

Wetsvoorstel toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis

Reactie op de internetconsultatie door Per Saldo, Kansplus, Trialoog en Chapeau Woonkringen

Om te beginnen willen wij graag aangeven dat wij in de basis blij zijn met het wetsvoorstel. Per Saldo lobbyt al sinds februari 2014 om mensen met een ggz-indicatie toegang te geven tot de Wlz en zijn blij dat de toegang dan nu eindelijk daadwerkelijk geregeld gaat worden. Een aantal zaken willen wij nog graag nader onder uw aandacht brengen.

Blijvendheid

Wij zijn blij dat in het wetsvoorstel goed staat opgenomen dat de definitie van 'blijvendheid' goed ingevuld wordt. Dus zo dat verbeteringen wel mogelijk zijn, maar dat nooit sprake zal zijn van zodanig herstel dat de Wlz kan worden verlaten. Bij het begrip 'blijvendheid' gaat het niet om de vraag of de psychische stoornis blijvend is maar of de beperkingen die voortvloeien uit de stoornis, blijvend zijn en dus voldaan wordt aan de criteria van de Wlz.

Het komt voor dat psychiatrische problematiek zodanig verbetert dat ontwikkeling op het gebied van participatie en zelfredzaamheid mogelijk is. Zorginstituut Nederland heeft in haar tussenadvies geadviseerd om deze groep (ook) toegang te bieden tot de Wlz. Hiervoor moet de term 'blijvend' worden verbreed tot 'blijvend binnen afzienbare tijd'. Per Saldo vindt dit een belangrijk criterium en sluit zich dan ook aan bij dit tussenadvies van Zorginstituut Nederland. Daarnaast adviseerde Zorginstituut Nederland om de indicatie voor deze groep iedere keer voor maximaal drie jaar te verlenen. Wij snappen deze termijn van drie jaar, maar willen wel voorkomen dat er continu kortdurende indicaties worden afgegeven. In beginsel moet dus sprake zijn van directe toelating. De termijn van drie jaar zou eventueel gebruikt kunnen worden voor groepen waarbij nog enige ontwikkeling verwacht kan worden, zoals de jeugd.

Jeugd

In het wetsvoorstel (artikel 3.2.1 lid 6) staat dat jeugdigen (zoals bedoeld in de Jeugdwet) geen recht op zorg krijgen vanuit de Wlz op basis van GGZ-problematiek. Bij de andere grondslagen voor de Wlz wordt geen onderscheid gemaakt in leeftijd en hebben jeugdigen wel aanspraak op de Wlz. Wij vinden dat het onderscheid wat gemaakt moet worden is of wordt voldaan aan de criteria van de Wlz, leeftijd zou hierbij niet uit moeten maken. Ook jeugdigen met GGZ problematiek met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zijn gebaat bij een levenslange indicatie en daarmee stabiliteit en zekerheid, herindicatie op herindicatie kan hiermee worden voorkomen.

Bij het tot stand komen van de Jeugdwet is er ten onrechte vanuit gegaan dat kinderen die *ondersteuning* (waar de Wmo op gericht is) nodig hebben op één lijn gesteld kunnen worden met mensen die langdurig *specialistische zorg* nodig hebben (bijvoorbeeld door autisme). De eerste groep heeft meestal problemen van voorbijgaande aard en vaak

BR125318

2 augustus 2018

ontstaan door de omgeving waarin zij verkeren. Denk aan jongeren die opvoedproblemen hebben door bijvoorbeeld: scheiding, verslaving, schuldenproblematiek of verwaarlozing door hun ouders.

Bovendien zijn de argumenten die worden aangehaald in de memorie van toelichting om de jeugd uit te zonderen van de GGZ-grondslag voor de Wlz, volgens de evaluatie van de Jeugdwet precies de punten die op dit moment niet goed werken in de Jeugdwet. Zo zien we nu al dat geen passende zorg wordt geboden aan deze doelgroep en dat er vaak lange wachtlijsten zijn. Gevolg is dat (te) zware intramurale opvang moet worden ingezet vanwege escalatie. Juist de speerpunten vanuit de gemeente 'eigen kracht' en 'zelfmanagement' zijn hier blokkerend. De insteek van gemeenten als het gaat om eigen kracht en opvoedplicht van ouders maken dat de ernst van de problematiek en de gevolgen hiervan niet goed beoordeeld wordt, dit zorgt voor extra problemen. Ook het ontbreken van goed inzicht in wat gebruikelijke zorg en bovengebruikelijke zorg is, maakt dat juist niet voldaan wordt aan de argumenten om deze groep niet aan te laten sluiten bij de Wlz.

