

Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl

@medischcontact

Psychische stoornis nu ook grondslag voor Wlz

Het kabinet wil de Wet langdurige zorg (Wlz) openstellen voor ggz-cliënten die permanent intensieve zorg nodig hebben. Psychiaters noemen het plan de 'opheffing van een weeffout in de langdurige zorg', de Tweede Kamer dringt aan op haast. De stand van zaken in vijf vragen.



1 Hoe zit het ook weer met de Wlz? De Wet langdurige zorg (Wlz) is de gedeeltelijke opvolger van de vroegere, te veel omvattende en te duur geworden, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Ze is bedoeld om zorg te betalen voor mensen die blijvend 24/7 intensieve zorg of toezicht nabij nodig hebben, met name vanuit instellingen. De Wlz wordt deels betaald uit een landelijk Wlz-fonds (gevuld met via werkgevers geïnde inkomensafhankelijke bijdragen), en deels via eigen bijdragen. Om aanspraak te maken hierop, moet iemand een indicatie hebben van een zorgkantoor. Op dit moment is de Wlz alleen toegankelijk voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, dan wel met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Een psychische stoornis is destijds niet opgenomen als grondslag, vanuit de gedachte dat er bij psychische stoornissen kans op herstel is en deze groep patiënten geen levenslange zorg nodig heeft.

2 Waarom is die jonge wet al aan aanpassing toe? Het uitgangspunt met betrekking tot psychische stoornissen blijkt in de praktijk niet houdbaar. Er zijn ggz-cliënten die op zijn minst een onbepaald aantal jaren intensieve zorg nodig hebben, wat soms uitmond in blijvende zorg. Dit is echter niet altijd op voorhand met zekerheid vast te stellen. Bij het indiceren is daarnaast niet altijd goed te beoordelen of de zorgbehoefte specifiek voortkomt uit bijvoorbeeld een verstandelijke beperking of de psychische stoornis. Soms gaat het niet enkel om een psychische ziekte, maar om een combinatie van een psychische stoornis met een andere handicap, beperking of aandoening. Bijvoorbeeld mensen met psychische klachten die door drugsgebruik of langdurig medicijngebruik cognitief niet meer goed kunnen functioneren.

Bij mensen met een gecombineerde diagnose blokkeert hun psychische stoornis nu de toegang tot de Wlz. Zorginstituut Nederland, dat het Wlz-fonds beheert, vindt de 'knip' tussen psychische

GETTY IMAGES

problematiek en de andere grondslagen ‘gekunsteld en onwenselijk’. Door de wet uit te breiden kan volgens het instituut worden gekeken naar ‘het totaalbeeld aan beperkingen’ om te bepalen of iemand Wlz-zorg nodig heeft.

De groep ggz-cliënten die het aangaat, woont nu op zichzelf of in beschermde woonomgevingen, maar daar is niet altijd alle langdurige en intensieve zorg voorhanden die ze eigenlijk wel nodig hebben. De zorg die ze nu krijgen, wordt apart geregeld vanuit vooral de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en deels via de Zorgverzekeringswet (Zvw). VWS-staatssecretaris Paul Blokhuis, verantwoordelijk voor ggz, vindt dat de Wmo te veel gericht is op herstel en sociale participatie, wat voor sommige ggz-cliënten niet meer reëel is. Zoals SP-Kamerlid Maarten Hijink het verwoordde in een Kamerdebat vorige week: ‘De zorg voldoet niet altijd, en het is onzeker of het voor lange tijd kan worden geregeld. Hoe voorkomen we dat deze mensen hun zorg bij elkaar moeten sprokkelen?’

