel zijn. (tijds)druk op een volgende stap in het herstelproces werkt vaak averechts. Andersom gezegd: juist een Wlz-indicatie kan veel cliënten de rust geven die noodzakelijk is voor herstel.
- Met absolute zekerheid uitspraken doen over 'blijvendheid' is bij de ggz-doelgroep lastiger dan bij bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking of dementie. Dit maakt het noodzakelijk om binnen de Wlz ook iets flexibeler met dit begrip om te gaan. Wij vinden het begrip 'blijvend' passend voor situaties waar binnen afzienbare termijn geen reëel uitzicht is op een dusdanige verbetering dat Wlz-zorg niet meer nodig is.
- Het moet ook altijd mogelijk zijn om de Wlz te verlaten als de zorgvraag zich zodanig ontwikkelt dat de noodzaak van 24 uurs nabije zorg vervalt. Het is te overwegen om voor sommige cliënten ruimte te creëren voor een tijdelijke Wlz-indicatie voor bijvoorbeeld een periode van drie jaar.

Wij constateren dat in de huidige situatie waarin toegang op inhoudelijke gronden tot de Wlz voor mensen met een psychiatrische grondslag niet geregeld is, een aanzienlijke groep buiten de boot valt. Wij onderschrijven de oproep van de Adviescommissie Pakket voor een signaleringsfunctie voor mensen die tussen wal en schip vallen. Wij willen die functie graag verbinden met een doorzettingsmacht, dat wil zeggen een persoon of instantie die bij vastgelopen casuïstiek in het belang van de cliënt een oplossing kan forceren.
Ten aanzien van de kern van uw advies willen wij de volgende overwegingen meegeven:

- De pakketcommissie constateert terecht dat het niet alleen gaat over keuzevrijheid, maar ook over het belang om bestaande relaties met behandelaren te kunnen continueren.
- Keuzevrijheid en eigen regie zijn niet altijd alleen gekoppeld aan de individuele cliënt. Zij krijgen vaak ook vorm in de samenspraak tussen cliënt en zijn familie of andere naastbetrokkenen. Dit geldt ook in situaties waarin de cliënt binnen de instelling verblijft. Daarnaast biedt de Wlz de mogelijkheid van een onafhankelijke cliëntondersteuner. Wij vinden dan ook dat u in het conceptadvies de wenselijkheid en mogelijkheid van eigen regie bij intramuraal verblijf onderschat.
- Volwaardig burgerschap en zo gewoon mogelijk leven zijn belangrijke uitgangspunten in de langdurende ggz en bij beschermd wonen. In de lijn van die uitgangspunten ontwikkelen zich ook nieuwe zorg- en woonvormen. Wanneer de keuzevrijheid voor een eigen behandelaar beperkt wordt is dat een stap in de verkeerde richting. Met name voor de groep die nu verblijft in een instelling voor beschermd wonen zal dit ook een stap terug betekenen in vergelijking met de huidige situatie.
- Integraliteit van zorg is eveneens een belangrijk uitgangspunt. Wij zijn van mening dat die integraliteit bij voorkeur gestalte krijgt binnen de triade van cliënt, familie/naasten en zorgaanbieder. In uw conceptadvies ligt de verantwoordelijkheid voor integraliteit ons inziens te eenzijdig bij de zorgaanbieder
- Al met al zijn wij van oordeel dat uw conceptadvies te weinig ruimte laat voor keuzevrijheid, eigen regie, zo gewoon mogelijk leven en het continueren van bestaande (vertrouwens)relaties met behandelaren. Onze voorkeur gaat uit naar een model dat meer cliëntvolgend is en waarbij de keuzes die de cliënt in samenspraak met familie/naasten en zorgverleners maakt richtinggevend is.

Met hartelijke groet,

Drs. M.J. ter Avest
Directeur MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Geachte meneer H.

Hierbij volgt het antwoord van de Vereniging van indicerende en adviserende Artsen. Onze leden zijn o.a. werkzaam bij CIZ.

Consultatievraag 1:
De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige comorbiditeit, hersenschade door middelenmisbruik en gerontopsychiatrie. We concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aanspraak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.

Deelt u deze conclusie?
JA

Consultatievraag 2:
Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. In ons rapport van 27 september jl. gaan we daar in paragraaf 4.1. op in. U vindt deze passage als bijlage 4.1 in het bijgaande rapport. We zien geen reden om bij de groep mensen die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?

Op dit moment kunnen wij instemmen met de gevolgde argumentatie.

Met vriendelijke groet,

Saskia van de Merwe
Voorzitter VIA
Lid van KAMG

VNG

Zorginstituut Nederland
Mw. mr. S.C. W - N
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
30 januari 2018
Ons kenmerk
TRM/U201800056
Uw kenmerk
2017056382
Telefoon

Onderwerp
bestuurlijke consultatie - aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz

Geachte mevrouw W - N,

Hierbij reageren wij op de consultatievragen, die u ons in uw brief d.d. 29 december jl. stelde.