In zowel de evaluatie van de Jeugdwet, als in het actieprogramma Zorg voor de Jeugd, dat 16 april jongstleden aan de Kamer is aangeboden, valt op dat de focus haast uitsluitend ligt op de traditionele jeugdzorg-domeinen: opvoeding, preventie, jeugdreclassering en jeugdbescherming. Het woord 'beperking' komt er nauwelijks in voor. Jeugd met een blijvende psychische beperking is dan ook niet voldoende in beeld bij de gemeente. Beleidsmakers en uitvoerders, zowel van de overheid als van gemeenten, realiseren zich onvoldoende dat deze jeugd vaak levenslang afhankelijk is van langdurige zorg en ondersteuning. De beperkingen die deze kinderen en jongeren hebben gaan niet over. Willen zij kunnen functioneren en participeren, dan moeten zij verzekerd zijn van goede zorg en ondersteuning, levenslang en levensbreed. Om deze reden past de huidige invulling van de uitgangspunten van de Jeugdwet dan ook niet bij deze groep kinderen.

Gezinnen worden geconfronteerd met te lange wachtlijsten en wachttijden voor hulp uit de Jeugdwet. Deels is dit terug te voeren op de ontoereikende financiering en inkoop van de noodzakelijke jeugdhulp door gemeenten. Aanbieders zeggen nog niet altijd de hulp te kunnen bieden die nodig is en professionals krijgen te weinig ruimte om te kunnen doen wat nodig is.

Deze integrale hulp kan juist wel geboden worden vanuit de Wlz, dit is ook wat Zorginstituut Nederland heeft geadviseerd in het advies om de Wlz open te stellen voor mensen met psychische problemen. Overigens heeft het Zorginstituut in haar advies geen onderscheid gemaakt tussen jeugd en volwassenen. Zij beredeneerden juist vanuit rechtsgelijkheid. Een onderscheid maken tussen jeugd en volwassenen zorgt ons inziens voor rechtsongelijkheid.

BR125318

2 augustus 2018

Overgang

Wij zijn blij dat voor de doelgroep die gebruikt maakt van het vijfjarige overgangsrecht AWBZ/Wmo (op 31 december 2014 had deze doelgroep een GGZ-C pakket zonder behandeling), het overgangsrecht wordt verlengd tot 2021.

Echter, naast de doelgroep waarbij het overgangsrecht afloopt moet ook rekening worden gehouden met jeugdigen met een GGZ-aandoening die 18 jaar worden. Door het bereiken van de leeftijd van 18 jaar loopt de indicatie voor de Jeugdwet af en moet een indicatie voor de Wmo worden verkregen. De groep van jeugdigen met GGZ-problematiek waarbij de Jeugdwet indicatie afloopt door het enkel bereiken van de leeftijd van 18 jaar, kunnen te maken krijgen met een herbeoordeling voor de Wmo en vervolgens, door de openstelling van de Wlz, wederom met een herbeoordeling voor de Wlz. Wij stellen voor om de indicatie voor de Jeugdwet te verlengen tot de jeugdige kan instromen in de Wlz. Een andere optie is de Jeugdwet indicatie één-op-één over te zetten naar een indicatie voor de Wmo totdat de jeugdige kan instromen in de Wlz.

In aanvulling op bovenstaande is het van belang dat bij de omzetting van Wmo/Jeugdwet naar Wlz gegevens die reeds zijn goedgekeurd zoveel mogelijk moeten worden overgenomen door het zorgkantoor. Dit zorgt voor een administratieve lastenverlichting en voor continuïteit van zorg. De indicaties moeten op elkaar aansluiten zodat een gat in de zorg wordt voorkomen.

Verder is het van belang dat mensen die overgaan van de Wmo/Jeugdwet naar de Wlz moeten kunnen blijven wonen waar ze wonen.

Gelijkwaardige keuze financieringsvorm

In de wet is verankerd dat mensen de keuze hebben hun zorg te financieren met zorg in natura of met een persoonsgebonden budget. Het pgb moet dus altijd mogelijk zijn, ook bij zorgprofielen waarbij behandeling dominant is. In het huidige wetsvoorstel ontbreekt een specifieke bepaling over de keus voor een pgb, deze keus is wel vastgelegd in de Wlz. Wij willen dat het pgb beschikbaar is voor iedereen (die hier geschikt voor is of een geschikte vertegenwoordiger heeft), en dat mensen weloverwogen en bewust kiezen voor een pgb. Wij willen dus niet dat voor alle profielen waarbij behandeling aan de orde is, pgb wordt uitgesloten. Het pgb-budget zou vervolgens vastgesteld moeten worden middels de oude AWBZ-systematiek: pgb-budget exclusief behandeling, de behandeling wordt dan in natura afgenomen. Hier moet aanvullend nog worden nagedacht over de positie van de activerende begeleiding.

Wij stellen voor om de gewaarborgde hulp verplicht te stellen voor mensen met GGZ-problematiek (in ieder geval waarbij behandeling dominant is).

Behandeling naar de Wlz

Op 7 maart jl. heeft Zorginstituut Nederland geadviseerd dat het advies van 27 september jl. over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de

BR125318

2 augustus 2018

Wlz ook van toepassing is op de nieuwe GGZ-doelgroep die toegelaten gaat worden tot de Wlz.