3 Wat komt erbij kijken om dit rond te krijgen? De Tweede Kamer vroeg in 2014 al, via een Kamerbreed aangenomen motie van D66 en CDA, om een dergelijke regeling. Zorginstituut Nederland adviseerde zo’n Wlz-aanpassing al in 2015 aan toenmalig VWS-staatssecretaris Martin van Rijn. Het nieuwe kabinet kondigde in zijn regeerakkoord een wetsvoorstel aan, dat staatssecretaris Blokhuis nu voorbereidt en begin 2019 naar de Tweede Kamer denkt te kunnen sturen. De wetswijziging kan dan per 2021 van kracht worden. Blokhuis brengt op dit moment onder andere de budgettaire consequenties in kaart. Ook moet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de tarieven voor deze Wlz-zorg berekenen. Verder moeten de criteria worden vastgesteld voor de indicatie van deze groep. Blokhuis denkt na de zomer meer inzicht te hebben en dan een knoop door te hakken. De wijziging heeft naar verwachting betrekking op 11.750 tot 16.250 mensen. Hun zorgkosten worden nu dus van

‘Patiënt en psychiater hoeven zich hierdoor minder zorgen te maken over de woon- en leefomstandigheden’

gemeentelijk belastinggeld (Wmo) of verzekerdpremies (Zvw) betaald, iets wat straks vanuit het Wlz-potje van de landelijke overheid gebeurt. Ggz-cliënten moeten een indicatie ondergaan om te bezien of ze inderdaad aanspraak op de Wlz kunnen maken. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) moet personeel opleiden om ook die indicaties te kunnen verrichten. Gemeenten zullen hun Wmo-cliënten gaan overdragen aan Wlz-instellingen. Deze moeten bepalen aan welke doelgroepen zij zorg kunnen verlenen en er zullen regionale afspraken nodig zijn over wie welke cliënten onder zijn hoede neemt.

4 Hoe denken betrokken partijen erover? De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) noemt deze Wlz-openstelling ‘het opheffen van een weeffout’. De NVvP verwacht dat ‘patiënt en psychiater zich hierdoor minder zorgen hoeven te maken over de woon- en leefomstandigheden’ van patiënten. De vereniging vindt het een pluspunt dat deze patiënten dan ‘verzekerd zijn van zorg en niet afhankelijk zijn van de gemeente’. Wel wijst ze erop dat, vanwege de continuïteit van bestaande behandelingen, het belangrijk is dat mensen ‘enige keuzevrijheid’ van behandelaar houden, en dus kunnen kiezen voor een psychiater met wie ze al bekend zijn. GGZ Nederland had graag gezien dat het vorige kabinet meer haast had gemaakt met de openstelling. De mensen die het aangaat en nu Wmo-zorg krijgen, moeten als gevolg van de eerdere overgang van AWBZ naar Wmo per 2020 een vijfjaarlijkse ‘overgangsherindicatie’ krijgen. De nu door Blokhuis nagestreefde openstelling van de Wlz per 2021 zou betekenen dat zij vervolgens ook nog een Wlz-indicatie moeten krijgen. De brancheorganisatie

verwacht dat een dergelijke dubbele keuring ‘veel onrust gaat veroorzaken bij cliënten en hun familie of andere naasten’. GGZ Nederland noemt dat ‘ineffectief, inefficiënt en uitermate kostbaar’, en probeert dit met Federatie Opvang en RIBW Alliantie – organisaties voor opvang en begeleid wonen – en in overleg met de staatssecretaris nog te voorkomen.

5 Hoe denkt de Tweede Kamer erover? D66, SP, GroenLinks, 50PLUS en SGP hebben er afgelopen week bij Blokhuis op aangedrongen om de wijziging nog deze kabinetsperiode te regelen. De VVD zegt het ook binnen deze kabinetsperiode geregeld te willen zien, maar hamert daarnaast, net als ChristenUnie, op zorgvuldigheid. De SGP waarschuwde voor gemeenten die terughoudend worden met het afgeven van beschikkingen voor langdurige zorg vanuit de Wmo, in afwachting van de wijzigingen. GroenLinks heeft gevraagd of Blokhuis de besluitvorming kan versnellen, om die dubbele indicatie waar GGZ Nederland zich zorgen over maakt te voorkomen. Het CDA en de SP opperden dit probleem te ondervangen door de overgangsregeling voor de ABWZ-Wmo-herindicatie te verlengen, tot het moment dat de Wlz voor ggz open is. Maar Blokhuis heeft benadrukt dat een snellere voorbereiding niet samengaat met de zorgvuldigheid die nodig is bij deze kwetsbare groep mensen. Wel heeft hij toegezegd te kijken naar een ‘fatsoenlijke regeling’ om een dubbele indicatie te voorkomen. ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.