De vragen en onze reactie
De consultatie bevat twee vragen, die – in onze woorden samengevat – als volgt luiden:

1. Deelt u de conclusie dat de nieuwe groep die onder de Wlz wordt gebracht is aangewezen op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandelingen en aanvullende zorgvormen?

Reactie: het ligt in de lijn van onze eerdere inbreng bij het ZIN over dit onderwerp om deze conclusie te delen. De blijvende behoefte aan integrale zorg voor deze groep was immers bij uitstek de reden om in te stemmen met het idee om deze groep onder de Wlz te brengen.

2. Heeft het Zorginstituut Nederland doorslaggevende argumenten over het hoofd gezien als zij voor de nieuwe groep onder de Wlz dezelfde afwegingen maken als voor de overige groepen, wanneer het gaat over de relatie tussen goede zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de patiënt?

Reactie: de spanning tussen integrale institutionele zorg en keuzevrijheid is binnen dit systeem niet goed op te lossen. Natuurlijk kan de zorgaanbieder proberen rekening te houden met de wensen van de patiënt. Nu dit vraagstuk volledig ligt in het zorgdomein zijn wij van mening dat er geen doorslaggevende argumenten naar voren kunnen worden gebracht, die voor deze groep tot andere afwegingen moet leiden.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Nassaulaan 12 Den Haag | Postbus 30435 | 2500 GK Den Haag
070 - 373 83 93 | info@vng.nl

Algemene toelichting

Bij de afweging om de Wlz open te stellen voor mensen met psychiatrische problemen hebben wij eerder de afweging gemaakt dat deze groep zo beperkt mogelijk moet zijn. Alleen wie echt blijvend is aangewezen op permanent zorg en toezicht zou hiervoor in aanmerking moeten komen. Dat standpunt is ingegeven vanuit de gedachte dat mensen voor wie het maar enigszins mogelijk is in hun eigen omgeving zouden moeten verblijven en zoveel mogelijk eigen regie voeren. Juist doordat we hebben gepleit voor toegang voor een zeer beperkt groep ligt het nu voor de hand ook in te stemmen met deze consequenties, die voor een minder zware groep onacceptabel zouden zijn.

Met vriendelijke groet,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

A. Rabarison - Van der Laan
Directeur Beleid Inclusieve Samenleving

Zorginstituut Nederland
Mevrouw Mr. S. C. W-N
Postbus 320
1110 AH Diemen

DATUM
29 januari 2018

KENMERK
20180111GvdW

BETREFT
Reactie bestuurlijke consultatie

BIJLAGEN
-

CONTACT

TELEFOON

E-MAIL

Geachte mevrouw W,

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. Wat de VGN betreft wordt ook de psychiatrische problematiek meegewogen in de beoordeling van de toegang tot de Wlz, waarbij het criterium 'blijvendheid' essentieel is. We zijn blij dat dit ook uw uitgangspunt is in het aanvullende advies over de positionering van behandeling in de Wlz.

Integraal Wlz-pakket
De VGN vindt dat vanuit cliëntperspectief bezien behandeling voor cliënten in de Wlz integraal deel uit moeten maken van het Wlz-pakket. Het gaat om cliënten die levenslang en levensbreed zorg en ondersteuning nodig hebben. Het gaat veelal over complexe meervoudige vraagstukken die multidisciplinaire invulling van de zorg vragen. In uw advies concludeert u dat cliënten met ernstige comorbiteit, hersenschade door middelengebruik en gerontopsychiatrie zijn aangewezen op integrale zorg, vanwege de complexiteit van de problematiek. De VGN deelt deze conclusie. Niet alleen de toegang tot zorg is gebaseerd op het gelijkheidsbeginsel, maar ook de aanspraak in de Wlz.
We zien in uw advies ook een oplossing voor een deel van de cliënten met een combinatie van een (licht) verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek, die nu op basis van hun verstandelijke beperking geen toegang tot de Wlz hebben. Integrale zorg is nu vaak niet voldoende te realiseren, zoals u ook opmerkt in uw advies. Ook zij hebben, wanneer zij voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, aanspraak op integrale zorg in de Wlz.

Goede (integrale) zorg en keuzevrijheid
Door een integraal pakket in de Wlz te houden, kan de aanbieder de regie houden over de kwaliteit, continuiteit, deskundigheid en (multidisciplinaire) samenhang van de zorg (breder dan alleen behandeling). Dit standpunt

Bezoekadres
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postadres
Postbus 413
3500 AK Utrecht

T 030 273 93 00
E info@vgn.nl

vgn.nl

laat aan aanbieders over hoe zij vervolgens invulling geven aan de organisatie van de behandeling. Volgens ons is dit realiseerbaar voor cliënten die hun zorg in verblijf of in VPT afnemen in een geclusterde setting. In uw advies lezen wij deze lijnen terug. De VGN ziet dan ook geen andere doorslaggevende argumenten die zouden leiden tot een andere afweging voor cliënten met psychiatrische problematiek (of gecombineerd met andere problematieken).