De kern van het advies van 27 september jl. 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 volgens Zorginstituut Nederland 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. Dit is dan ook de reden dat Zorginstituut Nederland tot het advies is gekomen om alle zorg en ook de aanvullende zorgvormen (huisartsenzorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen en paramedische zorg) onder de Wlz te laten vallen.

Wij willen u erop wijzen dat extramurale behandeling bij bijvoorbeeld een huisarts, tandarts of fysiotherapeut wezenlijk anders is dan psychische behandeling. Het is logisch dat de psychische behandeling onder het pakket van de Wlz valt. Wanneer de extramurale behandeling van de overige vormen integraal vanuit de Wlz wordt vergoed gaat dit ten koste van de keuzevrijheid en eigen regie van de cliënt. Dit zorgt ervoor dat maatwerk niet meer mogelijk is.

Wij zijn van mening dat extramurale behandeling niet integraal door een aanbieder ingevuld dient te worden. Wij pleiten er daarom voor dat budgethouders vrij kunnen blijven kiezen wie hun behandelaar zal zijn. In overeenstemming met het algemene recht op vrije artskeuze in Nederland. Dat dit moeilijker te realiseren valt in een traditionele GGZ-instellingsomgeving, kunnen wij begrijpen. Echter mensen met een pgb die bijvoorbeeld in een kleinschalig ouderinitiatief wonen moeten niet genoodzaakt worden om een bepaalde behandelaar voorgeschreven te krijgen door bijvoorbeeld een wooninitiatief. Wooninitiatieven kunnen dit waarschijnlijk niet goed invullen. Dit heeft tot gevolg dat kleinschalige wooninitiatieven moeite zullen hebben om nog te blijven bestaan wanneer zij al deze zaken moeten gaan regelen en vergoeden (farmacie, huisartsenzorg, tandarts etc.). Voorts druist het verleggen van de regie van de cliënt naar de zorgaanbieder zelfs in tegen het VN-verdrag.

Financiën

In de memorie van toelichting wordt uitgebreid gesproken over de financiële gevolgen van de overgang van de GGZ naar de Wlz. Wij denken dat de kosten bij de overheveling van de Wmo/Jeugdwet naar de Wlz wellicht nog wat hoger uitvallen. Dit komt door onder andere door de volgende gevallen, die nu niet zijn meegenomen in de memorie van toelichting.

Veel mensen die momenteel een pgb hebben voor beschermd wonen vanuit de Wmo/Jeugdwet, krijgen alleen de uren toegekend die als zorgmomenten aan de orde zijn. Dit is dus een veel lager budget dan binnen Wlz aan de orde zou zijn op basis van een 24-uursvoorziening. Het gaat dus niet alleen om dagbesteding waar straks meer

BR125318

2 augustus 2018

aanspraak op wordt gemaakt dan nu in de Wlz zoals in de memorie van toelichting beschreven.

Daarnaast is het aantal mensen dat gebruik maakt van beschermd wonen met een pgb binnen de Wmo/Jeugdwet gedaald. Dit lijkt voornamelijk te komen doordat gemeenten de voorkeur lijken te hebben om de mensen met een beschermd wonen indicatie de zorg te laten verzilveren middels zorg in natura, niet in de vorm van een pgb.

Verder is het ons opgevallen dat voor de hogere inkomens klassen de eigen bijdrage gaat stijgen vanwege instroom in Wlz. Hier zou een overgangs-/gewenningsperiode aan vooraf moeten gaan.

Zelfde regime als groep uit AWBZ

Behandel budgethouders met GGZ-problematiek die op 1 januari 2015 vanuit de AWBZ zijn uitgestroomd naar de gemeenten en de zorgverzekeraar, en nu door de wetwijziging weer 'terugkeren', als 'oude' budgethouder. Hierdoor vallen zij onder het oude regime met dezelfde voorwaarden en regels als de rest van de groep die gelijk naar de Wlz is gestroomd. Het is onrechtvaardig om deze groep aan te merken als 'nieuwe' budgethouders terwijl zij, als de GGZ-grondslag gelijk was opgenomen, direct van de AWBZ naar Wlz hadden kunnen stromen. Eerder is dit ook mogelijk gemaakt voor budgethouders die in 2015 en 2016 zijn teruggekeerd naar de Wlz (art. 9.13 Regeling langdurige zorg).

Tot slot - Ministeriële regeling

In artikel IV van het wetsvoorstel staat dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld. Klopt het dat voorsnog geen ministeriële regels worden gesteld? Indien in een later stadium dit toch gebeurt, willen wij graag meelesen op de inhoud.

Met vriendelijke groet,



Mevrouw mr. A.W.D. Molenaar
Directeur Per Saldo



Mevrouw D. van de Kaa
Directeur Kansplus

De heer L.J.M. Hulzenbos
Voorzitter Trialoog

De heer J.M. Munnichs
De heer J.A.L. van Oyen
Raad van Bestuur Chapeau Woonkringen