Tot slot ondersteunen wij de aandachtspunten waarmee u het hoofdstuk 'Conclusie en aanbevelingen' eindigt. De implementatie van dit advies vraagt, net als het advies over de positionering van behandeling voor de andere cliëntgroepen in de Wlz, een grote inspanning van betrokken organisaties. Zeker in het licht van het spanningsveld tussen keuzevrijheid en integraliteit. Daarnaast voorzien wij bij de implementatie van behandeling als integraal onderdeel van de Wlz ook onbedoelde effecten, zoals een toename van de administratieve lasten. Maar ook knelputen in de contractering met huisartsen en andere behandelaars. Huisartsen zijn immers niet verplicht contracten te sluiten met met een zorgaanbieder voor Wlz-cliënten. We zien daar nu al knelpunten ontstaan die zullen toenemen. We pleiten bij de implementatie dan ook voor een overgangsfase, waarin een taskforce wordt opgericht die oplossingen kan forceren wanneer er onbedoelde effecten in de praktijk ontstaan.

We zien een essentiële rol voor de bewindslieden van VWS om, in samenspraak met brancheorganisaties en beroepsverenigingen, te voldoen aan noodzakelijke randvoorwaarden.

Met vriendelijke groet,

Frank Bluiminck
Directeur

Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen

Utrecht, 29 januari 2018
Betreft: reactie aanvullend advies positionering van behandeling in de Wlz

Geachte mevrouw Witteveen-Nooitgedagt,

Bedankt voor uw uitnodiging voor de bestuurlijke consultatie over het aanvullend advies over toegang van mensen met een psychische stoornis tot de Wet langdurige zorg. P3NL[1] wil graag op deze consultatie reageren. Het advies is goed beschreven en is in lijn met andere ontwikkelingen. Hiermee worden knelpunten opgelost, waaronder ook de zorg voor cliënten met een (licht) verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische problemen.

P3NL deelt uw conclusie dat er mensen zijn met een psychische stoornis die zijn aangewezen op integrale zorg en aanspraak moeten kunnen maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen.

P3NL deelt uw conclusie dat voor de toelating van mensen met een psychische stoornis tot de Wlz aangesloten kan worden bij de toetsingscriteria en afwegingskaders die nu al gelden. De argumenten voor deze keuze komen voldoende naar voren in het rapport.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.H.C. de Romph MA
Directeur P3NL

[1] P3NL vertegenwoordigt ruim 25.000 zorgaanbieders, psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, die dagelijks aan het werk zijn op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning. P3NL maakt zich sterk voor gezondheid dankzij mentale veerkracht. De negen leden van P3NL zijn:
NIP: Nederlands Instituut van Psychologen
NVGzP: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
NVO: Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
NVRG: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie
NVVS: Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie
VEN: Vereniging EMDR Nederland
VGCt: Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
VKJP: Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie
VPeP: Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie

| www.p3nl.nl | info@p3nl.nl | Lunettenbaan 57, 3524 GA Utrecht | Postbus 14081, 3508 SC Utrecht |

1 Reactie Per Saldo bestuurlijke consultatie rapport behandeling voor mensen met een psychische stoornis

23 januari 2018

Consultatievraag 1:
De doelgroep waarover het in bijgaand advies gaat, is beschreven in het rapport over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis van 16 december 2015. Volgens het rapport van onderzoeksbureau HHM gaat het vooral om mensen met ernstige comorbiditeit, hersenschade door middelenmisbruik en gerontopsychiatrie. We concluderen in bijgaand advies dat deze groep vanwege de complexiteit van de problematiek en de noodzaak om snel in te kunnen grijpen bij escalatie in het algemeen is aangewezen op integrale zorg en aanspraak zou moeten maken op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.

Deelt u deze conclusie?

- Ja, wij delen deze conclusie. Hierbij gaan wij er vanuit dat de pgb-gefinancierde wooninitiatieven ook onder het advies vallen – uiteraard moet wel de zorgvraag van de budgethouder zijn en niet het wooninitiatief als totaal (de term 'institutionele zorg' is door u bewust vaag gehouden).

Consultatievraag 2:
Evenals bij de totstandkoming van ons rapport van 27 september 2017 spelen bij de doelgroep met een psychische stoornis twee belangrijke waarden waartussen een zekere spanning bestaat: goede (integrale) zorg en eigen regie/keuzevrijheid van de cliënt. In ons rapport van 27 september jl. gaan we daar in paragraaf 4.1. op in. U vindt deze passage als bijlage 4.1 in het bijgaande rapport. We zien geen reden om bij de groep mensen die op grond van (onder andere) een psychische stoornis voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een andere afweging te maken dan die we voor de andere doelgroepen van de Wlz in het rapport van 27 september jl. hebben gemaakt. Instellingen kunnen zelf waar mogelijk en wenselijk keuzevrijheid organiseren. Zijn er doorslaggevende argumenten die we bij deze afweging over het hoofd hebben gezien?

- Ondanks dat wij ons realiseren dat u heeft aangegeven dat het per definitie gaat om mensen die geen ontwikkelperspectief hebben moet niet worden vergeten dat er vaak sprake is van verschillende ontwikkelniveaus. De zorgaanbieder moet hier wel op kunnen inspelen. In de Wlz zijn nog genoeg mensen met een ontwikkelperspectief, hoe klein dan ook.